



Universidad de Oviedo

**GRADO EN MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**TRASTORNO BIPOLAR: IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA COMORBILIDAD  
CON EL TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA  
PERSONALIDAD**

**AUTORA: MARÍA FERNÁNDEZ LÓPEZ**

**TURORA: MARÍA PAZ-PORTILLA GARCÍA**

**COTUTORA: CARLOTA MOYA LACASA**

**OVIEDO 2022**



**TÍTULO EN ESPAÑOL:** TRASTORNO BIPOLAR: IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA COMORBILIDAD CON EL TRASTORNO DE LA INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD

**RESUMEN EN ESPAÑOL:** El Trastorno Bipolar (TB) es un trastorno mental crónico, incapacitante y prevalente, caracterizado por la alternancia de episodios depresivos, maníacos/hipomaníacos, mixtos y eutimia. Existen dos tipos de TB, tipo I y tipo II, en función de la existencia o no de episodios maníacos. El Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TIEP) se caracteriza por una disfuncionalidad en las emociones, los sentimientos, los patrones de cognición y las relaciones interpersonales. La inestabilidad emocional es común a ambos trastornos, presentando así mismo con frecuencia impulsividad, ansiedad y conductas suicidas. El TB alterna periodos sintomáticos con periodos de remisión mientras que el TIEP es constante. La asociación entre ambos diagnósticos es frecuente, reportando los distintos estudios cifras que oscilan entre el 10-20%. Dicha comorbilidad se asocia a una peor evolución y pronóstico del TB. El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de la comorbilidad TB-TIEP y las consecuencias clínicas que dicha comorbilidad causa en el curso del TB.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en una muestra de 92 pacientes mayores de 17 años diagnosticados de TB (criterios DSM-IV-TR) en tratamiento en los CSM de la Ería o La Corredoria de Oviedo. Se recogió información sobre la edad, sexo, intentos de suicidio a lo largo de la vida, tipo de TB, consumo de sustancias y tratamiento psicofarmacológico. Para la evaluación psicométrica se utilizaron los siguientes instrumentos: Diagnostic Interview for Borderline - Revised (DIB-R) para evaluar la existencia o no de TIEP en función de los criterios diagnósticos para este trastorno que cumpla el sujeto, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) para la depresión, Hamilton



Anxiety Rating Scale (HARS) para la ansiedad, Young Mania Rating Scale (YMRS) para la manía, Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) que proporciona una puntuación de la impresión de la gravedad clínica global, Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG) que indica el nivel de actividad global, Functioning Assessment Short Test (FAST), instrumento específicamente desarrollado para evaluar el deterioro en el funcionamiento de los pacientes con trastornos mentales, incluido el TB. El análisis estadístico se realizó con el programa IDM-SPSS versión 27.0 y el nivel de significación estadística se estableció en un valor de  $p < 0,05$ . En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo utilizando porcentajes y frecuencias para las variables categoriales, y la media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Para determinar la existencia o no de asociación entre la comorbilidad (TB + TIEP) y el peor curso evolutivo y pronóstico se utilizaron los test estadísticos t de Student, Chi-cuadrado o correlación de Pearson según la naturaleza de las variables de estudio. Sin embargo, dado que tan sólo 7 pacientes (7,6%) cumplían el número mínimo de criterios en la escala DIB-R para poder ser diagnosticados de TIEP (>5 criterios), en los análisis para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas se tuvo en cuenta el número de criterios cumplidos en lugar de la presencia o no del diagnóstico. Por tanto, para determinar la asociación entre el número de criterios o rasgos del TIEP y las variables de peor curso y pronóstico del TB, se utilizó la t de Student o la Correlación de Pearson.

Resultados: la edad media de la muestra fue de 38,5 (12,7) siendo el 66,3% mujeres. El 57,6% tenía un diagnóstico de TB tipo I y el 45,7% había realizado, al menos, una tentativa de suicidio a lo largo de su vida.



Tan solo 7 pacientes (7,6%) cumplían los criterios para diagnóstico de TIEP, mientras que el 77,2% presentaban, al menos, uno de los criterios diagnósticos de TIEP.

En cuanto a la asociación entre el número de rasgos de TIEP y el peor curso evolutivo del TB, encontramos que, a mayor número de rasgos, mayor gravedad de la sintomatología depresiva ( $p < 0,001$ ), de la sintomatología ansiosa ( $p < 0,001$ ) y de la sintomatología maníaca ( $p < 0,014$ ). Así mismo, se correlacionaba con una mayor gravedad clínica global ( $p < 0,001$ ) y un mayor número de intentos de suicidio a lo largo de la vida, tan solo en el caso de las mujeres ( $p < 0,006$ ).

Respecto al uso de sustancias, tan solo en el caso de los varones, a mayor número de criterios de TIEP, mayor número de meses de consumo de cannabis en el último año ( $p < 0,023$ ).

Finalmente, encontramos una correlación entre mayor número de criterios de TIEP y peor nivel de actividad global ( $p < 0,003$ ) y de funcionamiento psicosocial ( $p < 0,021$ ), tan solo en las mujeres.

Conclusiones: la frecuencia de TIEP en nuestra muestra puede considerarse relativamente baja. Por otra parte, a mayor número de criterios de TIEP, el TB se caracteriza por mayor gravedad sintomatológica, mayor número de intentos de suicidio, tan solo en las mujeres. Mayor número de meses en el último año de consumo de cannabis, tan solo en varones y peor nivel de actividad global y funcionamiento psicosocial, tan solo en las mujeres.



**TÍTULO EN INGLÉS:** BIPOLAR DISORDER: CLINICAL IMPLICATIONS OF COMORBIDITY WITH EMOTIONAL INSTABILITY PERSONALITY DISORDER.

**RESUMEN EN INGLÉS:** Bipolar Disorder (BD) is a chronic, disabling and prevalent mental disorder characterized by alternating depressive, manic/hypomanic, mixed and euthymic episodes. There are two types of BD, type I and type II, depending on the existence or not of manic episodes. Emotional Instability Personality Disorder (EIPD) is characterized by dysfunctional emotions, feelings, patterns of cognition, and interpersonal relationships. Emotional instability is common to both disorders, frequently presenting with impulsivity, anxiety and suicidal behaviors. BD alternates symptomatic periods with periods of remission while the EPID is constant. The association between both diagnoses is frequent, with the different studies reporting results ranging between 10-20%. This comorbidity is associated with a worse evolution and prognosis of BD. The objective of this study is to determine the frequency of BD-EIPD comorbidity and the clinical consequences that said comorbidity causes in the course of BD.

Material and methods: Cross-sectional descriptive study in a sample of 92 patients older than 17 years of age diagnosed with BD (DSM-IV-TR criteria) under treatment at Ería or Corredoria mental health centers in Oviedo. Information on age, sex, lifetime suicide attempts, type of BD, substance use, and psychopharmacological treatment was collected. For the psychometric evaluation, the following instruments were used: Diagnostic Interview for Borderline - Revised (DIB-R) to evaluate the existence or not of EIPD based on the diagnostic criteria for this disorder, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) for depression, Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) for anxiety, Young Mania Rating Scale (YMRS) for mania, Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) which



provides a clinical global impression severity score, Global Activity Rating Scale (GAES) which indicates the level of global activity, Functioning Assessment Short Test (FAST), an instrument specifically developed to evaluate the deterioration in the functioning of patients with mental disorders, including BD.

Statistical analysis was performed with the IDM-SPSS version 27.0 program and the level of statistical significance was set at a value of  $p < 0.05$ . First, a descriptive analysis was performed using percentages and frequencies for the categorical variables, and the mean and standard deviation for the quantitative variables. To determine the existence or not of an association between comorbidity (BD+EIPD) and the worse outcome, t- student, Chi-square or Pearson's correlation tests were used depending on the nature of the study variables. However, since only 7 patients (7.6%) met the minimum number of criteria on the DIB-R scale to be diagnosed with EIPD (>5 criteria), in the analysis to confirm or reject the hypotheses proposed, number of criteria fulfilled instead was taken into account of the presence or absence of the diagnosis. Therefore, to determine the association between the number of EIPD criteria or traits and the variables of worse outcome of BD, Student's t-test or Pearson's Correlation were used.

Results: the mean age of the sample was 38.5 (12.7), 66.3% being women. 57.6% had a diagnosis of type I BD and 45.7% had carried out at least one suicide attempt throughout their lives.

Only 7 patients (7.6%) diagnostic criteria of EIPD, while 77.2% presented at least one of the diagnostic criteria for EIPD.



Regarding the association between the number of EIPD traits and worse outcome of BD, we found that, the greater the number of traits, the greater the severity of depressive symptoms ( $p < 0.001$ ), of anxious symptoms ( $p < 0.001$ ) and of manic symptoms ( $p < 0.014$ ). Likewise, it correlated with greater overall clinical severity ( $p < 0.001$ ) and a greater number of suicide attempts throughout life, only in the case of women ( $p < 0.006$ ).

Regarding substance use, only in the case of men, the greater the number of EIPD criteria, the greater the number of months of cannabis use in the last year ( $p < 0.023$ ).

Finally, we found a correlation between a greater number of EIPD criteria and a worse level of global activity ( $p < 0.003$ ) and psychosocial functioning ( $p < 0.021$ ), only in women.

Conclusions: the frequency of EIPD in our sample can be considered relatively low. On the other hand, the greater the number of EIPD criteria, the BD is characterized by greater symptom severity, greater number of suicide attempts, only in women.

Greater number of months in the last year of cannabis use, only in men and worse level of global activity and psychosocial functioning, only in women.



**ÍNDICE:**

1. INTRODUCCIÓN .....	9
1.1. IMPLICACIONES CLÍNICAS .....	10
2. HIPÓTESIS .....	11
3. OBJETIVOS .....	12
4. MATERIAL Y MÉTODOS .....	12
4.1. PACIENTES .....	12
4.2. VARIABLES UTILIZADAS PARA ESTE ESTUDIO .....	13
4.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	15
5. RESULTADOS .....	16
5.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA .....	16
5.2. FRECUENCIA DE TIEP EN LA MUESTRA DE TB .....	18
5.3. COMORBILIDAD Y PEOR CURSO EVOLUTIVO Y PRONÓSTICO .....	18
6. DISCUSIÓN .....	23
7. CONCLUSIONES .....	28
8. BIBLIOGRAFÍA .....	29





## 1. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental crónico, grave, recidivante e incapacitante que se caracteriza por la alternancia de episodios afectivos, depresivos, maníacos/hipomaniacos y mixtos, dependiendo del estado de ánimo que predomine y los síntomas asociados. (1). Se estima que existe una prevalencia del 2 % en la población mundial (2).

Existen dos tipos predominantes de trastorno bipolar. El tipo I se caracteriza por la existencia de al menos un episodio maniaco y episodios depresivos. En el tipo II se producen varios episodios depresivos que se alternan con episodios hipomaniacos. Este tipo nunca tendrá un episodio maniaco. (2)

El Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad (TIEP) es un trastorno del comportamiento incluido en el grupo B de la clasificación de los Trastornos de la Personalidad. Consiste en una alteración disfuncional de las relaciones interpersonales, así como de las emociones y sentimientos propios predominando la inestabilidad emocional, la impulsividad y la dificultad para el autocontrol. Estos problemas desembocan en experiencias y comportamientos inadaptados como conductas autodestructivas. (CIE-10)\_ (3)

No existe un acuerdo en cuanto a la prevalencia de esta patología en la población general, señalando el DSM-IV-TR una prevalencia del 2%. (APA, 2000) (4).

Ambos trastornos comparten algunas características como la desregulación emocional, que repercute negativamente en la capacidad para mantener relaciones interpersonales satisfactorias y en su funcionalidad (5, 6). Así mismo la impulsividad,



la conducta suicida, irritabilidad e inestabilidad emocional (7,8), pueden estar presentes tanto en las fases maníacas o mixtas del TB como en el TIEP.

Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en el TB, los síntomas del TIEP son generalizados, constantes y sin periodos de remisión.

### 1.1 Comorbilidad entre ambos trastornos y las implicaciones clínicas para el TB

El TB presenta con frecuencia un TIEP asociado (9, 10). En concreto, se estima que la comorbilidad con TIEP se encuentra en un 20% de TB II y un 10% de TBI (11), si bien existe heterogeneidad en los resultados de los diferentes estudios (6,12).

Distintos estudios han reportado que esta comorbilidad se asocia con un peor pronóstico y evolución del TB (9,10).

Específicamente la presencia de TIEP asociado supone una mayor frecuencia de episodios depresivos (13) y mayor tendencia a realizar intentos autolíticos de repetición (14). También muestran un aumento de la agresividad e impulsividad (15) y de la disregulación afectiva (16). Además, otra comorbilidad frecuente en el TB, como la ansiedad, está relacionada con la coexistencia de ambos trastornos (17).

La inestabilidad anímica y falta de autocontrol que caracterizan al TB y al TIEP, favorecen la aparición de trastornos por uso de sustancias, además existe un aumento en su prevalencia cuando aparecen asociados TB y TIEP (17) destacando el consumo de sustancias como alcohol y cannabis (18,19).

Por otra parte, se ha demostrado que la coexistencia de estos trastornos supone



un tratamiento más duradero, más intensivo y menos efectivo. (20, 21, 22).

Esta comorbilidad asocia un mayor deterioro de la funcionalidad, más intensificado en el ámbito social (23, 24), laboral (una mayor tasa de desempleo, una actividad profesional deficiente (25)) y personal (dificultades en cuanto a la toma de decisiones, resolución de problemas, mantener la atención y el manejo del dinero (26, 27)).

## 2. **HIPÓTESIS**

1. La comorbilidad entre Trastorno Bipolar y Trastorno de la Inestabilidad

Emocional de la Personalidad es relativamente frecuente.

2. Esta comorbilidad se asocia a un peor curso evolutivo y pronóstico del Trastorno

Bipolar, en términos de:

2.1 Mayor gravedad clínica

2.2 Mayor abuso de sustancias

2.3 Tratamiento farmacológico más complejo

2.4 Peor nivel de funcionalidad psicosocial



### **3. OBJETIVOS**

3.1 Determinar la frecuencia de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad en la muestra de Trastorno Bipolar estudiada.

3.2 Comprobar si la comorbilidad entre ambos trastornos se asocia a un peor curso evolutivo y pronóstico en términos de:

3.1 Mayor gravedad clínica

3.2 Mayor abuso de sustancias

3.3 Tratamiento farmacológico más complejo

3.4 Peor funcionamiento psicosocial

### **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, transversal de una cohorte de 92 pacientes diagnosticados de TB pertenecientes a la base de datos del Proyecto de Investigación "Estadía de TB". El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias (36/2012).

#### **4.1. Pacientes**

Los criterios de inclusión y exclusión de pacientes para este estudio han sido los descritos a continuación.

- Criterios de inclusión:

1. Diagnóstico de TB, según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR
2. Estar en tratamiento en los Centros de Salud Mental de la Ería o La Corredoria de Oviedo.



3. Tener 18 o más años

- Criterios de exclusión:

1. Únicamente se excluyeron aquellos sujetos que rechazaron participar en el estudio.

#### 4.2. Variables utilizadas para este estudio

- Variables sociodemográficas y clínicas: Se recogieron edad y sexo de los pacientes. Así mismo se recogieron el número de intentos autolíticos a lo largo de la vida del paciente, tipo de Trastorno Bipolar, comorbilidad con Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad, entre otros.

- Evaluación psicométrica: Para la evaluación clínica de los pacientes se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación psicométrica:

- Diagnostic Interview for Borderline - Revised (DIB-R) para evaluar la existencia o no de TIEP en función de los criterios diagnósticos para este trastorno que cumpla el sujeto. Si cumple entre 0 y 5 criterios no se considera presente el trastorno, mientras que cumplir entre 6 y 10 criterios es compatible con el diagnóstico de TIEP.
- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) para la depresión. La puntuación total oscila entre 0 y 52 puntos, a mayor puntuación mayor gravedad de la depresión.
- Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) para la ansiedad. La puntuación total oscila entre 0 y 42 puntos, a mayor puntuación mayor gravedad de la ansiedad.



- Young Mania Rating Scale (YMRS) para la manía. La puntuación total oscila entre 0 y 60, a mayor puntuación mayor gravedad de la manía.
- Clinical Global Impression-Severity (CGI-S) que proporciona una puntuación de la impresión de la gravedad clínica global. La puntuación oscila entre 1 (ausencia de enfermedad) y 7 (enfermedad presente y extremadamente grave).
- La funcionalidad del paciente en el mundo real la estudiamos mediante las escalas:
  - Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG), que indica el nivel de actividad global. La puntuación oscila entre 0 (peor nivel de actividad global posible) y 100 (actividad global óptima)
  - Functioning Assessment Short Test (FAST), instrumento específicamente desarrollado para evaluar el deterioro en el funcionamiento de los pacientes con trastornos mentales, incluido el TB. La puntuación total oscila entre 0 y 72 puntos, a mayor puntuación peor nivel de funcionamiento global del paciente.
- En cuanto al consumo de sustancias, recogimos el uso de alcohol en nº años de consumo, y de cannabis, en nº de meses de consumo en el último año.
- Se recogieron datos acerca del tratamiento realizado por los sujetos del estudio (antipsicóticos, litio, eutimizantes, benzodiacepinas y antidepresivos).



### 4.3. Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM-SPSS Statistics versión 27.0. En todos los casos se estableció el nivel de significación estadística en valores de  $p < 0,05$ .

- Análisis descriptivo: Se utilizaron porcentajes y frecuencias para las variables categoriales, así como media y desviación estándar para describir variables cuantitativas.
- Análisis univariante: Para determinar la existencia o no de asociación entre la comorbilidad (TB + TIEP) y el peor curso evolutivo y pronóstico se utilizaron los test estadísticos t de Student, Chi-cuadrado o correlación de Pearson según la naturaleza de las variables de estudio.

Sin embargo, dado que tan sólo 7 pacientes (7,6%) cumplían el número mínimo de criterios en la escala DIB-R para poder ser diagnosticados de TIEP (>5 criterios), en los análisis para confirmar o rechazar las hipótesis planteadas se tuvo en cuenta el número de criterios cumplidos en lugar de la presencia o no del diagnóstico. Por tanto, para determinar la asociación entre el número de criterios o rasgos del TIEP y las variables de peor curso y pronóstico del TB, se utilizó la t de Student o la Correlación de Pearson. Se consideró un coeficiente de correlación bajo cuando  $r < 0,4$ , moderado cuando  $r = 0,4-0,7$ , y alto si  $r > 0,7$ .



## 5. RESULTADOS

### 5.1. Descripción de la muestra

Del total de la muestra (n=92), el 33,7% son varones (n=31). La edad media de la muestra es 48,36 (DE: 12,726). El 57,6% presentaba un TB tipo I (n=53), el 45,7% (n=42) había realizado al menos una tentativa de suicidio a lo largo de su vida, y el 35,9% (n=33) estaba en tratamiento con litio. En la tabla 1 se describen las variables sociodemográficas y clínicas del total de sujetos estudiados.

Tabla 1. Análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas de los sujetos incluidos en el estudio.

Edad [media (DE)]		48,36 (12,7)
Sexo [n (%)]	Mujer	61 (66,3)
Tipo de trastorno bipolar [n (%)]	TB tipo I	53 (57,6)
Puntuaciones de gravedad clínica [media (DE)]	Depresión (HDRS)	8,77 (6,9)
	Ansiedad (HARS)	12,77 (8,4)
	Manía (YMRS)	3,49 (4,3)
	Impresión Clínica Global-Gravedad (CGI-S)	4,20 (1,2)
Tentativas de suicidio a lo largo de la vida [n (%)]	Sí	42 (45,7)





Uso de sustancias [media (DE)]	Alcohol, años de consumo	19,20 (14,1)
	Marihuana, meses en el último año	1,0 (2,9)
Tratamiento estabilizador del ánimo [n (%)]	Litio	37 (40,2)
	Valproato	29 (31,5)
	Oxcarbacepina	3 (3,3)
	Lamotrigina	10 (10,8)
Tratamiento antipsicótico [n (%)]	Sí	68 (73,9)
Tratamiento antidepresivo [n (%)]	Sí	50 (54,3)
Tratamiento benzodiacepínico [n (%)]	Sí	57 (62,0)
Puntuaciones de funcionalidad [media (DE)]	Actividad global (EEAG)	62,72 (13,7)
	Nivel de funcionalidad global (FAST)	30,07 (16,5)

DE: Descripción Estadística; CGI-S: Clinical Global Impression-Severity; EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global; FAST: Functioning Assessment Short Test; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; TB: Trastorno bipolar; YMRS: Young Mania Rating Scale.



## 5.2. Frecuencia de TIEP en la muestra de TB

De los 92 pacientes, un 77,2% presentan, al menos, uno de los criterios diagnósticos del TIEP, y 7 (7,6%), cumplen el criterio para del diagnóstico de TIEP (más de 5 criterios). De estos 7 pacientes, 4 son mujeres (57,1 %) y 3 (49,2%) varones. Respecto al total de la muestra (n=92), un 4,3% de las mujeres y un 3,3% de los varones tendrían un diagnóstico de TIEP asociado al TB ( $p > 0,05$ ).

## 5.3. Comorbilidad y peor curso evolutivo y pronóstico

### 5.3.1. Mayor gravedad clínica

Tal como se puede observar en la tabla 2, encontramos que cuantos más criterios de TIEP se cumplan, mayor es la puntuación obtenida en las escalas de depresión, ansiedad y manía ( $p < 0,05$ ).

Tabla 2. Correlación entre el número de criterios que cumplen para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y las puntuaciones en las escalas clínicas de gravedad psicopatológica y número de intentos de suicidio, en la muestra total y en función del sexo.



		Total n=92	Varones n=31	Mujeres n=61
HDRS	Correlación de Pearson	0,444	0,634	0,300
	Significación bilateral	0,001	0,001	0,019
HARS	Correlación de Pearson	0,387	0,552	0,290
	Significación bilateral	0,001	0,001	0,023
YMRS	Correlación de Pearson	0,255	1	0,355
	Significación bilateral	0,014	<0,001	0,005
GGI-S	Correlación de Pearson	0,335	0,255	0,395
	Significación bilateral	0,001	0,165	0,002
Nº intentos suicidio	Correlación de Pearson	0,126	-0,17	0,345
	Significación bilateral	0,232	0,928	0,006

CGI-S: Clinical Global Impression-Severity; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; YMRS: Young Mania Rating Scale.

Si bien las correlaciones son significativas tanto en varones como en mujeres, el coeficiente de correlación es notablemente superior en los varones que en las mujeres. En las 3 escalas la magnitud de la relación es moderada – alta para los varones y baja para las mujeres (varones: r entre 0,552 y 1; mujeres: r entre 0,290 y 0,355) (ver tabla 2).



En el caso de la relación entre el número de criterios para el TIEP que cumplen los sujetos, y la puntuación de impresión clínica global de gravedad (CGI-S) se obtuvieron correlaciones positivas y estadísticamente significativas para la muestra total y para las mujeres, no alcanzando los varones significación estadística tal como puede observarse en la tabla 2. Tanto para la muestra total como para las mujeres, la magnitud de la correlación es baja ( $r=0,335$  y  $0,395$ , respectivamente).

Finalmente, tan sólo en el caso de las mujeres se obtuvo una correlación estadísticamente significativa y positiva entre el nº de criterios TIEP y el nº de intentos de suicidio a lo largo de la vida, siendo la magnitud de la correlación baja ( $r=0,345$ ).

### 5.3.2. Mayor abuso de sustancias (alcohol y cannabis)

Al analizar la relación entre los años de consumo de alcohol y el nº de criterios de TIEP no encontramos correlación estadísticamente significativa ni en el conjunto de la muestra ni en los varones o mujeres por separado (ver tabla 3). En el caso del cannabis, encontramos una correlación directa y estadísticamente significativa entre los meses de consumo de cannabis en el último año y el nº de criterios de TIEP en el caso de los varones. La magnitud de la correlación es moderada ( $r=0,563$ ).



Tabla 3. Correlación entre el número de criterios que cumplen para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y el tiempo de consumo de alcohol (años a lo largo de la vida) y cannabis (meses en el último año), en la muestra total y en función del sexo.

		Total n=92	Varones n=31	Mujeres n=61
Alcohol	Correlación de Pearson	-0,086	0,022	-0,138
	Significación bilateral	0,450	0,912	0,331
Cannabis	Correlación de Pearson	0,262	0,563	-0,160
	Significación bilateral	0,135	0,023	0,526

### 5.3.3. Tratamiento farmacológico más complejo

No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre el nº de criterios para el diagnóstico de TIEP y la toma o no de los distintos tipos de fármacos utilizados para el tratamiento del TB ni en la muestra en conjunto ni en los varones o mujeres (ver tabla 4).

Tabla 4. Asociación entre el número de criterios que cumplen para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y la toma o no de los distintos tipos de fármacos para el tratamiento del Trastorno Bipolar, en la muestra total y en función del sexo.



		Total n=92	Varones n=31	Mujeres n=61
Litio	T de Student	1,731	1,807	0,523
	Significación bilateral	0,088	0,081	0,604
Eutimizantes	T de Student	0,523	-1,182	1,533
	Significación bilateral	0,604	0,247	0,137
Antipsicóticos	T de Student	0,127	0,870	-0,679
	Significación bilateral	0,900	0,391	0,502
Antidepresivos	T de Student	-0,482	-0,233	-0,495
	Significación bilateral	0,631	0,818	0,623
Benzodiacepinas	T de Student	-1,098	0,040	-1,548
	Significación bilateral	0,276	0,968	0,128

#### 5.3.4. Peor funcionamiento psicosocial

En cuanto a la funcionalidad (ver tabla 5), evaluada con las escalas EEAG y FAST, encontramos una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones en dichas escalas y el nº de criterios de TIEP cumplidas tanto en el conjunto de la muestra, como en las mujeres ( $p < 0,05$ ). En ambos casos la magnitud del coeficiente de correlación fue bajo ( $r < 0,4$ ), siendo la correlación negativa en el caso de la EEAG y positiva en el caso de la FAST.



Tabla 5. Correlación entre el número de criterios que cumplen para el diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y las puntuaciones en las escalas de funcionalidad, en la muestra total y en función del sexo.

		Total n=92	Varones n=31	Mujeres n=61
<i>EEAG</i>	Correlación de Pearson	-0,306	0,118	-0,377
	Significación bilateral	0,003	0,526	0,003
<i>FAST</i>	Correlación de Pearson	0,302	0,335	0,297
	Significación bilateral	0,004	0,650	0,021

*EEAG*: Escala de Evaluación de la Actividad Global; *FAST*: Functioning Assessment Short Test.

## 6. DISCUSIÓN

En este estudio sobre la comorbilidad del Trastorno Bipolar asociado a un Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad, la muestra estuvo formada por 92 personas, predominantemente mujeres, diagnosticadas de Trastorno Bipolar en seguimiento en la red de Salud Mental de Oviedo.

En este estudio hemos encontrado que ambos diagnósticos coexistían en el 7,6% de los casos. En el caso de otros estudios, la prevalencia de TIEP en pacientes con TB era



superior oscilando entre 10-20%, como en Frías et al 2016, Zimmerman et al en 2013, Fornaro et al 2016 (9,11,28).

En este estudio hemos analizado la evolución clínica, la adicción a sustancias legales/ilegales, la existencia de un tratamiento de mayor intensidad y una peor funcionalidad en aquellos pacientes con Trastorno Bipolar asociado a un Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad. Contrastando con la literatura encontrada hemos identificado numerosas asociaciones estadísticamente significativas que refutan las teorías propuestas por numerosos investigadores. Sin embargo, ha habido hipótesis en las que no hemos encontrado ninguna concordancia significativa.

Hemos comprobado que esta asociación supone una mayor comorbilidad, de acuerdo con Scandinavica AP et al 2004 (29), un peor pronóstico y peor evolución como indican Frías Á et al 2016 y Baryshnikov I et al 2015 (9,10), debido en gran medida a la dificultad diagnóstica, por la superposición de los síntomas entre ambos trastornos (11).

En cuanto a la psicopatología, en nuestros resultados obtuvimos una correlación positiva en los individuos con ambos trastornos presentes y la presencia de ansiedad, depresión y manía. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos en estudios anteriores por Riemann G et al 2017, Eskander N et al y Wilson ST et al 2007. (13, 15, 30) donde nos muestran que estas dos patologías asociadas favorecen la presencia de depresión, impulsividad y ansiedad, y una mayor disregulación afectiva.

En la literatura encontrada, Zimmerman M et al 2014, Carpiniello B et al 2010, entre otros, (14,17) demuestran de forma contundente la existencia de mayor tendencia a presentar pensamientos suicidas, así como un mayor número de intentos autolíticos, en aquellos pacientes diagnosticados de TB con TIEP comórbido sin diferencias según sexo.





En nuestro estudio se observó una correlación estadísticamente significativa en relación a los intentos autolíticos y el número de criterios para TIEP para las mujeres, pero no en varones. De tal forma que, aquellas mujeres que cumplen más criterios del Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad, presentaban un mayor número de intentos de suicidio a lo largo de su vida.

En cuanto a las hipótesis relacionadas con el uso de sustancias, en lo que se refiere al abuso de alcohol, no encontramos ninguna asociación estadísticamente significativa en este estudio. Sí encontramos correlaciones estadísticas en cuanto al consumo de cannabis en los varones. Aquellos con más criterios para TIEP, habían consumido cannabis durante más meses en el último año.

Así pues, encontramos diferencias en cuanto a la literatura revisada cuando hablamos del consumo de alcohol. Los estudios de algunos investigadores como McDermid J et al 2015, Preston GA et al 2004 y Patel RS et al 2019, (18,19,31) muestran que esta comorbilidad supone un aumento de la tendencia a las adicciones con un mayor consumo de sustancias como cocaína, alcohol o cannabis.

Nuestro estudio sí confirma las hipótesis testadas por los autores mencionados en cuanto al consumo de cannabis en los pacientes bipolares con un Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad asociado. Sin embargo, la correlación solo es significativa en los varones. Aquellos con más criterios para TIEP, habían consumido cannabis durante más meses en el último año, coincidiendo así con las investigaciones de los autores mencionados previamente.

A su vez, analizamos si la presencia de la comorbilidad TB- TIEP frente a TB único, se asociaba a una mayor complejidad en el tratamiento farmacológico. A este respecto, no



encontramos diferencias significativas entre un grupo y otro. En contraste con París J et al 2007 (32), que indican que el TB y el TIEP tienen una respuesta significativamente diferente ante un mismo fármaco, existiendo diferencias en cuanto a las distintas familias farmacológicas. Otros autores como Riemman G et al 2014, Agius M et al 2014, Carpiello et al 2010 (21, 22, 30) indican que esta comorbilidad no está asociada a tratamientos de mayor duración.

Finalmente, encontramos una correlación significativa en cuanto a la funcionalidad y actividad global con el número de criterios de TIEP en ambos sexos, siendo más llamativa en las mujeres. Los pacientes con TB asociado a TIEP presentan una peor funcionalidad y una menor actividad global.

Nuestros resultados concuerdan con las teorías encontradas en los artículos científicos revisados, donde se expone la elevada morbilidad psicosocial Zimmerman M et al 2015. (33) y un deterioro funcional en el ámbito laboral Valdivieso-Jiménez G 2019 (34) con mayor dificultad a nivel social, Maggio JL 2008 (23) Se observa también una repercusión negativa en el bienestar físico y social del paciente, Elliott M et al 2021 (26). Sin embargo, los autores Carpiello et al 2011; Preston et al 2004; Perugi et al 2013 (17,19,35,) afirmaron que, la coexistencia de ambos trastornos no tiene influencia sobre la actividad global del paciente, medida con la escala Global Assessment of Functioning (GAF).

En este estudio se pueden destacar como limitaciones: 1) la reducida muestra de pacientes (de 92 pacientes con Trastorno bipolar). 2) La baja frecuencia de diagnóstico de Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad encontrado (solo 7 pacientes cumplían los criterios diagnósticos) lo que nos ha llevado a tener que utilizar



el número de rasgos de personalidad cumplidos en lugar del diagnóstico de TIEP. 3) La naturaleza transversal del estudio.

Como fortalezas destacamos la evaluación psicométrica exhaustiva (gravedad clínica, TIEP, funcionamiento psicosocial) realizada a todos los pacientes;

En base a este estudio y los datos obtenidos y, pese a la poca muestra existente, podemos afirmar que la presen de un TIEP produce una mayor clínica, una mayor comorbilidad por uso de sustancias y un peor funcionamiento psicosocial. Por tanto, se necesitan estrategias terapéuticas tanto psicofarmacológicas como psicológicas que ayuden a aminorar o prevenir la mayor gravedad clínica y deterioro funcional, así como mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.



## 7. **CONCLUSIONES:**

1. La frecuencia de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad en la muestra de Trastorno Bipolar estudiada puede considerarse relativamente baja.
2. A mayor número de criterios de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad cumplidos por el sujeto, se observa;
  - 2.1 Mayor gravedad de la sintomatología depresiva y maníforme, tanto en varones como en mujeres. En el caso de las mujeres, se asocia también con mayor número de intentos de suicidio a lo largo de la vida y una mayor gravedad clínica global.
  - 2.2 Un mayor número de meses de consumo de cannabis en el caso de los varones.
  - 2.3 Una complejidad de su tratamiento farmacológico igual a la de las personas sin el Trastorno de la Inestabilidad Emocional de la Personalidad comórbido.
  - 2.4 Un peor nivel de actividad global y funcionamiento psicosocial pero tan sólo en el caso de las mujeres.



## 8. **BIBLIOGRAFÍA:**

1. García-Blanco AC, Sierra P, Livianos L. Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatr Biológica*. 1 de septiembre de 2014;21(3):89-94.
2. Roy H. Perlis, Michael J. Ostacher [Internet]. Tratado de psiquiatría clínica Massachusetts General Hospital: Trastorno Bipolar; 2017-2018 [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en:<https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/30.-Trastorno-bipolar.pdf>.
3. O.M.S.: CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
5. Saunders K.E.A., Bilderbeck A.C., Price J., Goodwin G.M. Distinguishing bipolar disorder from borderline personality disorder: A study of current clinical practice. *Eur. Psychiatry*. 2015;30:965–974. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.007.
6. Baryshnikov I, Aaltonen K, Koivisto M, Näätänen P, Karpov B, Melartin T, et al. Differences and overlap in self-reported symptoms of bipolar disorder and borderline personality disorder. *Eur psychiatr*. noviembre de 2015;30(8):914-9.
7. Paris J. Diagnóstico diferencial del trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad. *Trastorno Bipolar*. 2017; 19 :605. doi: 10.1111/bdi.12565.
8. Elisei S, Anastasi S, Verdolini N. THE CONTINUUM BETWEEN BIPOLAR DISORDER AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER. 24:4.



9. Frías Á, Baltasar I, Birmaher B. Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *J Affect Disord.* septiembre de 2016;202:210-9.
10. Baryshnikov I, Aaltonen K, Koivisto M, Näätänen P, Karpov B, Melartin T, et al. Differences and overlap in self-reported symptoms of bipolar disorder and borderline personality disorder. *Eur Psychiatry.* noviembre de 2015;30(8):914-9.
11. Zimmerman M., Morgan T.A. Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: The interface with borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2013;15 doi: 10.1007/s11920-013-0422-z.
12. Gunderson JG, Weinberg I, Daversa MT, Kueppenbender KD, Zanarini MC, Shea MT, et al. Descriptive and Longitudinal Observations on the Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *AJP.* julio de 2006;163(7):1173-8.
13. Riemann G, Weisscher N, Post RM, Altshuler L, McElroy S, Frye MA, et al. The relationship between self-reported borderline personality features and prospective illness course in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 25 de septiembre de 2017;5(1):31.
14. Zimmerman M, Martinez J, Young D, Chelminski I, Morgan TA, Dalrymple K. Comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder and history of suicide attempts. *J Pers Disord.* junio de 2014;28(3):358-64.
15. Eskander N, Emamy M, Saad-Omer SM, Khan F, Jahan N. The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus.* 12(8):e9581.



16. McDermid J, McDermid RC. The complexity of bipolar and borderline personality: an expression of 'emotional frailty'? *Current Opinion in Psychiatry*. enero de 2016;29(1):84-8.
17. Carpiello B, Lai L, Pirarba S, Sardu C, Pinna F. Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. junio de 2011;188(1):40-4.
18. McDermid J, Sareen J, El-Gabalawy R, Pagura J, Spiwak R, Enns MW. Co-morbidity of bipolar disorder and borderline personality disorder: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Compr Psychiatry*. abril de 2015;58:18-28.
19. Preston GA, Marchant BK, Reimherr FW, Strong RE, Hedges DW: Borderline personality disorder in patients with bipolar disorder and response to lamotrigine. *J Affect Disord* 2004, 79(1-3):297-303.
20. Riemann G, Weisscher N, Goossens PJ, Draijer N, Apenhorst-Hol M, Kupka RW. The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2014;14(1):172.
21. Agius M, Verdolini N. Bipolar disorder comorbid with borderline personality disorder and treatment with mood stabilisers. *BMJ*. 13 de noviembre de 2014;349:g6798.
22. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Torrent C, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, Comes M: Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 2004, 6(4):294-298.
23. Maggio JL. Bipolaridad en el trastorno de personalidad límite. 2008; 15(2): 150-209.



24. Zarate, Jr. CA, Tohen M, Land M, Cavanagh S. [No title found]. *Psychiatric Quarterly*. 2000;71(4):309-29.
25. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Sustained unemployment in psychiatric outpatients with bipolar depression compared to major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*. 2012;14(8):856-62.
26. Elliott M, Ragsdale JM. Stress exposure and well-being: correlates of meeting criteria for bipolar disorder, borderline personality disorder, or both. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021.
27. Akbari V, Rahmatinejad P, Mohammadi SD. Comparing Neurocognitive Profile of Patients with Borderline Personality and Bipolar–II Disorders. *Iran J Psychiatry*. abril de 2019;14(2):113-9.
28. 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. *Journal of Affective Disorders*. mayo de 2016;195:105-18.
29. Scandinavica AP, Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;110(6):401-7.
30. Wilson ST, Stanley B, Oquendo MA, Goldberg P, Zalsman G, Mann JJ. Comparing Impulsiveness, Hostility, and Depression in Borderline Personality Disorder and Bipolar II Disorder. *J Clin Psychiatry*. octubre de 2007;68(10):1533-9.





31. Eskander N, Emamy M, Saad-Omer SM, Khan F, Jahan N. The Impact of Impulsivity and Emotional Dysregulation on Comorbid Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder. *Cureus*. 12(8):e9581.
32. Paris J, Gunderson J, Weinberg I. The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive Psychiatry*. marzo de 2007;48(2):145-54.
33. Zimmerman M, Ellison W, Morgan TA, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Psychosocial morbidity associated with bipolar disorder and borderline personality disorder in psychiatric out-patients: Comparative study. *The British Journal of Psychiatry*. octubre de 2015;207(4):334-8.
34. Valdivieso-Jiménez G. Severidad clínica en trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y su comorbilidad. *Rev chil neuro-psiquiatr*. junio de 2019;57(2):107-17.
35. Perugi G, Angst J, Azorin J-M, Bowden C, Vieta E, Young AH. The bipolar–borderline personality disorders connection in major depressive patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;128(5):376-83.
36. Palmer BA, Pahwa M, Geske JR, Kung S, Nassan M, Schak KM, et al. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. *Brain Behav*. 2021;11(7):e02201.
37. Balling C, Chelminski I, Dalrymple K, Zimmerman M. Differentiating borderline personality from bipolar disorder with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ): A replication and extension of the International Mood Network (IMN) Nosology Project. *Compr Psychiatry*. enero de 2019;88:49-51.



38. Eich D., Gamma A., Malti T., Vogt Wehrli M., Liebreuz M., Seifritz E., Modestin J. Temperamental differences between bipolar disorder, borderline personality disorder, and attention deficit/hyperactivity disorder: Some implications for their diagnostic validity. *J. Affect. Disord.* 2014;169:101–104. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.028.
39. Henry C, Mitropoulou V, New AS, Koenigsberg HW, Silverman J, Siever LJ. Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *J Psychiatr Res* 2001;35(6):307-12.
40. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Sedlackova Z, Ociskova M. Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuro endocrinology letters.* 25 de febrero de 2013;34:1-8.
41. Zimmerman, M.; Morgan, T.A. The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2013, 15, 155–169.
42. Saunders KEA, Jones T, Perry A, Di Florio A, Craddock N, Jones I, et al. The influence of borderline personality traits on clinical outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disorders.* 2021;23(4):368-75.
43. Zimmerman M, Balling C, Chelminski I, Dalrymple K. Patients with borderline personality disorder and bipolar disorder: a descriptive and comparative study. *Psychol Med.* julio de 2021;51(9):1479-90.
44. Sanches M. The Limits between Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder: A Review of the Evidence. *Diseases.* 5 de julio de 2019;7(3):49.



45. Riemann G, Crispijn M, Weisscher N, Regeer E, Kupka RW. A Feasibility Study of the Addition of STEPPS in Outpatients With Bipolar Disorder and Comorbid Borderline Personality Features: Promises and Pitfalls. *Front Psychiatry*. 11 de noviembre de 2021;12:725381.
46. Bayes AJ, McClure G, Fletcher K, Román Ruiz del Moral YE, Hadzi-Pavlovic D, Stevenson JL, et al. Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. marzo de 2016;133(3):187-95.
47. Stoffers J, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 de junio de 2010;(6):CD005653.
48. Decano F. MacKinnon; Ronald Pies (2006). Inestabilidad afectiva como ciclo rápido: implicaciones teóricas y clínicas para la personalidad límite y los trastornos del espectro bipolar. , 8(1), 1–14. doi:10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x