

TEMA DE INTERES

Trastorno límite de la personalidad y trastorno bipolar: del solapamiento de criterios diagnósticos al solapamiento clínico

Borderline personality disorder and bipolar disorder: from the overlap of diagnostic criteria to the clinical overlap

Torales, Julio; Navarro, Rodrigo

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Psiquiatría. Asunción, Paraguay.

El solapamiento de los síntomas clínicos del trastorno límite de la personalidad y de los síntomas del trastorno bipolar (especialmente del trastorno bipolar tipo II) es frecuente en los servicios de Psiquiatría, tanto de consulta externa como de urgencias. Frecuentemente, los pacientes aquejados de una de estas dos patologías se presentan con sintomatología florida, generada por la inestabilidad de sus presentaciones clínicas, lo que conlleva múltiples hospitalizaciones y polimedicación (1).

La evidencia demuestra que hasta el 20% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad tiene trastorno bipolar comórbido, y que alrededor de 15% de los pacientes con trastorno bipolar tiene un trastorno límite de la personalidad en coocurrencia (2). Esta información es relevante para la práctica clínica del médico psiquiatra, del psicólogo y de todos aquellos profesionales involucrados con la salud mental.

Las obvias similitudes clínicas entre estos dos trastornos (notablemente, un estado de ánimo que fluctúa entre extremos patológicos) son las responsables, en muchas ocasiones, de que el psiquiatra, específicamente en el contexto de la atención médica, se enfrente a dilemas diagnósticos. Además de un solapamiento en

la sintomatología, datos interesantes indican que ambos trastornos presentan cambios neurobiológicos similares, especialmente en el sistema límbico y en la conectividad frontolímbica (aunque con diferencias en las funciones amigdalas e hipocámpicas) y en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico. No obstante, la mayoría de las investigaciones consideran a ambos trastornos como condiciones clínicas distintas (3).

El solapamiento entre ambos trastornos se ve a nivel de varios aspectos: primero, estos trastornos son frecuentemente comórbidos; segundo, los mismos muestran una superposición moderada en sus criterios diagnósticos; y tercero, en la práctica clínica, es a veces difícil reconocer a cuál de los trastornos le pertenecen los síntomas mostrados por el paciente (4).

El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad afectan cada uno a alrededor del 2% de la población. Las descripciones clásicas del trastorno bipolar que informan de episodios claros de estado de ánimo exaltado o depresivo, intercalados con períodos de eutimia, enmascaran el verdadero curso del trastorno que se caracteriza por la inestabilidad crónica del estado de ánimo y la mala función interepisódica. La duración de estos períodos

Autor correspondiente: Dr. Rodrigo Navarro, Médico Residente de la Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo – Paraguay. E-mail: rodrigonavarro91@gmail.com

Fecha de recepción el 31 de Enero del 2019; aceptado el 29 de Marzo del 2019.

puede variar considerablemente, de semanas a meses, y la depresión suele dominar el curso longitudinal del trastorno. El trastorno límite de la personalidad es, por su parte, un trastorno generalizado en el que la inestabilidad del estado de ánimo se acompaña de impulsividad, disfunción interpersonal, gestos suicidas repetidos, un sentido incierto de sí mismo, ira inapropiada y miedo al abandono (5-7).

Una cuestión que complica más aún el panorama es, justamente, la presentación clínica de estos pacientes. Por ejemplo, pacientes con trastorno bipolar (tipo II) pasan la mayor parte de sus vidas deprimidos, mientras que pacientes con trastorno de la personalidad límite frecuentemente se presentan deprimidos a consulta, en el contexto de como experimentan las emociones. A esto se suman los criterios necesarios para hacer diagnóstico: el trastorno de la personalidad límite requiere de la presencia de 5 de 9 criterios, establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría (8). Entonces, ¿qué sucede si un paciente "sólo" cumple 3 o 4 criterios, pero se encuentra lo suficientemente disfuncional para requerir una hospitalización? Es por ello que lo dimensional de la personalidad debe muchas veces prevalecer sobre los diagnósticos categoriales establecidos en muchas guías clínicas actuales (9).

Siguiendo con la clínica, se piensa que la inestabilidad del estado de ánimo en el trastorno límite de la personalidad difiere de la de otros trastornos en su naturaleza y se relaciona con una incapacidad para modular las respuestas emocionales, aunque todavía no se han realizado demasiadas comparaciones directas con la observada en el trastorno bipolar. El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad se pueden distinguir claramente en ambientes de investigación, usando escalas de cooperación social y aprendizaje de recompensa, pero en la práctica clínica su distinción puede ser mucho más desafiante. El diagnóstico correcto es esencial, dados que los enfoques de tratamiento para ambos trastornos son divergentes. El trastorno bipolar requiere de medicación a largo plazo y, por su parte, no existen medicaciones aprobadas de primera línea para el trastorno límite de la personalidad,

siendo la psicoterapia el abordaje más frecuentemente utilizado. Asimismo, ambos trastornos difieren en la variabilidad del estado de ánimo y en la desregulación emocional. Esta última se refiere a arrebatos de comportamiento a corto plazo (de segundos a unas pocas horas), y es el resultado de una regulación deficiente de las respuestas emocionales. El estado de ánimo es menos específico que las emociones y se refiere a un estado psicológico interno, que puede durar desde horas hasta meses. La variabilidad del estado de ánimo, por tanto, tiene como objetivo caracterizar los trastornos del estado de ánimo a largo plazo (10).

Asimismo, los trastornos de la personalidad son frecuentemente comórbidos en pacientes con trastornos depresivos y están asociados con un rango de importantes indicadores clínicos, tales como: alta carga de psicopatología, una reducción a largo plazo en la funcionalidad psicosocial y laboral, y una pobre respuesta al tratamiento. La evaluación de eventuales trastornos de la personalidad debe ser parte de la evaluación rutinaria de los pacientes, antes de iniciar tratamiento antidepressivo. El médico psiquiatra debería también tratar de evaluar si las disfunciones en la personalidad preceden a los episodios depresivos, puesto que una duración prolongada de los trastornos de la personalidad indicaría la necesidad de un abordaje terapéutico más integral y a largo plazo. Esto es importante en pacientes que presentan trastornos depresivos persistentes, debido a la alta comorbilidad que presenta esta condición (11).

El trastorno bipolar y el trastorno límite de la personalidad están cada uno asociados con un riesgo aumentado de intentos de suicidio. La coocurrencia de estos trastornos genera un riesgo aditivo, aunque la influencia del trastorno límite de la personalidad es mayor que la del trastorno bipolar. Casi el 60% de los pacientes con ambos diagnósticos ha tenido previamente un intento de suicidio, y más de un tercio ha tenido múltiples intentos. El porcentaje de pacientes con ambos diagnósticos que intentaron cometer suicidio es 4 veces mayor que el porcentaje de pacientes con ninguno de dichos diagnósticos (12).

Durante los últimos años, se dio inicio a un debate sobre si el trastorno límite de la personalidad debería ser considerado parte del espectro bipolar. Muchas revisiones sobre la materia han sido realizadas, y las mismas han llegado a diferentes conclusiones. No obstante, si se considerara al trastorno límite de la personalidad como un tipo de trastorno bipolar, sería entonces redundante diagnosticar ambos trastornos, y esto podría reducir el reconocimiento de una importante comorbilidad en pacientes con trastorno bipolar; comorbilidad que se asocia a alto riesgo de suicidio, tal como se mencionó previamente (12).

En síntesis -se recalca-, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno bipolar (especialmente el tipo II) son a menudo comórbidos y frecuentemente mal diagnosticados, según lo muestran diversos estudios clínicos y epidemiológicos. El diagnóstico erróneo crea problemas para los médicos psiquiatras y, sobre todo, para los pacientes. Cuando se diagnostica erróneamente un trastorno límite de la personalidad, pacientes que realmente están afectados por trastorno bipolar pueden verse privados de tratamientos farmacológicos potencialmente efectivos. Asimismo, el estigma que conlleva un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad puede llevar a los médicos psiquiatras a no querer siquiera revelar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad a sus pacientes e inclinarse a diagnosticar un trastorno límite de la personalidad como si fuera un trastorno bipolar, lo que podría resultar en tratamientos que tienen poca relevancia o en fallos para dirigir al paciente hacia enfoques psicoterapéuticos (2,13-15).

A fin de evitar confusiones y lograr diagnósticos correctos, es responsabilidad del médico psiquiatra explorar concienzudamente la historia personal y la psicopatología del paciente, haciendo especial énfasis en la necesidad de (re)conocer el solapamiento de la clínica de ambos trastornos, resaltar diferencias clave entre los constructos y elaborar diferenciales diagnósticos. Todo ello redituará de manera positiva, finalmente, en la salud y calidad de vida del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Torales J, Ventriglio A, Barrios I, Arce A. Demographic and clinical characteristics of patients referred to the psychiatry unit of the emergency department at the National University of Asunción's General Hospital, Paraguay. *International Journal of Culture and Mental Health* 2016;9(3):233-238. <https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1197290>
2. Fiedorowicz JG. Borderline, bipolar, or both? Frame your diagnosis on the patient history. *Current Psychiatry*. 2010;9(1):21-30.
3. Richardson E, Tracy DK. The borderline of bipolar: opinions of patients and lessons for clinicians on the diagnostic conflict. *BJPsych Bull.* 2015;39(3):108-113. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.113.046284>
4. Eich D, Gamma A, Malti T, Vogt Wehrli M, Liebreuz M, Seifritz E et al. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.028>
5. Gunderson JG, Herpertz SC, Skodol AE, Torgersen S, Zanarini MC. Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 2018;4:18029.
6. Bayes AJ, Parker GB. Clinical vs. DSM diagnosis of bipolar disorder, borderline personality disorder and their co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand.* 2017;135(3):259-265. <https://doi.org/10.1111/acps.12678>
7. Torales J, Arce A, Zacarias M, Giralda N, Moreno M, Szwako A et al. *La Guía TAZ de Psicofarmacología Clínica*. 1ª ed. Asunción: EFACIM; 2014.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: APA Press; 2013.
9. Tyrer P. Dimensions fit the data, but can clinicians fit the dimensions?. *World Psychiatry.* 2018;17(3):295-296. <https://doi.org/10.1002/wps.20559>
10. Tsanas A, Saunders KE, Bilderbeck AC, Palmius N, Osipov M, Clifford GD et al. Daily longitudinal self-monitoring of mood variability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *J Affect Disord.* 2016;205:225-233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.06>
11. Friberg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: A meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J. Affect. Disord.* 2014;152-154(1):1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>

12. 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.* 2014;28(3):358-364. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_122
13. Akiskal HS. Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;110(6):401-407. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x>
14. Mackinnon DF, Pies R. Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disord.* 2006;8(1):1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2006.00283.x>
15. Peterson Scott N. Misdiagnosis or Comorbidity: Borderline Personality Disorder in a Patient Diagnosed With Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry Resident's Journal.* 2017;12(10):4-5. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.121002>