

Nerea Palomares^{1,2}
Antonia McMaster⁴
Marina Díaz-Marsá^{1,2,3}
Irene de la Vega¹
Ana Montes¹
José Luis Carrasco^{1,2,3}

Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad

¹Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC). Madrid, España

²Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Hospital Gregorio Marañón. Madrid, España

³Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense. Madrid, España

⁴Department of Psychiatry, Icahn School of Medicine at Mount Sinai. New York

Introducción. La literatura actual sugiere que la comorbilidad en los trastornos de la personalidad (TP) afecta a la gravedad y al pronóstico de otros trastornos. Sin embargo, existe poca literatura respecto al trastorno límite de la personalidad (TLP) en concreto. El objetivo de este trabajo es estudiar la comorbilidad con otros trastornos de personalidad en una muestra de pacientes graves con TLP, y la relación de esta comorbilidad con su funcionamiento global.

Metodología. Se incluyó en el estudio una muestra de 65 pacientes con TLP grave. Se administraron cuestionarios clínicos y de funcionalidad para estudiar la comorbilidad del TLP con otros trastornos y su relación con la funcionalidad. Se analizaron las asociaciones con otros TP comórbidos a través de correlaciones lineales y de test t.

Resultados. La mayoría de los pacientes (87%) presentaron comorbilidad con otros TP. Casi la mitad de la muestra (42%) presentó más de dos TP, y los incluidos en los clústeres A (paranoide) y C (obsesivo y evitativo) fueron más frecuentes que el clúster B (histriónico y antisocial). Sólo la presencia del TP evitativo predecía una peor funcionalidad a largo plazo (U Mann Withney $p < 0.01$).

Conclusiones. Los pacientes con TLP grave presentan una mayor comorbilidad con los TP de los clústers A y C. El trastorno de personalidad por evitación puede predecir el pronóstico del trastorno de manera negativa.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Comorbilidad, Funcionalidad, Gravedad

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(6):212-21

Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder

Background. Current literature suggests that personality disorder comorbidity negatively contributes to both the severity and prognosis of other disorders; however, little literature has been devoted to its influence on borderline personality disorder (BPD). The objective of the present work is to study comorbidity with other personality disorders in a severe clinical sample of patients with BPD, and its relationship with global functionality.

Methods. A sample of 65 patients with severe borderline personality disorder was included in the study. Clinical and functionality measures were applied in order to study comorbidity of BPD with other disorders and its relationship with functionality. Associations with other comorbid PDs were analyzed with t-tests and linear correlations.

Results. Most patients (87%) presented comorbidity with other PDs. Almost half of the sample (42%) presented more than two PDs, and cluster A (paranoid) and C (obsessive and avoidant) PD were more frequent than cluster B (histrionic and antisocial). Only the presence of avoidant PD predicted a worse functional outcome in the long term (U Mann Withney $p < 0.01$).

Conclusions. Severely impaired BPD patients present greater comorbidity with cluster A and C PDs. Comorbid avoidant personality disorder might negatively predict for prognosis.

Keywords: Borderline personality disorder, Comorbidity, Functional outcome, Severity

Correspondencia:
Nerea Palomares
Institute of Health Research of the Hospital Clínico San Carlos (IdISSC)
C/ Martín Lagos s/n,
28040 Madrid, España
Tel.: +34 913303566
Fax: +34 913303574
Correo electrónico: nreapalomares@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se incluye en el eje II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-versión revisada (DSM-IV-TR)¹ y en la sección II de los trastornos de la personalidad (Clúster B) del reciente DSM-5². Se describe como una condición mental severa caracterizada por inestabilidad afectiva, comportamientos impulsivos, autolesiones y relaciones interpersonales inestables que pueden llegar a ser muy disfuncionales. Se estima que la prevalencia en la población general está entre el 3% y el 7%³⁻⁵. El trastorno límite de la personalidad engloba cerca del 26% de los trastornos de personalidad⁶ y causa una considerable morbilidad y mortalidad durante la juventud.

Debido a la complejidad del trastorno, el diagnóstico de TLP se realiza a menudo de manera incorrecta⁷⁻¹⁰. La comorbilidad con los trastornos de los ejes I y II está entre los factores que llevan a cometer errores en el diagnóstico diferencial con otros trastornos mentales o con otros trastornos de la personalidad (especialmente con los trastornos de la personalidad bipolar y antisocial).¹⁰⁻¹²

La comorbilidad entre los trastornos de personalidad y todos los subtipos de trastornos de ansiedad (oscilando entre el 35% en TEPT y el 52% en TPOC) y trastornos del estado de ánimo (más del 90%) es elevada^{13,14}. La comorbilidad con el eje II parece influir de manera negativa en el curso y el pronóstico de los ya mencionados trastornos del eje I^{15,16} y podría ser un factor de riesgo para la cronicidad en la depresión¹⁷. De manera similar, el TLP muestra comorbilidad con los trastornos del eje I, sobre todo con ansiedad, trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias¹⁸⁻²¹. Entre los trastornos de la personalidad (TP), el TLP y el trastorno esquizotípico de personalidad (TEP) tienen un mayor índice de comorbilidad con los trastornos del Eje I que cualquier otro TP¹⁸.

Considerando que la comorbilidad con el Eje I influye en la funcionalidad de los pacientes con TLP⁹, podría esperarse una influencia similar de la comorbilidad con los trastornos del eje II. De hecho, sí se ha demostrado que la comorbilidad con el eje II contribuye negativamente tanto en la gravedad como en el pronóstico de los trastornos del eje I¹⁸, se podría esperar que también contribuyera negativamente a la recuperación terapéutica del TLP. Debido a la escasez de estudios que investigan esta relación desde 1998²⁰, se ha diseñado este trabajo para investigar específicamente el papel que desempeña la comorbilidad del eje II en el nivel de funcionamiento de una muestra de pacientes con TLP severo.

MÉTODOS

Se incluyeron en el estudio 65 pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad grave según el

DSM-IV-TR medido a través del SCID-II²². Todos los participantes fueron reclutados en la unidad de día de trastornos de personalidad de un hospital general. La muestra estaba compuesta por pacientes graves remitidos al centro de día del hospital para un tratamiento psicosocial intenso después de haber fracasado en el tratamiento propuesto en sus respectivos centros de salud mental. Todos los pacientes estaban siendo atendidos con el tratamiento típico del centro de día de la unidad de trastornos de personalidad del hospital, incluyendo sesiones de grupo bisemanales, terapia de mentalización, terapia dialéctico-conductual (TDC), terapia ocupacional, psicoeducación, visitas a enfermería y sesiones semanales individuales de terapia centrada en la transferencia.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron: 1) edad comprendida entre 18 y 53 años; 2) impresión clínica global (ICG-TLP escala clínica) mayor de 4; y 3) evaluación del funcional global (EEAG) por debajo de 60. Los criterios de exclusión fueron: 1) enfermedad física grave, como por ejemplo síndrome cerebral orgánico o enfermedad neurológica; 2) Cociente intelectual (CI) por debajo de 85; 3) trastorno depresivo mayor (TDM) actual o abuso de sustancias; 4) diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar en algún momento de la vida.

Todos los sujetos recibieron información sobre el estudio y tuvieron que firmar un consentimiento firmado antes de su participación.

Instrumentos

Se administró una evaluación inicial de tipo transversal sobre características y trastornos de la personalidad por parte de psiquiatras y psicólogos expertos en el tema (entre 8 y 40 años de experiencia) antes del tratamiento:

a) Entrevista diagnóstica:

- La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es un entrevista semi-estructurada del eje II para diagnosticar trastornos de personalidad²².
- La entrevista diagnóstica revisada para el trastorno límite de la personalidad (DIB-R) es una prueba diagnóstica que identifica cuatro patrones de comportamiento típicos del TLP: miedo al abandono, exceso de atención, temores de derrota o devastación, exigencias y privilegios, regresión durante el tratamiento, habilidad para crear relaciones interpersonales inapropiadas u hostiles durante la terapia, entre otros²³.

b) Gravedad clínica y evaluación de la funcionalidad:

- La escala de impresión clínica global para el TLP (ICG-TLP) es una adaptación de la escala de impre-

sión clínica global (ICG) diseñada para evaluar la gravedad y los cambios tras la intervención en pacientes TLP²⁴.

- La escala para la evaluación global de la funcionalidad (EEAG) proporciona un juicio clínico para el nivel de funcionamiento general individual, incluyendo funcionamiento psicológico, social y ocupacional/educativo²⁵.

c) Evaluación dimensional de la personalidad:

- El cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPO) mide una constelación de rasgos de personalidad: sociabilidad, neuroticismo-ansiedad, búsqueda impulsiva de sensaciones, agresión-hostilidad, y actividad.²⁶
- La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un cuestionario diseñado para evaluar el constructo de impulsividad de la personalidad/comportamiento²⁷.

d) Variables clínicas:

- La Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) mide la gravedad de los síntomas de ansiedad. Consiste en 14 ítems y medidas tanto para la ansiedad psiquiátrica como la somática²⁸.
- La Escala de Depresión Montgomery-Asberg (MADRS) es una entrevista semi-estructurada diseñada para medir la gravedad de los síntomas depresivos²⁹.

Se añadió un protocolo sociodemográfico incluyendo duración de la enfermedad, género, nivel educativo, estatus laboral y tratamiento farmacológico. La evaluación del funcionamiento global (EEAG) y la impresión clínica global-TLP (ICG-TLP) se escogieron como resultado principal y se administraron al inicio y después de 6 meses de tratamiento en el centro de día del hospital. El estudio se llevó a cabo de acuerdo a los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se obtuvo la aprobación del Comité Ético del Hospital Clínico San Carlos.

Análisis Estadísticos

Todos los análisis se realizaron utilizando el programa estadístico Stata/SE12.0 (StataCorp, 2011). Todas las hipótesis se probaron a un nivel de significación bilateral de 0.05. La estadística descriptiva para los datos categoriales se presentaron en porcentajes (%), n) y los datos de tipo continuo se presentaron en medias (\bar{x}) y desviaciones típicas (DT).

Se evaluaron los análisis de las variables clínicas asociadas específicamente a la comorbilidad con los trastornos del eje II mediante comparaciones múltiples t-test. Se calcularon los análisis cuantitativos asociados a cada dimensión de personalidad (número de criterios cumplidos para cada

trastorno de personalidad) con test de correlaciones lineales. No se llevaron a cabo ajustes en el nivel de significación estadística.

RESULTADOS

Se evaluó a un total de 65 participantes. En relación al sexo de la muestra, el 75% (n=49) eran mujeres y el 25% (n=16) eran hombres (media de edad de 31 años, DT de 7 años) (Tabla 1).

La mayoría de los pacientes (58%) no estaban funcionalmente activos en el momento de iniciar el estudio (18% de estudiantes con fracaso escolar, 18% por baja por enfermedad a largo plazo y 22% de desempleados). La media de gravedad clínica de la muestra fue alta (ICG-TLP>4; $\chi=4.9$) y el grado de funcionamiento psicosocial era considerablemente bajo (puntuación en el EEAG inferior a 60). Casi todos los pacientes (94%) (n=61) estaban tomando medicación: 87% (n=53) antidepresivos, 69% (n=42) benzodiazepinas, 54% (n=33) antiepilépticos y 54% (n=33) antipsicóticos (Tabla 1).

No se encontraron diferencias en la distribución de edad o sexo entre los diferentes trastornos de personalidad comórbidos, excepto para el trastorno de personalidad narcisista, que tenía una prevalencia mayor en mujeres ($p<0.05$).

Solamente 8 sujetos tenían un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad sin ningún otro trastorno de personalidad comórbido. El resto de la muestra (n=57) tenía al menos un trastorno de personalidad comórbido, con un 48% de la muestra presentando entre 2 y 4 trastornos de personalidad comórbidos. Ya que la entrevista utilizada para el diagnóstico de trastornos de personalidad fue el SCID-II, se incluyeron también los trastornos depresivo y pasivo-agresivo de la personalidad en el estudio para hacerlo más completo, aunque ya no estén incluidos en el DSM-V. El trastorno depresivo de la personalidad fue el trastorno del eje II más comórbido con el TLP (64%; n=42) (tabla 1). Por otra parte, el trastorno de personalidad esquizotípico fue el menos comórbido (5%; n=3) (Figura 1).

Se encontraron asociaciones estadísticas entre los criterios diagnósticos de algunos trastornos de personalidad. El test de correlación de Spearman mostró correlaciones estadísticamente significativas entre el número de criterios para el trastorno esquizotípico, y el número de criterios para los trastornos evitativo ($r=0.59$; $p=0.05$) y paranoide ($r=0.58$; $p=0.05$) (Tabla 2).

Los criterios para el trastorno depresivo de la personalidad se correlacionaban significativamente con las características de los trastornos de personalidad dependiente ($r=31$), evitativo ($r=44$), esquizotípico ($r=36$), esquizoide ($r=43$) y paranoide ($r=38$), pero no con otros TP. Como mues-

Tabla 1	Datos sociodemográficos y variables clínicas. N=66
	N (%)
Género (mujeres)	49 (75)
Edad*	31 (±7)
Años de educación*	12 (±3)
Estatus laboral	
En activo	12 (20)
Desempleado	10 (16)
Baja por incapacidad transitoria	4 (7)
Baja por incapacidad permanente	11 (18)
Estudiante	11 (18)
Otro	13 (21)
EEAG al inicio*	60 (±7)
EEAG en el seguimiento*	73 (±8)
ICG-TLP al inicio*	4.9 (±1)
ICG-TLP en el seguimiento*	3.1 (±1)
En tratamiento farmacológico	
Antidepresivos	53 (87)
Benzodiacepinas	42 (69)
Antiepilépticos	33 (54)
Antipsicóticos	33 (54)
Otros trastornos de personalidad comórbidos con el trastorno límite de la personalidad	
Depresivo	42 (64)
Paranoide	30 (45)
Pasivo-agresivo	25 (38)
Evitativo	22 (33)
Obsesivo-compulsivo	20 (30)
Antisocial	19 (29)
Dependiente	18 (27)
Narcisista	10 (15)
Histriónico	9 (14)
Esquizoide	6 (9)
Esquizotípico	3 (5)

* Los valores representan puntuaciones medias (DT Desviación típica entre paréntesis) o si no especificado. EEAG: Escala de Evaluación de la Activación Global; ICG-TLP: Impresión Clínica Global para trastorno límite de la personalidad.

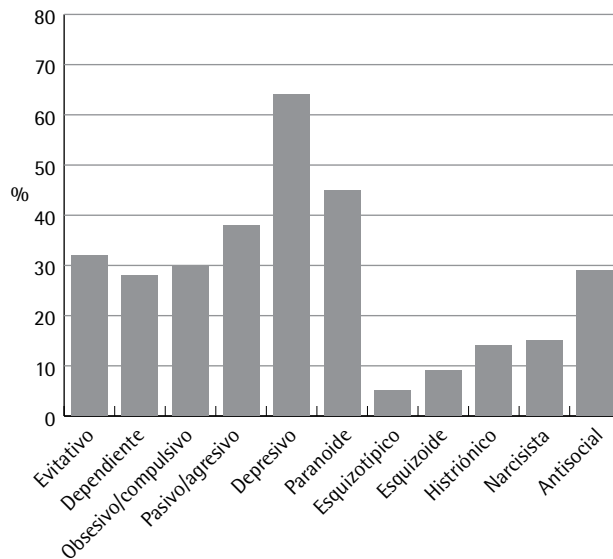


Figura 1 | Porcentaje de pacientes con TLP para cada trastorno del Eje II

tra la tabla 2, las características de personalidad evitativa y obsesiva también se correlacionaron significativamente con rasgos esquizoides, esquizotípicos y paranoides. Por el contrario, los criterios del clúster B no se asociaron con ninguna característica del clúster C o del clúster A.

El número de trastornos de personalidad comórbidos en cada paciente se asociaba significativamente con la gravedad de algunas dimensiones clínicas. Así, la prueba de tendencia P mostró que un mayor número de trastornos de personalidad comórbidos predecían una mayor puntuación en depresión ($p < 0.001$) y ansiedad ($p < 0.05$) y una menor sociabilidad en la escala de sociabilidad ZKPO ($p < 0.05$) (como podemos ver en la tabla 3).

El test de la U de Mann-Whitney se utilizó para estudiar las diferencias clínicas asociadas con la presencia de cada trastorno de personalidad comórbido específico. Los resultados se reflejan en la tabla 4, mostrando cómo los pacientes con TLP comórbido con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo presentaron significativamente mejor funcionamiento en la escala EEAG y menor gravedad en la escala clínica ICG-TLP que el resto de pacientes de la muestra en la evaluación inicial del estudio. Por el contrario, la comorbilidad con el trastorno de personalidad histriónico predijo un peor funcionamiento global y una mayor gravedad clínica general ($p = 0.01$ y $p = 0.02$, respectivamente). Sin embargo, los pacientes con un TPOC comórbido mostraron significativamente menos mejora funcional después de seis meses de tratamiento que los pacientes sin comorbilidad con dicho trastorno. En cambio, los pacientes con un trastor-

Tabla 2	Correlaciones de Spearman estadísticamente significativas entre las puntuaciones de los trastornos de la personalidad (DSM-IV-TR) de la muestra										
	Evitativo	Depend	Obs-Comp	Pas-Agres	Depres	Parano	Esquizotíp	Esquizoide	Histrión	Narcis	Antisoc
Evitat	1.00										
Depend	0.34*	1.00									
Obs-Comp			1.00								
Pas-Agres				1.00							
Depres	0.44*	0.31*		0.30*	1.00						
Parano	0.49*	0.35*	0.39*	0.37*	0.38*	1.00					
Esquizotíp	0.59*	0.44*	0.33*	0.26*	0.36*	0.58*	1.00				
Esquizoide	0.41		0.33*		0.43*	0.44*	0.42*	1.00			
Histrión		0.32*							1.00		
Narcis				0.35*		0.38*	0.27*		0.39*	1.00	
Antisoc	-0.34*								0.33*	0.39*	1.00

Evitat: Evitativo; Depend: Dependiente; Obs-Comp: Obsesivo-Compulsivo; Pas-Agres: Pasivo-Agresivo; Depres: Depresivo; Parano: Paranoide; Esquizotíp: Esquizotípico; Histrión: Histriónico; Narcis: Narcisista; Antisoc: Antisocial. *p<0.05. **p<0.01

no histriónico de la personalidad comórbida mostraron una mayor mejora funcional significativa que el resto. Al final de este estudio, una mejora funcional más pobre, tal y como refleja la puntuación en el EEAG, se encontró en pacientes con trastorno de personalidad evitativo comórbido, en comparación con el resto.

Los pacientes con TLP y trastornos de personalidad depresivo, dependiente y esquizoide comórbidos presentaron mayores puntuaciones en síntomas depresivos en el MADRS ($p<0.00$; $p<0.00$; $p=0.03$ respectivamente). Además, la comorbilidad con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo y el evitativo muestran una tendencia con una mayor puntuación depresiva, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo. Además, los pacientes con trastorno dependiente y esquizoide de la personalidad obtuvieron una mayor puntuación en ansiedad en comparación con el resto de pacientes en la escala HARS ($p=0.00$; $p=0.02$ respectivamente). Por último, los resultados mostraron una asociación significativa entre la impulsividad (medida con la escala de impulsividad de Barrat) y la presencia de comorbilidad con trastornos de personalidad dependiente e histriónico ($p=0.05$ y $p=0.03$, respectivamente).

CONCLUSIONES

El presente estudio ha investigado la relación entre la comorbilidad con el eje II y los resultados clínicos y funcio-

nales de pacientes con un trastorno límite de personalidad grave. Como previamente se ha mostrado en otros estudios, la falta de funcionalidad en pacientes con TLP se asocia con la gravedad de los síntomas principales del trastorno así como con la inestabilidad emocional y con los comportamientos impulsivos^{6,30}. Sin embargo, la idea de que el funcionamiento global del TLP a largo plazo puede no estar sólo relacionado con los síntomas del TLP, sino también con rasgos y criterios de otros trastornos de la personalidad ya se ha sugerido en estudios previos³¹. Además, el objetivo del presente estudio era explorar si la falta de funcionalidad y la gravedad al inicio del estudio y tras seis meses de tratamiento se asociaba con la presencia de trastornos del eje II comórbidos en pacientes con TLP grave, y como interactuaban dichas comorbilidades.

La mayoría de los pacientes del estudio presentaron más de dos diagnósticos del eje II confirmando estudios previos que indican que el TLP se suele diagnosticar con otros trastornos de personalidad asociados¹⁸. Sólo 8 pacientes presentaron un diagnóstico de TLP sin comorbilidad con otro trastorno de personalidad. Esto refleja la dificultad para diagnosticar este trastorno en particular⁷⁻¹⁰.

Sin embargo, nuestros resultados contradicen estudios previos que sugieren que los trastornos más comunes asociados con el TLP son el trastorno de personalidad antisocial y el dependiente¹⁸. Los trastornos de personalidad comórbidos más frecuentes en nuestra muestra fueron el trastorno depresivo y el trastorno paranoide. El trastorno de personali-

Tabla 3	Puntuaciones, desviaciones típicas y tendencias de P de variables clínicas en relación al número de trastornos			
	Número de trastornos χ (DT)			P
	0 a 1	2 a 4	> 5	
MADRS	20 (14)	29 (10)	36 (11)	0.012**
HARS	24 (15)	30 (11)	37 (10)	0.024**
FAST	38 (14)	40 (13)	43 (15)	0.642
Impss_ZKPO	12 (4)	11 (5)	11 (5)	0.642
N-Anx_ZKPO	14 (5)	16 (5)	16 (3)	0.310
Agg_host_ZKPO	11 (2)	10 (4)	11 (4)	0.333
Act_ZKPO	8 (4)	10 (13)	9 (4)	0.243
Sy_ZKPO	9 (2)	6 (4)	5 (5)	0.005**
ICG1	5 (1)	5 (1)	5 (1)	0.883
ICG2	3 (1)	3 (1)	3 (1)	0.484
ICG2-ICG1	- 2 (1)	- 2 (1)	- 2 (1)	0.658
EEAG1	60 (7)	59 (9)	60 (7)	0.885
EEAG2	78 (4)	72 (8)	72 (10)	0.160
EEAG2-EEAG1	18 (10)	13 (9)	12 (11)	0.220
BIS_cog	20 (3)	20 (5)	22 (6)	0.072
BIS_mot	26 (6)	22 (8)	28 (6)	0.156
BIS_np	23 (10)	25 (10)	26 (11)	0.521
BIS_tot	70 (15)	67 (19)	76 (19)	0.288

χ : media; DT: Desviación Típica.
MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; ZKPO: Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire; Impss: Búsqueda impulsiva de sensaciones; N-Anx: Neuroticismo-Ansiedad. Agg_host: Agresión-Hostilidad; Act: Actividad; Sy: Sociabilidad. ICG1: Impresión Clínica Global al inicio; ICG2: Impresión Clínica Global en el seguimiento. ICG2-ICG1: Evolución de la Impresión Clínica Global. EEAG1: Escala de Evaluación de la Actividad Global al inicio; EEAG2: Escala de Evaluación de la Actividad Global en el seguimiento. BIS: Barrat Impulsivity Scale; BIS_cog: impulsividad atencional; BIS_mot: impulsividad motora; BIS_np: impulsividad no planeada; BIS_tot: impulsividad total. *p<0.05. **p<0.01

dad evitativo y el obsesivo-compulsivo fueron significativamente más frecuentes que otro tipo de trastornos comórbidos del clúster B, como los trastornos histriónico, narcisista y antisocial de la personalidad. La diferencia de nuestros resultados con los de estudios previos podrían deberse a las características particulares de la muestra de nuestro estudio: nuestros pacientes provenían de un hospital de día que recibe pacientes gravemente disfuncionales desde los centros de

salud mental asociados. Además, nuestra muestra probablemente representa a un subgrupo de TLP con un deterioro interpersonal y profesional grave, que no puede extrapolarse a la totalidad de la población de pacientes con TLP. Es por ello que la mayor presencia de características de comorbilidad del clúster A y del clúster C podría asociarse con un mayor deterioro funcional en sujetos con TLP.

Entre nuestros pacientes, dos trastornos de personalidad comórbidos, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo y el trastorno histriónico de la personalidad tuvieron una asociación significativa con los resultados funcionales. Los pacientes con TLP y con un trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo comórbido mostraban puntuaciones significativamente mayores en el EEAG al inicio del estudio que los pacientes sin este trastorno y que los pacientes con otros TP. Sin embargo, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo se asoció con una pequeña mejora durante el tratamiento. El mayor nivel de funcionamiento en la evaluación inicial podría explicarse por el alto nivel de internalización y de control comportamental característicos de los rasgos de personalidad obsesivos de estos pacientes comparados con otros pacientes con TLP que presentan una mayor inestabilidad y externalización de comportamientos impulsivos. Por otro lado, el trastorno de la personalidad histriónica aparecía de forma más severa y disfuncional durante la evaluación inicial en nuestro estudio, aunque presentó una mayor mejora funcional a lo largo del tratamiento. La fenomenología de la personalidad histriónica podría explicar estos resultados, puesto que los sujetos histriónicos normalmente muestran disfunciones interpersonales y comportamentales graves en el contexto de lo que ellos perciben como un ambiente desagradable y negligente, como ocurre en las visitas de diagnóstico iniciales. A medida que el tratamiento avanza, se establece un apego más estable y de mayor confianza con los pacientes, llevando a una mejora sustancial del comportamiento y de las emociones en los pacientes histriónicos.

El trastorno de la personalidad evitativo es el factor de personalidad asociado a unos peores resultados funcionales después de seis meses de tratamiento, lo cual está en consonancia con estudios previos que reclaman una especial atención a los pacientes con TLP y con trastornos de la personalidad evitativa y obsesivo-compulsivo comórbidos³².

La evitación narcisista es frecuente en el TLP y está estrechamente relacionada con la difusión de la identidad en estos pacientes. Los sujetos límites evitativos podrían tener mayores dificultades para conseguir un sentido de autocontrol y por tanto pueden encontrar dificultades para llevar a cabo actividades y establecer relaciones interpersonales.

En línea con estudios previos sobre la comorbilidad con el eje II, solamente los síntomas depresivos aparecen asocia-

Tabla 4 Prueba U Mann-Whitney con medias y desviaciones típicas para las variables clínicas, de gravedad y de funcionamiento relacionadas con un trastorno de personalidad específico; χ^2 (DT). Las diferencias significativas se indican con * y **.

	MADRS	HARS	FAST	Impss ZKPO	N-Anx ZKPO	Agg_host ZKPO	Act ZKPO	syZKPO	BIS_cog	BIS_mot	BIS_np	BIS_tot	EEAG1	EEAG2	EEAG2-EEAG1	ICG1	ICG2	ICG2-ICG1
Evitat																		
Sí	35 (11)	34 (12)	41 (12)	8 (5)**	17 (3)*	9 (4)	8 (4)	3 (2)**	21 (6)	24 (9)	23 (11)	69 (21)	59 (8)	69 (10)*	11 (9)	5 (1)	4 (1)**	(-2) (1)
No	26 (12)	28 (12)	39 (15)	13 (4)	15 (5)	11 (4)	10 (11)	8 (4)	20 (4)	24 (8)	25 (9)	70 (17)	60 (7)	75 (7)	15 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
Depend																		
Sí	39 (10)**	38 (8)**	40 (18)	11 (5)	17 (2)	11 (4)	7 (4)	5 (4)	22 (5)*	28 (6)*	29 (8)	79 (13)*	59 (8)	71 (9)	12 (11)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
No	25 (11)	27 (12)	40 (12)	11 (5)	15 (5)	10 (4)	10 (11)	7 (4)	19 (4)	23 (8)	23 (10)	66 (19)	60 (7)	74 (8)	14 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
Obs-Comp																		
Sí	33 (13)	33 (14)	43 (14)	10 (6)	16 (4)	9 (4)	8 (3)	5 (4)	20 (6)	25 (8)	24 (11)	69 (22)	63 (5)*	71 (9)	9 (9)*	4 (1)**	3 (1)	(-1) (1)*
No	26 (12)	28 (12)	38 (14)	12 (5)	15 (4)	11 (4)	9 (11)	7 (4)	20 (4)	24 (8)	25 (9)	70 (17)	58 (8)	74 (8)	15 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
Pas-Agres																		
Sí	34 (12)	36 (10)	39 (14)	12 (5)	17 (4)	13 (4)**	12 (15)*	6 (5)	21 (5)	27 (8)*	26 (11)	74 (20)	60 (7)	73 (9)	13 (10)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
No	25 (12)	27 (13)	40 (14)	10 (4)	15 (4)	9 (3)	7 (4)	7 (4)	20 (5)	23 (8)	24 (9)	67 (17)	59 (8)	73 (8)	14 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
Depres																		
Sí	33 (10)**	33 (12)	41 (14)	11 (5)	16 (3)*	10 (3)	8 (3)	6 (4)	21 (5)	25 (7)	25 (10)	71 (17)	61 (7)	73 (9)	12 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
No	20 (12)	25 (12)	37 (13)	11 (5)	14 (6)	11 (5)	11 (15)	7 (4)	19 (4)	23 (9)	24 (10)	67 (20)	57 (8)	73 (8)	17 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
Paranoide																		
Sí	31 (13)	34 (12)	40 (11)	11 (5)	16 (3)	11 (4)*	9 (3)*	5 (4)**	21 (5)	25 (7)	25 (11)	72 (18)	61 (8)	73 (10)	13 (10)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)
No	27 (12)	27 (13)	40 (16)	11 (5)	15 (5)	10 (4)	9 (12)	7 (4)	19 (5)	24 (9)	24 (9)	68 (19)	59 (7)	73 (7)	14 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)

Tabla 4		Continuación																	
		MADRS	HARS	FAST	Impss ZKPO	N-Anx ZKPO	Agg. host ZKPO	Act ZKPO	sy ZKPO	BIS_cog	BIS_mot	BIS_np	BIS_tot	EEAG1	EEAG2	EEAG2- EEAG1	ICG1	ICG2	ICG2- ICG1
Esquizotip																			
Sí	34 (12)	37 (10)	37 (28)	6 (4)	17 (4)	10 (4)	6 (5)	3 (1)	25 (7)	32 (7)	25 (5)	82 (13)	62 (8)	73 (15)	12 (20)	5 (1)	3 (2)	(-3) (2)	
No	28 (13)	30 (12)	40 (13)	11 (5)	15 (4)	10 (4)	9 (10)	6 (4)	20 (5)	24 (8)	25 (10)	69 (18)	59 (8)	73 (8)	14 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
Esquizoide																			
Sí	45 (14)*	43 (5)*	44 (11)	8 (3)	17 (1)	7 (5)	11 (3)*	2 (2)*	21(8)	24 (5)	20 (10)	65 (21)	62 (7)	79 (3)	18 (7)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
No	27 (12)	29 (12)	39 (14)	11 (5)	15 (4)	11 (4)	9 (10)	7 (4)	20 (4)	24 (8)	25 (10)	70 (18)	59 (8)	73 (8)	13 (10)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
Histrion																			
Sí	32 (9)	33 (10)	34 (19)	15 (4)	15 (3)	12 (4)	7 (4)	9 (5)	21 (5)	29 (5)	35 (8)**	84 (15)*	54 (6)*	74 (8)	20 (7)*	6 (1)*	3 (1)	(-2) (1)*	
No	28 (13)	29 (13)	41 (13)	11 (5)	16 (4)	10 (4)	9 (10)	6 (4)	20 (5)	24 (8)	23 (9)	68 (18)	60 (7)	73 (8)	13 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
Narcis																			
Sí	30 (7)	31 (10)	39 (9)	16 (4)**	18 (5)	13 (5)*	16 (21)*	8 (5)	21 (5)	25 (11)	30 (11)	76 (25)	58 (8)	74 (10)	16 (2)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
No	28 (13)	30 (13)	40 (15)	10 (5)	15 (4)	10 (4)	8 (4)	6 (4)	20 (5)	24 (7)	24 (9)	68 (17)	60 (7)	73 (8)	13 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
Antisoc																			
Sí	26 (11)	29 (10)	39 (17)	14 (3)**	14 (3)*	11 (4)	8 (4)	7 (4)	20 (5)	24 (8)	29 (10)	73 (18)	59 (7)	75 (8)	17 (10)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	
No	29 (13)	30 (13)	40 (13)	10 (5)	16 (4)	10 (4)	9 (11)	6 (4)	20 (5)	24 (8)	23 (10)	68 (19)	60 (8)	72 (8)	13 (9)	5 (1)	3 (1)	(-2) (1)	

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale; ZKPO: Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire; Impss: Búsqueda impulsiva de sensaciones; N-Anx: Neuroticismo-Ansiedad. Agg_host: Agresión-Hostilidad; Act: Actividad; sy: Sociabilidad. ICG1: Impresión Clínica Global al inicio; ICG2: Impresión Clínica Global en el seguimiento. ICG2-ICG1: Evolución de la Impresión Clínica Global. EEAG1: Escala de Evaluación de Actividad Global al inicio; EEAG2: Escala de Evaluación de Actividad Global en el seguimiento. BIS: Barrat Impulsivity Scale; BIS_cog: impulsividad atencional; BIS_mot: impulsividad motora; BIS_np: impulsividad no planeada; BIS_tot: impulsividad total.
Prueba U-Mann Whitney test con nivel de significación: * p<0.05. ** p<0.01

dos con características específicas de personalidad en nuestro estudio, especialmente con trastornos de personalidad dependiente, esquizoide y depresivo^{6,30}. Un estudio reciente³³ defendía que la depresión atípica estaba presente en más del 27% de pacientes con TLP estudiados, sugiriendo que la depresión es un síntoma fundamental del TLP que a menudo se confunde con el trastorno de la personalidad depresivo. En nuestra muestra, los pacientes que cumplían los criterios para el trastorno depresivo de la personalidad mostraban un estado depresivo persistente durante varios años pero no cumplían los criterios para un episodio depresivo mayor. Sin embargo, a menudo es muy difícil trazar los límites entre los estados crónicos de una depresión atípica y las características de una personalidad depresiva y, por tanto, deberíamos mostrar cautela antes de interpretar que la mayoría de pacientes con TLP presentan un trastorno de personalidad depresivo comórbido. La depresión afecta al funcionamiento de una manera significativa reduciendo la motivación y el autocontrol y aumentando el miedo y la inseguridad en las relaciones interpersonales. Aunque los trastornos de personalidad comórbidos más comunes en el TLP en nuestra muestra fueron el trastorno de personalidad depresivo por un lado y el paranoide por otro, seguido del evitativo y del obsesivo, la combinación de dos o más trastornos de personalidad no parecía seguir ningún patrón. Casi cada paciente mostraba una combinación diferente de trastornos de personalidad (se encontraron 51 combinaciones diferentes en los 66 sujetos de la muestra).

El tamaño de la muestra puede ser una limitación para nuestras conclusiones, ya que un mayor número de pacientes podría arrojar luz acerca de asociaciones más significativas. Sin embargo, este estudio muestra una vista panorámica de la patología del eje II en pacientes con TLP en un ámbito psiquiátrico y hospitalario. No pretende demostrar una relación directa causa-efecto entre las comorbilidades y las evaluaciones clínicas y de la personalidad. Simplemente pretende explorar la frecuencia de las distintas comorbilidades del eje II y las evaluaciones clínicas. Por este motivo, y desde un punto de vista estadístico, no se aplicó ninguna corrección de comparación múltiple en las comparaciones presentadas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados reflejan una exploración clínica detallada realizada por psiquiatras expertos en pacientes con TLP grave que provenían de un hospital de día y que otorgaban una información clínica que podía evaluarse durante un largo período de tiempo. A diferencia de otros estudios de comorbilidad basados en una única administración del SCID II, nuestra investigación se basa en una observación clínica continua, lo que aumenta la precisión y la fiabilidad de los diagnósticos del eje II.

El objetivo de este estudio era investigar la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con otros trastornos de personalidad y su relación con la gravedad y el funciona-

miento en una muestra de pacientes con TLP especialmente graves provenientes de un ámbito hospitalario. Los trastornos de la personalidad del clúster A y del clúster C tenían una mayor presencia en la muestra en comparación con otros estudios con pacientes con TLP menos graves, lo que sugiere que estos trastornos están asociados con una mayor disfuncionalidad en el TLP. Por el contrario, las características histriónicas estaban escasamente representadas en esta muestra y predecían una mejor eficacia del tratamiento a largo plazo.

El estudio apoya la evidencia de que el trastorno límite de personalidad no es solamente heterogéneo en su presentación clínica, sino también para características de personalidad subyacentes que afectan a los estilos interpersonales y al funcionamiento global.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido apoyado por una beca para el Dr. Carrasco del Ministerio de Salud (FIS-00725) español y con la ayuda financiera del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Queremos dar las gracias al Dr. Ferrer por su contribución y ayuda para el análisis estadístico y a todos los participantes en el estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno de los autores tiene ningún interés financiero o posibles conflictos que afecten a los objetivos o los resultados del presente manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J psychiatry Supplement*. 2003 Jan;44:S3-10.
4. Ekselius L, Tillfors M, Furmark T, Fredrikson M. Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*. 2001;30:311-20.
5. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Jun;58(6):590-6.
6. 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 Oct;19(5):487-504.
7. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*.

- 2011 Aug;68(8):827-37.
8. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry*. 1999;40(3):182-91.
 9. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1911-8.
 10. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I, Young D. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010 Jan;71(1):26-31.
 11. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am*. 1981 Apr;4(1):25-46.
 12. DeShong HL, Kurtz JE. Four factors of impulsivity differentiate antisocial and borderline personality disorders. *J Pers Disord*. 2013 Apr;27(2):144-56.
 13. Ansell EB, Pinto A, Edelen MO, Markowitz JC, Sanislow CA, Yen S, et al. The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychol Med*. 2011 May;41(5):1019-28.
 14. Okasha A, Omar AM, Lotaief F, Ghanem M, Seif el Dawla A, Okasha T. Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with neurotic disorders. *Compr Psychiatry*. 1996;37(2):95-101.
 15. Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Overgard KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord*. 2013 Feb 20;145(2):143-55.
 16. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002 Jun;37(6):251-60.
 17. Holzel L, Harter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression--a systematic review. *J Affect Disord*. 2011 Mar; 129(1-3):1-13.
 18. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*. 2000 Oct;102(4):256-64.
 19. Skodol AE, Stout RL, McGlashan TH, Grilo CM, Gunderson JG, Shea MT, et al. Co-occurrence of mood and personality disorders: a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Depress Anxiety*. 1999;10(4):175-82.
 20. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sichel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1998 Dec;155(12):1733-9.
 21. Zanarini MC, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM. Severity of anxiety symptoms reported by borderline patients and Axis II comparison subjects: description and prediction over 16 years of prospective follow-up. *J Pers Disord*. 2014 Dec;28(6):767-77.
 22. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc; 1997.
 23. Zanarini MC, Frankenburg FR, Chauncey DL, Gunderson JG. The diagnostic Interview for Personality Disorders: interrater and test-retest reliability. *Compr Psychiatry*. 1987;28(6):467-80.
 24. Perez V, Barrachina J, Soler J, Pascual JC, Campins MJ, Puigdemont D, et al. The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(4):229-35.
 25. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*. 1995;36(3):267-75.
 26. Zuckerman M. Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire (ZKQ): an alternative five-factorial model, pp. 377-396 [ed.] B. De Raad and M. Perugini. Big five assessment. Seattle: Hogrefe and Huber; 2002.
 27. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol*. 1995 Nov;51(6):768-74.
 28. Hamilton M. Diagnosis and rating of anxiety. Special publication. *Br J Psychiatry*. 1969;3:76-9.
 29. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979 Apr;134:382-9.
 30. Newton-Howes G, Tyrer P, Weaver T. Social functioning of patients with personality disorder in secondary care. *Psychiatr Serv*. 2008 Sep;59(9):1033-7.
 31. Kvarstein EH, Karterud S. Large variation of severity and longitudinal change of symptom distress among patients with personality disorders. *Personal Ment Health*. 2013 Nov;7(4):265-76.
 32. Nysaeter TE, Nordahl HM. Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in psychiatric outpatients: how does it look at 2-year follow-up? *Nord J Psychiatry*. 2012 Jun;66(3):209-14.
 33. Gremaud-Heitz D, Riemenschneider A, Walter M, Sollberger D, Kuchenhoff J, Dammann G. Comorbid atypical depression in borderline personality disorder is common and correlated with anxiety-related psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2014 Apr;55(3):650-6.