

## Relación entre Introspección y Rasgos de Personalidad en Pacientes con Trastorno Bipolar I

María Teresa López Camargo

### Resumen

**Antecedentes:** El Trastorno Bipolar (TB) ha emergido en los últimos años como un problema de salud pública. Se han documentado altas tasas de cronicidad y recurrencia con una morbi-mortalidad asociada a pobre introspección y mal pronóstico.

**Objetivo:** El objetivo del estudio es identificar la relación entre rasgos de personalidad e introspección en población con diagnóstico de TB tipo I de una institución de salud mental.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional analítico basado en información de historias clínicas de pacientes hospitalizados durante el periodo entre enero y diciembre de 2012. El análisis de datos se realizó en el software estadístico SPSS versión 20.

**Resultados:** Un total de 53 pacientes fueron incluidos, el 62,3% (n= 33) correspondían al sexo femenino. La edad promedio fue 44 años. El rasgo de personalidad con mayor prevalencia fue el narcisista (43,4%) y el 52% de los pacientes carecían de introspección al momento de la evaluación inicial. No se encontró asociación estadística entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección.

**Conclusión:** La conciencia de enfermedad constituye un factor pronóstico en el control de cualquier patología especialmente en salud mental. Los resultados de este estudio no permiten concluir asociación entre los rasgos de personalidad y una adecuada introspección.

**Palabras clave:** Trastorno Bipolar, introspección, trastornos de personalidad, pronóstico, Colombia.

## Summary

**Background:** Bipolar Disorder (BD) has emerged in recent years as a real public health problem. It is considered one of the most debilitating diseases. They have documented high rates of chronicity and recurrence with significant morbidity and mortality associated with poor insight and prognosis. The aim of this study is to identify the relation between personality traits and introspection of inpatient diagnosed with BD type I.

**Materials and Methods:** A cross sectional study based on information from medical records of inpatients, during the period between January and December 2012. Data was processed using SPSS software version 20.

**Results:** Of the 53 patients, 62,3% (n= 33) were women. The average age was 44 years. The personality traits most prevalent was the narcissistic (43.4%) and 52% of patients had no insight at the time of initial evaluation. No significant association was found between personality traits and level of introspection.

**Conclusion:** Insight is a prognostic factor in the control of any disease especially in mental disorders. Results of this study do not allow us to conclude a possible association between personality traits and a proper insight.

**Keywords:** Bipolar Disorder, insight, personality disorders, prognosis, Colombia.

## Introducción

El Trastorno Bipolar es una enfermedad mental caracterizada por fluctuaciones del estado del ánimo, la energía, la cognición y el comportamiento que se manifiesta con episodios recurrentes de manía/ hipomanía, y que habitualmente se acompañan de episodios depresivos mayores (1). Según el DSM-5, los criterios diagnósticos del trastorno bipolar I corresponden a la comprensión moderna del trastorno maníaco depresivo o psicosis afectiva, descrito en el siglo XIX, diferenciándose de la descripción clásica en que ni la psicosis ni la experiencia de un episodio depresivo mayor previo a lo largo de la vida son requisitos (2). Se estima que aproximadamente el 3% de la población mundial está afectada por este trastorno. En 1996 el estudio realizado por la OMS sobre carga global de la enfermedad, determinó al TB como la sexta causa de discapacidad entre los

trastornos médicos (3-7). El inicio de la enfermedad es predominantemente temprano manifestando un primer episodio entre los 15-25 años (7). A pesar de los avances significativos en el entendimiento de la neurobiología del TB, el tiempo de diagnóstico y el tratamiento eficiente sigue siendo un desafío en la clínica psiquiátrica. Múltiples comorbilidades incluyen el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de Ansiedad y de Personalidad, consumo de sustancias y trastornos alimenticios, interfieren en el diagnóstico y tratamiento, incrementando así la morbimortalidad y la mortalidad en general por el incremento particularmente del riesgo suicida (8).

La personalidad y las características en el temperamento dado por altos niveles de neuroticismo evidenciados principalmente en los trastornos y rasgos predominantes del Cluster B (así catalogado en

el DSM V-TR), histriónico, narcisista, límitrofe y antisocial, asociados a un grado débil de introversión, han sido identificadas como variables que pueden conferir un riesgo adicional para desarrollar trastornos afectivos. La relación más frecuentemente encontrada es con el trastorno de personalidad límitrofe, asociándose a una aparición más temprana y mayor severidad de los síntomas, intentos suicidas, internaciones y autolesiones (9, 10).

Por otro lado, la introspección puede ser definida como un fenómeno multifactorial que implica tres dimensiones: 1) Reconocer que se tienen una enfermedad mental, 2) Reconocer que se requiere tratamiento y 3) La capacidad de reconocer eventos mentales psicóticos como patológicos (11). El compromiso de la introspección en los trastornos psicóticos, esquizofrenia y trastorno bipolar, ha sido objeto de investigación y su importancia radica en el valor atribuible a nivel nosológico, diagnóstico y pronóstico, afectando el tratamiento y la rehabilitación (11, 12). Recientes estudios han evidenciado relación entre el pobre nivel de introspección y la pobre adherencia, al menos durante la fase de tratamiento, acompañado de bajo funcionamiento, pobre pronóstico, hospitalizaciones involuntarias, reingresos hospitalarios, y mayor uso del servicio de urgencias (13, 14).

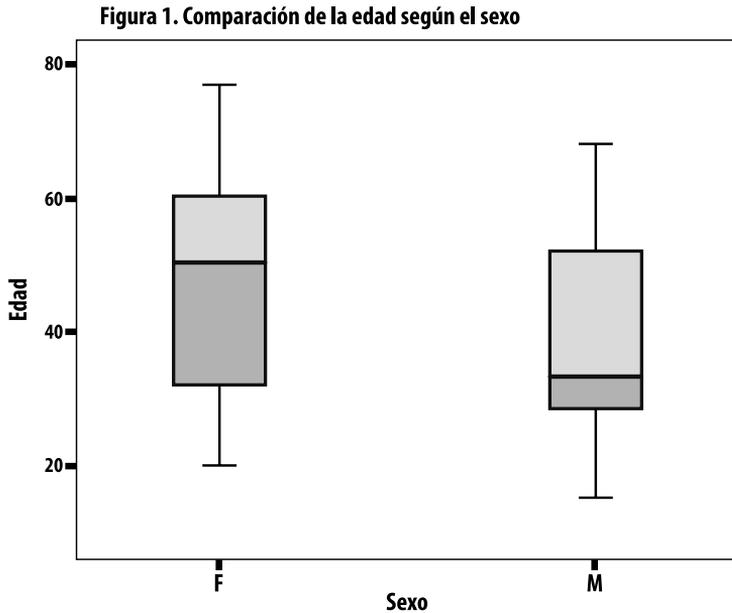
Altas tasas de cronicidad y recurrencia son la regla en el curso de la enfermedad, produciendo disrupción psicosocial, acompañada de una significativa morbimortalidad generada por el suicidio, el consumo de alcohol, las sustancias psicoactivas y las comorbilidades médicas concomitantes (15). Los recientes avances en la epidemiología, psicopatología e intervenciones con psicofármacos y psicoterapia han generado

un mejor reconocimiento y aceptación de esta condición, en la población general (5). A pesar de esto, aquellos que padecen la enfermedad, tienen mayor dificultad para reconocer los síntomas, asociándose con el número de recaídas y mecanismos de afrontamiento más desadaptativos (16). En el presente estudio se plantea la necesidad de evaluar la relación entre el nivel de introspección y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno bipolar tipo I, que permita identificar factores individuales que contribuyan a establecer estrategias terapéuticas enfocadas en la conciencia de enfermedad.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal a través de la revisión de historias clínicas de pacientes hospitalizados en una institución de salud mental escogida por conveniencia en el periodo comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre de 2012. Se solicitó al departamento de estadística, el total de pacientes hospitalizados con diagnóstico de egreso de Trastorno Bipolar (codificación CIE: F311; F312; F316). La información se capturó del historial médico de cada paciente, donde se extrajo información relacionada con datos sociodemográficos (edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad), autonomía económica, edad del diagnóstico inicial y tiempo de evolución de la enfermedad. La introspección y los rasgos de personalidad, se extrajeron de segmentos de la historia clínica, examen mental y diagnóstico multiaxial (eje II) respectivamente, donde fueron consignados según evaluación clínica. La base de datos se llevó en Excel®, y el análisis estadístico se desarrolló en SPSS

Gráfica1- Distribución de la edad por sexo



versión 20. Se realizaron estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y dispersión, en el caso de las variables numéricas promedios, y para las variables categóricas, se usaron porcentajes.

Se realizaron análisis de tipo univariado obteniendo el comportamiento de las variables. La prueba de normalidad que se utilizó fue Shapiro-Wilk, con la cual se estableció el comportamiento normal de las variables y la necesidad de utilizar pruebas paramétricas o no paramétricas. El análisis de tipo bivariado se efectuó mediante la utilización de pruebas estadísticas como la Ji cuadrado, o Fisher cuando se trató de variables categóricas de tipo binomial con comportamiento normal o no. Se utilizaron la pruebas T de student y U de Mann Whitney para el análisis entre variables numéricas y categóricas binomiales, lo anterior dependiendo del tipo de comportamiento que demuestren las variables.

## Resultados

El total de casos se conformó por 53 pacientes hospitalizados con diagnósticos de Trastorno Bipolar Tipo I, en el período comprendido entre el primero enero y 31 diciembre de 2012.

### Características sociodemográficas.

Del total de pacientes, el 62,3% (n= 33) corresponden al sexo femenino. La edad promedio fue de 44 años, con una edad mínima de 15 y una máxima de 77 años (DE:  $\pm 16.69$  años). No se observaron diferencias significativas entre los promedios de edad por sexo ( $p = 0,78$ , IC: -17 – 0,95) (Gráfica 1).

La mayoría de los pacientes (45,3%) estaban solteros al momento de la hospitalización y la práctica religiosa con mayor predominio fue la católica (67,9%). El 58,5% tenían estudios universitarios completos; 28,3% no

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población

<b>Caracterización sociodemográfica</b>			
		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casado	18	34,0
	Separado	6	11,3
	Soltero	24	45,3
	Unión Libre	4	7,5
	Viudo	1	1,9
Escolaridad	Bachillerato	12	22,6
	Posgrado	7	13,2
	Primaria	3	5,7
	Universitario	31	58,5
Actividad económica	Dependiente	38	71,7
	Independiente	15	28,3
Ocupación	No ocupado	15	28,3
	Ocupado	38	71,7
Religión*	Católica	36	81,8
	Cristiana	3	6,8
	Judía	1	2,3
	Otra	4	9,1

\*Religión, n= 44 casos

tenían ninguna actividad ocupacional y el 71,7% dependían económicamente de terceros (Tabla 1).

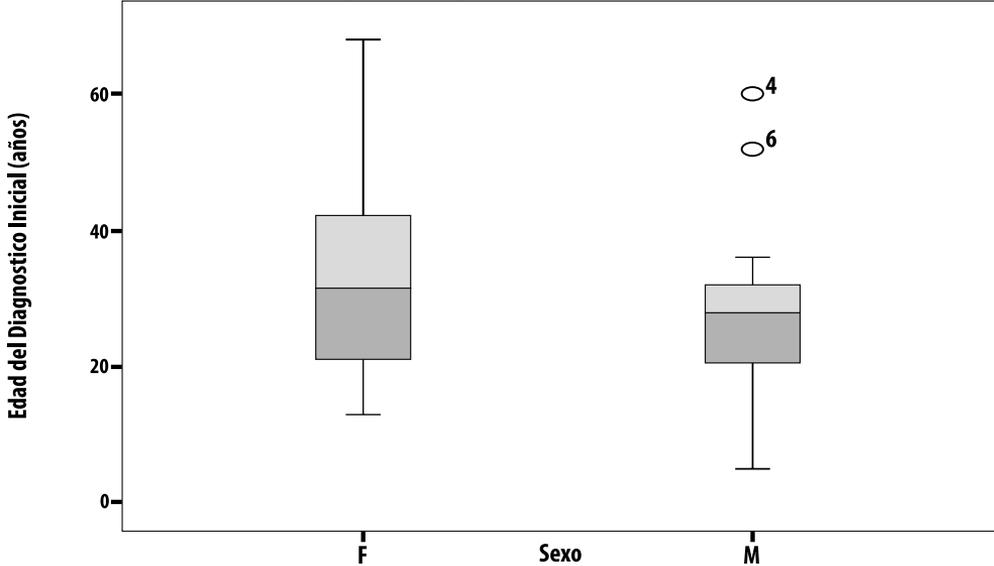
### Descripción diagnóstica

Del total de la muestra, el 60,4% egresó con diagnóstico de Trastorno Bipolar episodio actual maníaco con síntomas psicóticos, que corresponde a la codificación CIE 10 F312 (Tabla 2).

Por otra parte, al evaluar la edad al mo-

mento del diagnóstico se observó un promedio general de 32 años (DE  $\pm$  14 años), 28,1 años para hombres (DE  $\pm$  12,4 años) y 34,2 años para mujeres (DE  $\pm$  15,7) sin evidencia de diferencias significativas entre ambos sexos ( $p= 0,159$  IC: -14 – 2,44) (Gráfica 2). El tiempo de evolución de la enfermedad, en promedio 9,58 años (DE  $\pm$  11,2 años), se determinó sustrayendo la edad del diagnóstico inicial a la edad actual y tampoco se hallaron diferencias significativas entre ambos sexos ( $p= 0,327$  IC: 10 – 3,5).

Gráfica 2. Distribución del diagnóstico inicial por sexo



**Rasgos de personalidad y conciencia de enfermedad.**

La distribución de los rasgos de personalidad y la conciencia de enfermedad se encuentran detalladas en la gráfica 3 y 4 respectivamente. De los diez rasgos de personalidad posibles, sólo fueron hallados 5: esquizoide, paranoide, límite, narcisista y trastorno de personalidad por dependencia. El rasgo de personalidad con mayor prevalencia fue el narcisista (43,4%). De igual manera en el 52% de los casos, carecían de introspección al momento de la evaluación inicial.

**Análisis Bivariado**

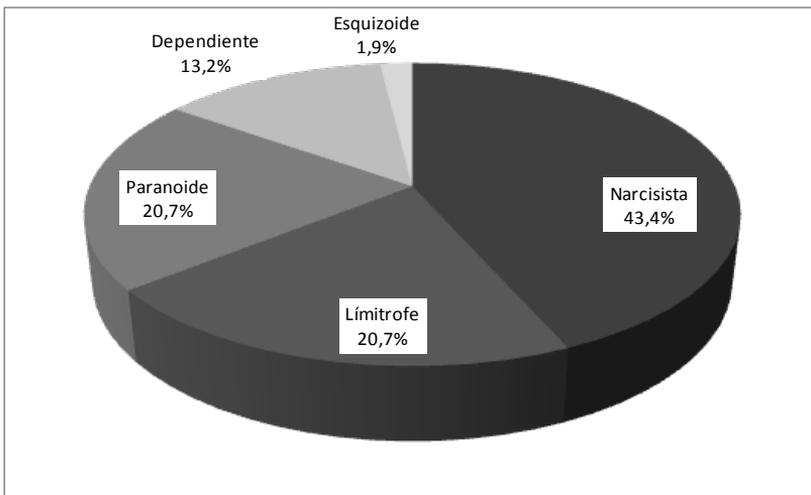
Se realizó el cruce de la variable rasgos de personalidad con las diferentes características sociodemográficas (sexo, estado civil, ocupación, autonomía económica y escolaridad.), sin evidencia de asociación estadísticamente significativa ( $P > 0,05$ ).

Con respecto a los diagnósticos de egreso, el diagnóstico de Trastorno Bipolar episo-

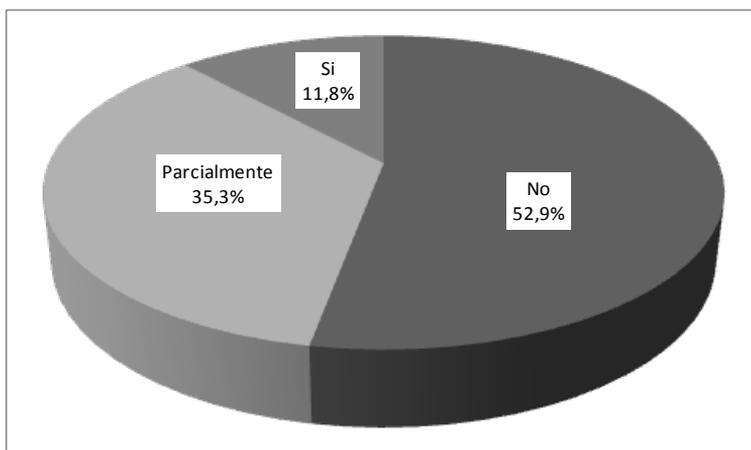
dio actual maníaco con síntomas psicóticos, (CIE-10: F312), arrojó una mayor frecuencia de rasgos de personalidad de tipo narcisista (31,2%) y esquizoparanoide (31,2%). El diagnóstico de Trastorno Bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (CIE-10: F311), y episodio actual mixto (CIE-10: F316), se relacionaron con una mayor prevalencia de rasgos de personalidad de tipo narcisista: 61,5% y 62,5% respectivamente.

De igual manera se analizó la relación entre de los rasgos de personalidad con la variable conciencia de enfermedad, observándose que el 52,9% ( $n= 27$ ) no tenían conciencia de enfermedad; este grupo presentó mayores frecuencias de rasgos de personalidad de tipo narcisistas (48,1%). Aquellos pacientes con parcial conciencia de enfermedad, presentaron iguales frecuencias en los rasgos de personalidad límite y narcisista (38,9%) y quienes tenían conciencia de enfermedad tenían iguales frecuencias para rasgos por dependencia y límites de la personalidad (33,3). Ninguno de los hallazgos

Gráfica 3. Distribución de la conciencia de enfermedad reportada



Gráfica 4. Distribución de la introspección reportada



descritos fue estadísticamente significativo ( $P=0,118$ ) (Gráfica 4).

## Discusión

El presente estudio evalúa con un diseño retrospectivo, la asociación entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección, en una muestra de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo 1 y se

relacionó con factores como la edad, estado civil, escolaridad, religión, sexo, ocupación, autonomía económica y edad del diagnóstico inicial.

La prevalencia de 12 meses del TB tipo I reportada para Colombia es alrededor del 0,8% (17), lo que explica el tamaño de la muestra recolectada. Así mismo, se redujo el número de historias clínicas dado que algunas correspondían a reingresos hospitalarios

Tabla 2. Relación entre rasgos de personalidad y variables sociodemográficas

		Rasgos predominantes de la personalidad										
		Esquizoide		Paranoide		Límite		Narcisista		Dependiente		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo	F	0	0,0%	5	45,5%	8	72,7%	15	65,2%	5	71,4%	0,431
	M	1	100,0%	6	54,5%	3	27,3%	8	34,8%	2	28,6%	
Religión	Católica	1	100,0%	8	100,0%	8	88,9%	14	70,0%	5	83,3%	0,379
	Cristiana	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	15,0%	0	0,0%	
	Judía	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%	
	Otra	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	3	15,0%	0	0,0%	
Estado civil	Casado	0	0,0%	1	9,1%	5	45,5%	8	34,8%	4	57,1%	0,444
	Separado	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	21,7%	1	14,3%	
	Soltero	1	100,0%	8	72,7%	5	45,5%	8	34,8%	2	28,6%	
	Unión Libre	0	0,0%	2	18,2%	1	9,1%	1	4,3%	0	0,0%	
	Viudo	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%	
Escolaridad	Bachillerato	0	0,0%	2	18,2%	2	18,2%	8	34,8%	0	0,0%	0,766
	Posgrado	0	0,0%	1	9,1%	1	9,1%	3	13,0%	2	28,6%	
	Primaria	0	0,0%	1	9,1%	0	0,0%	1	4,3%	1	14,3%	
	Universitario	1	100,0%	7	63,6%	8	72,7%	11	47,8%	4	57,1%	
Autonomía económica	Dependiente	0	0,0%	8	72,7%	9	81,8%	17	73,9%	4	57,1%	0,422
	Independiente	1	100,0%	3	27,3%	2	18,2%	6	26,1%	3	42,9%	
Ocupación	No ocupado	0	0,0%	4	36,4%	4	36,4%	7	30,4%	0	0,0%	0,418
	Ocupado	1	100,0%	7	63,6%	7	63,6%	16	69,6%	7	100,0%	

Tabla 3. Relación entre rasgos de personalidad y diagnóstico CIE-10

	Rasgos de la personalidad									
	Esquizoide		Paranoide		Límite		Narcisista		Dependiente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F311	0	0,00%	1	9,10%	2	18,20%	8	34,80%	2	28,60%
F312	1	100,00%	10	90,90%	6	54,50%	10	43,50%	5	71,40%
F316	0	0,00%	0	0,00%	3	27,30%	5	21,70%	0	0,00%
Total	1	100%	11	100%	11	100%	23	100%	7	100%

Tabla 4. Relación entre rasgos de personalidad y conciencia de enfermedad

		Rasgos predominantes de la personalidad				
		Esquizoide	Paranoide	Límite	Narcisista	Dependiente
		n	n	n	n	n
Conciencia de Enfermedad	No	0	8	2	13	4
	Parcialmente	1	2	7	7	1
	Sí	0	1	2	1	2

de pacientes que ya habían sido registrados en el estudio.

La institución donde se llevó a cabo el estudio, es una entidad de salud mental privada, que supone una caracterización sociodemográfica diferente. La población hospitalizada presentó altos niveles de escolaridad, en su mayoría con estudios universitarios completos y altos niveles de ocupación, que contrastan con la disfunción social, familiar y académica que se presenta en esta entidad. A pesar de que no existe una descripción clara en la literatura de un predominio del TB dependiente del género, llama la atención que la mayoría de los pacientes hospitalizados eran mujeres ( $P>0,05$ ), sugiriendo una mayor tasa de severidad de la enfermedad. Estos hallazgos son propios de la muestra estudiada y sus resultados no pueden ser extrapolables a la población general.

La edad promedio de diagnóstico inicial (32 años), es similar a los hallazgos reportados a nivel mundial (2).

Los resultados evidencian que las características de personalidad presentadas con mayor frecuencia, son los rasgos de tipo narcisistas y en segundo lugar limítrofes, contrastando con la amplia evidencia que apoya en primer lugar los rasgos y el trastorno borderline de la personalidad como una condición comór-

bida incluso propuesta por algunos autores como una entidad subsindromática del espectro bipolar (18).

Solo una quinta parte de la población mostró tener una adecuada conciencia de enfermedad; resultado consistente con estudios donde evalúan, el conocimiento, aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento (14). Sin embargo en Colombia no hay datos reportados que permitan hacer una comparación con la población estudiada.

La conciencia de enfermedad constituye un factor pronóstico en el control de cualquier trastorno especialmente en patologías de salud mental. Los resultados de este estudio no permiten concluir una posible asociación entre los rasgos de personalidad y tener una adecuada introspección. Este hallazgo, posiblemente obedece a que no se usó ningún instrumento de evaluación de la introspección y el dato fue extraído de historias clínicas donde se consignó la información según la impresión clínica al momento del ingreso.

## Conclusiones

La población de pacientes con Trastorno Bipolar tipo I que ingresan a hospitalización a

la Clínica Montserrat, es de predominio femenina, con una media de edad de 44 años, en su mayoría solteros, católicos, con ocupación permanente y dependientes económicamente.

No se evidenció asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas, tiempo de inicio de la enfermedad y rasgos de personalidad o conciencia de enfermedad. Tampoco se evidenció relación entre los rasgos de personalidad y el nivel de introspección. A pesar de esto, llama la atención las altas frecuencias de personalidad narcisista y límite que se encontraron en los pacientes con nula introspección por lo que se hace necesario explorar y formular una psicoterapia estructurada independiente del manejo farmacológico.

Los datos obtenidos del estudio obedecen exclusivamente a la población estudiada, dado que no corresponde a una muestra representativa de la población, sus datos no son extrapolables.

Se necesitan más estudios en nuestro medio, que permita identificar factores de riesgo que influyan en el pronóstico del Trastorno Bipolar y puedan ser de utilidad a la hora de desarrollar intervenciones psicoterapéuticas.

## Recomendaciones

Se recomienda estudios prospectivos que combinen la entrevista con el uso de escalas de evaluación que permita obtener mayor fiabilidad de los datos.

## Referencias Bibliográficas

1. Goodwin, F. & Jamison, K. 2007. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression, Oxford University Press, USA.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
3. Acheson A, Conover JC, Fandl JP, DeChiara TM, Russell M, Thadani A, Squinto SP, Yancopoulos GD, Lindsay RM. A BDNF autocrine loop in adult sensory neurons prevents cell death. *Nature*. 1995; 374 (6521): 450–3
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602
5. Magalhaes PV, Kapczinski F, Nierenberg AA, Deckersbach T, Weisinger D, Dodd S, et al. Illness burden and medical comorbidity in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125(4):303-8
6. Murray, C. J. L., López, A. D., Harvard School of Public Health, World Health Organization, & World Bank. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Mass.: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank.
7. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68 (3):241–51.

8. McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, et al. Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10(1):66-72.
9. Kendler K, Gatz M, Gardner C, Pedersen N. Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(10):1113-20.
10. Apfelbaum S, Regalado P, Herman L, Teitelbaum J, Gagliosi P. Comorbidity between bipolar disorder and cluster B personality disorders as indicator of affective dysregulation and clinical severity. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(5):269-78.
11. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004;68:319-239.
12. Vaskinn A, Sundet K, Ueland T, Agartz I, Melle I, Andreassen OA. Social cognition and clinical Insight in Schizophrenia and Bipolar disorders. *J Nerv Ment Dis.* 2013; 201(6):445-51.
13. Ghaemi SN, Stoll AL, Pope HG Jr. Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode. *J Nerv Ment Dis.* 1995;183:464-7.
14. Kumar A, Kumar S, Khan NM, Mishra S. Course of insight in manic episode. *J Postgrad Med.* 2013;59:186-9.
15. Taylor M, Bressan RA, Pan Neto P, Brietzke E. Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33:S 213-7.
16. Goldberg JF, Harrow M, Grossman LS. Course and outcome in bipolar affective disorder: A longitudinal follow-up study. *Am. J. Psychiatry.* 1995;(152):379-384.
17. Posada JA, Aguilar SA, Magaña CG, Gómez LC. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios : resultados preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;23 (3):241-62.
18. Stone M. Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry.* 2006;163(7):1126-8.