

**Facultad de Ciencias Sociales**

*Licenciatura en Psicología*

**PRÁCTICA**

**Y**

**HABILITACIÓN PROFESIONAL**

**TFI**

*Análisis de un Caso Único de una paciente diagnosticada con  
Trastorno Bipolar II y supuesto Trastorno Límite de la  
Personalidad en tratamiento con Terapia Dialéctico  
Comportamental.*

Autor: Verónica Alonso Riesgo

Profesor tutor actuante: Denise Benatuil

☐ Fecha de entrega: 16/07/12

## 1. INTRODUCCIÓN

La práctica profesional fue llevada a cabo en una fundación, la misma es una institución dedicada a la Asistencia, Formación, Prevención e Investigación en el campo de la Salud Mental.

El objetivo fundamental de la institución es contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y ayudar a construir un mundo mejor.

Allí se brinda tratamiento a personas con diferentes patologías, con una orientación cognitiva-conductual y sistémica. El trastorno con mayor predominio y en el cual poseen mayor experiencia, es el Trastorno Límite de la Personalidad. Para dicho trastorno se utiliza la Terapia Dialéctico Comportamental (DBT), la cuál consta tanto de sesiones individuales como grupales. Este modelo de trabajo es el que cuenta actualmente con la mayor evidencia de efectividad en el tratamiento de este desorden.

En la institución desde el año 2001 se trabaja en DBT de manera interdisciplinar con psicólogos y psiquiatras, es una comunidad de terapeutas para una comunidad de consultantes, sus familiares y allegados. En ella se integra la terapia familiar sistémica, la terapia cognitivo conductual y el EMDR, junto a otras herramientas y tecnología en psicoterapia y farmacología.

Dicha institución presenta un gran abanico de actividades: Supervisión en DBT, Supervisión en Clínica, Videos de Clínica de prestigiosos psicoterapeutas, Taller de Mindfulness, Supervisión de residentes en Psiquiatría del Hospital Ramos Mejía, Moyano y otros, Posgrados en Psicología Cognitiva, Psicología Positiva y en DBT, Grupo semanal de entrenamiento en habilidades con sujetos diagnosticados con TLP o con trastornos que presenten desregulación emocional, taller semanal para padres, familiares o allegados con hijos o familiares diagnosticados con dicho trastorno, etc.

De la observación del grupo de habilidades de mujeres diagnosticadas con TLP o desregulación emocional, surgió el interés de abordar un caso único con una de las participantes del mismo, debido a la observación de la alta adherencia y motivación al tratamiento. La paciente inició el grupo por sugerencia de su psicoterapeuta y al cabo de un año y medio de terapia individual aceptó comenzar el grupo de entrenamiento en habilidades .

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

El objetivo general del trabajo fue describir las características y evolución de una paciente con Trastorno Bipolar Tipo II y supuesto Trastorno Límite de la Personalidad en tratamiento con Terapia Dialéctico Comportamental.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- ♦ Describir la sintomatología de la paciente al momento de inicio del tratamiento en la institución.
- ♦ Describir la evolución de la sintomatología de la paciente desde el comienzo del tratamiento individual en la institución, hasta la finalización de la pasantía en la Fundación .
- ♦ Describir y analizar la evolución de la paciente en el grupo de entrenamiento en habilidades con pacientes con desregulación emocional.
- ♦ Evaluar y analizar a través de diferentes técnicas si se mantiene o no el diagnóstico que la paciente recibió al comienzo del tratamiento en la institución.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Trastornos del Estado de Ánimo**

Según DSM-IV (A.P.A., 2005), los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos que tienen como característica una alteración del humor. Esta sección se divide en tres partes. La primera describe los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto, y episodio hipomaníaco) que han sido incluidos por separado para poder diagnosticar adecuadamente los diversos trastornos 3

del estado de ánimo. La segunda parte describe los trastornos del estado de ánimo (p.ej., trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno bipolar I). Los criterios de la mayoría de los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de los episodios afectivos descritos en la primera sección. La tercera parte incluye las especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente o el curso de los episodios recidivantes.

### **3.1.2. Trastornos Bipolares**

#### **3.1.2.1. Características Generales**

El concepto de Kraepelin acerca de la psicosis maníaco-depresiva se ha descrito en términos de excitación o inhibición de los tres ámbitos fundamentales: el estado de ánimo, el pensamiento y la actividad. De estos tres ámbitos, todos los dominios podrían moverse en la misma dirección, dando lugar a episodios de manía, hipomanía o a los estados depresivos, o por el contrario los dominios se podrían mover en direcciones opuestas, lo que conduciría a los estados mixtos, que se definen como combinaciones de síntomas maníacos o hipomaníacos y síntomas depresivos en el mismo episodio. Por ello, la manía podría ser diagnosticada incluso si el estado de ánimo se redujo, si el pensamiento y la actividad han aumentado (Benazzi, 2007).

Como menciona Benazzi (2007) Kraepelin describió la manía como un estado psicótico de excitación que requiere ingreso hospitalario. En cambio la hipomanía la caracterizó con diferentes niveles de gravedad que con frecuencia no requieren hospitalización. En la hipomanía los trastornos del pensamiento incluyen el pensamiento creativo, con ideas más brillantes que lo habitual.

Según Benazzi (2007) Kraepelin no veía usualmente en el hospital los estados hipomaníacos más leves, ya que con frecuencia se encontraban en la comunidad. Estos estados más leves que generalmente lograban mejorar el funcionamiento, fueron descritos como ciclotimia, similar a la definición del trastorno bipolar tipo II según DSM-IV-TR.

Según DSM-IV (A.P.A., 2005), el apartado de trastornos bipolares incluye el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado. 4

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso caracterizado por uno o más episodios maníacos, o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores. Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducidos por sustancias, o los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica no se tienen en cuenta para establecer el diagnóstico (DSM-IV A.P.A., 2005).

Según DSM-IV (A.P.A., 2005), la característica esencial del trastorno bipolar II es un curso caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir remisión de un episodio depresivo mayor. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. En algunos casos los episodios hipomaniacos no causan deterioro por sí mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores.

En general, los pacientes cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los períodos de hipomanía, a no ser por mediación de los amigos o familiares. Por tal motivo, la información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II (DSM-IV A.P.A., 2005).

Según menciona DSM-IV (A.P.A., 2005), el suicidio consumado es un riesgo importante, ya que se da en el 10-15% de las personas tanto en trastorno bipolar I como en el trastorno bipolar II. Las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio también pueden asociarse con ambos tipos de trastornos. Los trastornos mentales asociados en trastorno bipolar I y II incluyen el abuso de sustancias, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de angustia, fobia social y en el caso de trastorno bipolar II está asociado también al trastorno límite de la personalidad.

### **3.1.2.2. Impacto de los Trastornos Bipolares a lo largo del siglo XX**

El modo en que se conceptuó el impacto sanitario de los Trastornos Bipolares ha oscilado llamativamente en los últimos años. A principio del siglo XX eran considerados parte fundamental de la estructura clínica psiquiátrica y más frecuentes que las esquizofrenias (Strejilevich, 2007). 5

Como plantea Strejilevich (2007), concomitantemente a la inserción del uso de los antipsicóticos en la década del 50 comienzan a entrar en un cono de sombra en el interés de clínicos e investigadores al mismo tiempo que se cambia el concepto sobre ellos al entenderse de que en la mayoría de los casos se trata de cuadros benignos y con poco impacto funcional. En los últimos 20 años esta situación vuelve a cambiar al prestársele más atención a estos cuadros y redescubrir el hecho de que más de la mitad de las personas afectadas por ellos sufren un fuerte impacto funcional. Sin embargo, en este vaivén conceptual se ha ido perdiendo de vista la enorme heterogeneidad que tienen éstos cuadros la cual permite que un porcentaje nada despreciable de personas afectadas tengan un rendimiento óptimo o incluso mayor al de la media.

La prevalencia del trastorno bipolar es más alta de lo que se creía anteriormente, especialmente cuando los trastornos del espectro bipolar (BSD) se toman en cuenta y pueden acercarse a las tasas de hasta un 5%, lo cual deriva a su vez en dificultades en el diagnóstico del trastorno bipolar tipo II con la complejidad asociada en definir y diagnosticar la hipomanía. A su vez, el trastorno bipolar y BSD a menudo se diagnostican por los síntomas que se superponen con otros trastornos psiquiátricos, particularmente con la depresión unipolar (Dunner, 2003).

Trabajos realizados en los 70 encontraron persistentes fallas funcionales en pacientes bipolares, pero la idea de que los Trastornos Bipolares eran cuadros poco frecuentes, benignos e incluso limitados a personas con intelectos extravagantes ó de estratos socio económicos altos llegó a los 80 ignorando cualquier evidencia encontrada. De esta manera los espacios destinados a los trastornos bipolares (TBPs) en los congresos de la especialidad eran escasos, pero más importante aún, un escaso número de diagnósticos de TBPs y una exagerada proporción de diagnósticos esquizofrénicos continuaba acompañando dramáticamente esta situación (Strejilevich, 2007).

Según menciona Strejilevich (2007), a inicios de la década del '90 los Trastornos Bipolares permanecían sumergidos en su papel de “cenicienta de la psiquiatría”. Si bien algunos notorios y entusiastas investigadores estaban resucitando el interés académico por ellos, la industria farmacéutica y por ende una importante fuente de recursos para investigación y educación, continuaba sin tener interés en esta patología. Esta situación cambia dramáticamente con la publicación del estudio que comprueba la eficacia del Valproato y que autorizó el uso de un nuevo fármaco de patente activa en el tratamiento de estos trastornos. A partir de ese momento se produce 6

un incremento evidente en el interés por los TBPs y un progresivo cambio en la forma de catalogar su impacto e interés sanitario.

El informe de la Organización Mundial de la Salud en 1996 sobre el peso de la enfermedad en el mundo dio un espaldarazo definitivo a este notorio cambio de humor acerca del interés por los TBPs. En el mismo, y generando evidente sorpresa en el ambiente psiquiátrico, los TBPs ocuparon el 6° lugar entre las causas de discapacidad proyectadas al 2020 mientras que las Esquizofrenias ocuparon apenas el 9° puesto (Strejilevich, 2007).

### **3.2. Espectro Bipolar**

El concepto de espectro fue originalmente utilizado en física para indicar una distinción aparente cualitativa de un proceso cuantitativo. En Psiquiatría, el concepto de espectro fue usado por primera vez con una connotación diferente, lo aplicaron para identificar a un grupo de trastornos que son cualitativamente distintos en aspecto, pero que están relacionados en un punto de vista patogénico, como por ejemplo, la depresión y el alcoholismo (Perugi & Akiskal, 2002).

Según mencionan Perugi y Akiskal (2002) otros investigadores han utilizado el término espectro en un sentido diferente, refiriéndose a áreas generales de los fenómenos psiquiátricos relacionadas con un trastorno mental único. Esta conceptualización se refiere a una definición amplia del síndrome o trastorno que de esta manera aumenta de tamaño sobre un conjunto de criterios, esencialmente sobre la base del estado de la sintomatología, propuesto por los actuales manuales de diagnóstico formales. El uso del término espectro estaría superponiéndose al uso de sindrómico continuo, de manera que si el síndrome o trastorno no está bien definido por un conjunto de criterios básicos, sería apropiado ampliarlos sin introducir un nuevo término para indicar lo que sería un nuevo síndrome más ampliamente definido.

Por su parte, Dunner (2003) menciona que el reconocimiento del espectro amplio de los trastornos bipolares y su tratamiento adecuado es de suma importancia, debido a que dicho trastorno exige una elevada carga personal y social, con altas tasas de suicidio.

La incertidumbre sobre los límites del espectro del trastorno bipolar se refleja en la gran disparidad que se estima en las tasas de prevalencia de entre 0,4% y 1,6% 7

para el trastorno bipolar tipo I y un 0,5% correspondiente al trastorno bipolar tipo II (MacKinnon & Pies, 2006).

MacKinnon y Pies (2006) estiman que la prevalencia del espectro amplio estaría en el intervalo de 2-5%. El problema con esta visión expansiva de los límites del trastorno bipolar es que la inclusión de todas las formas de inestabilidad afectiva bajo la rúbrica del trastorno bipolar se debilita el concepto detrás del diagnóstico. Sin embargo, de esta manera se alcanza una mayor exploración de los límites y alcances del trastorno bipolar. La literatura es unánime en el apoyo en la idea de que pacientes deprimidos que experimentan hipomanía durante el tratamiento con antidepresivos pertenecen al espectro bipolar. Además, el consumo de alcohol y/o el abuso de sustancias en pacientes con labilidad emocional, pueden tener mucho en común con el trastorno bipolar tipo II, especialmente cuando los cambios de humor persisten a la desintoxicación (Perugi & Akiskal, 2002).

### **3.3. Actualizaciones sobre Trastorno Bipolar I y II**

En el tratamiento bipolar I se realizan combinaciones de fármacos necesarios para alcanzar una cierta estabilidad, debido a que los antidepresivos pueden inducir o facilitar el cambio de la depresión a la manía o hipomanía. En el trastorno bipolar II el riesgo de producir un switch maníaco debido a los antidepresivos es inferior y los agentes estabilizadores del humor pueden ser menos necesarios. La depresión es más común en la hipomanía. Sin embargo, el tratamiento farmacológico en el trastorno bipolar II es mucho menos estudiado que en el trastorno bipolar I (Benazzi, 2007).

Perugi y Akiskal (2002) consideran que de acuerdo a la experiencia clínica y una extensa literatura en todo el mundo, en lugar de definir al trastorno bipolar II por episodios depresivos mayores que se alternan con las características clínicas hipomaniacas, puede ser mejor caracterizado como una enfermedad compleja basada en una gran inestabilidad afectiva que se deriva de un temperamento inestable. La desregulación afectiva del trastorno bipolar II se extiende más allá de la euforia y la depresión, teniendo en cuenta además otros estados afectivos negativos de excitación, como ansiedad, pánico, irritabilidad, impulsividad y labilidad emocional. 8



Tal como sostenían Vieta et al. (como se citó en Perugi & Akiskal, 2002) en un informe sobre trastorno bipolar II se llegó a la conclusión que estos, no pueden ser incluidos con los trastornos bipolares I. Varias líneas de evidencia sobre fenomenología, patrón de enfermedad familiar, historia cultural y respuesta al tratamiento apoyan la distinción cualitativa entre el trastorno bipolar I y el trastorno bipolar II.

Tal como sostenían Henry et al. (como se citó en Perugi & Akiskal, 2002) desafortunadamente, a estos pacientes a menudo se los etiqueta erráticamente con trastorno límite u otro tipo de trastorno de personalidad, siendo ambos trastornos diferentes, y por lo tanto se desestima el vínculo de estado de ánimo, especialmente en los trastornos bipolares.

Dunner (2003) plantea además que los datos epidemiológicos han demostrado que pacientes con trastorno bipolar han manifestado además la presencia de diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias en mayor proporción en comparación con otros trastornos. El riesgo de abuso de sustancias, dependencia de tabaco y/o alcohol se elevó considerablemente entre pacientes hipomaníacos.

Por otra parte, Vázquez et al. (2010) enfatizan la importancia de los resultados de un estudio donde indica que los pacientes bipolares con temperamento hipertímico muestran menor ideación suicida en comparación con pacientes con trastorno bipolar con rasgos no hipertímicos. Este hallazgo destaca el valor de la hipertimia y apoya la hipótesis de que este temperamento afectivo en particular cumpliría la función de factor protector del suicidio en los trastornos bipolares. En cambio, los pacientes que se caracterizan por manifestar temperamento depresivo, ciclotímico, irritable y ansioso son más vulnerables, exponiéndose a los cambios de sus estados de ánimo con mayor dificultad.

Un modelo de clasificación para los trastornos bipolares debería ayudar a guiar el tratamiento eficaz de acuerdo con las etapas diferenciales del trastorno. La intervención temprana es probable que se asocie con una mejor respuesta al tratamiento y menores tasas de progresión a fases más graves de la enfermedad (Kapczinski et al., 2009).

Como sostienen Vieta y Rosa (2007), (como se citó en Kapczinski et al., 2009) la respuesta al litio es probablemente mayor en las primeras fases de la enfermedad y luego disminuye con el creciente número de episodios. 9

Tal como sostienen Scott et al. (2006), (como se citó en Kapczinski, 2009) la psicoterapia coadyuvante a pacientes que han sido eutímicos durante más de un año ha sido demostrado que reduce significativamente el riesgo de recaída, pero esto no parece ser el caso para los sujetos que inician la terapia en la primera fase durante un episodio agudo.

Según Kapczinski et al. (2009) la gravedad del deterioro clínico observado en los pacientes con trastorno bipolar dicta que las estrategias de tratamiento deben ser dirigidas hacia la prevención.

Como plantea Strejilevich (2007) es evidente que para poder avanzar en modelos teóricos que expliquen mejor los TBPs y para poder responder preguntas clínicas cotidianas y básicas será necesario atender a la heterogeneidad de estos trastornos a la hora de diseñar esos modelos explicativos. Este tipo de abordaje devolverá el problema a su concepción original, a una perspectiva mucho más cercana que se tenía a inicios del siglo XX. Para esto se deberá dejar el impulso necesariamente desarrollado hace pocos años atrás en pos de remarcar los aspectos negativos ligados a estos trastornos e incluir sus posibles ventajas o claro oscuros. Los avances realizados respecto de poder comprender dentro del concepto de Espectro Bipolar formas clínicas de muy diferente presentación no solucionan estos problemas ya que las diferencias evolutivas y funcionales parecen atravesar este espectro no respetando los modelos propuestos. Muy posiblemente, un modelo que conjugue las bases cognitivas de este trastorno con los aspectos genéticos y epigenéticos provea caminos más satisfactorios.

### **3.3. Trastornos de la Personalidad**

La concepción de la personalidad tiene en cuenta el papel desempeñado por la historia evolutiva en la conformación de pautas de pensamiento, sentimiento y acción. Se puede comprender mejor las estructuras, funciones y procesos de la personalidad si se examinan las actitudes, los sentimientos y la conducta a la luz de su posible relación con estrategias etológicas (Beck, Freeman & Davis, 2010).

Según mencionan Beck et al. (2010), la terapia de pacientes con distintos trastornos de personalidad ha sido sometida a examen en la literatura clínica desde el inicio de la historia de la psicoterapia. Las definiciones y los parámetros se han ido 10

ampliando y refinando gradualmente permitiendo de esta manera la comprensión de estados graves y crónicos de la personalidad.

### **3.3.1. Trastorno Límite de la Personalidad**

#### **3.3.2. Características Generales**

El Trastorno Borderline de la Personalidad, corresponde a un desorden del eje II del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), el cuál fue incluido a partir del año 1980, en el DSM-III (Linehan, 1993).

Los pacientes con trastorno límite de personalidad (TLP) suelen manifestar los signos y síntomas en la adolescencia tardía o adultez temprana, tales como malhumor, falta de confianza, conductas impulsivas y autolesivas, abuso de sustancia, vulnerabilidad excesiva y miedo al rechazo y críticas de los demás (Oldham, 2004).

Las respuestas emocionales de los individuos con el mencionado trastorno son altamente reactivas, por lo cual generalmente poseen dificultades en relación a episodios depresivos y ansiosos, y respuestas de irritabilidad y enojo. Asimismo, las relaciones interpersonales suelen ser caóticas, intensas y con amplias dificultades. En relación a la desregulación conductual, estos individuos manifiestan conductas impulsivas y problemáticas, incluyendo las conductas suicidas. Por último, la desregulación cognitiva que poseen se refleja en la despersonalización, disociación y delirios, como consecuencia de una situación estresante (Linehan, 1993).

Como menciona Linehan (1993), el trastorno límite de la personalidad representa un patrón de inestabilidad y desregulación a nivel conductual, emocional y cognitivo. Dicha desregulación corresponde a la vulnerabilidad emocional que poseen, factiblemente de origen biológico, en conjunción con el ambiente invalidante al que pertenecen.

Las características conductuales de los individuos con trastorno límite pueden ser conceptualizados como los efectos de la desregulación de las emociones y de estrategias no adaptativas de regulación de las emociones. La conducta impulsiva y especialmente la parasuicida puede ser entendida como poco adaptativa pero muy 11

eficiente como estrategia de regulación de las emociones. Es muy común que los individuos con trastorno límite hablen de un alivio sustancial de la ansiedad y otros estados emocionales negativos tras estos actos (Linehan, 2011).

Las conductas parasuicidas o autolesivas, están referidas a cualquier conducta intencional con o sin intención de suicidarse, dentro de las cuáles se incluyen a los intentos de suicidio y automutilaciones, tienen una alta prevalencia en individuos que cumplen criterios de TLP (Linehan, Armstrong, Suarez, Almon & Heard, 1991).

Las conductas autolesivas pueden adquirir varias formas, tales como la ingestión de drogas, cortarse, quemarse o golpearse la cabeza. Las mismas pueden realizarse debido a diferentes motivos, los cuáles pueden ser auto castigos, aliviarse del malestar experimentado o llamar la atención. A pesar de que estas conductas son dolorosas, no suelen poner en peligro la vida. Empero, pueden provocar daños físicos, deformaciones y perjudicar la calidad de vida (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004).

Está claro que no hay sólo una única definición del TLP, y la evidencia ha comenzado a acumular otra forma de TLP, que puede ser conceptualizado como el espectro de los trastornos de “control de los impulsos,” ya que uno de los criterios diagnósticos para este trastorno es la impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo. A pesar de que el DSM-IV ha desarrollado una lista de criterios para definir el trastorno, hay muchos tipos diferentes de TLP. La razón de esta variabilidad de diagnóstico o heterogeneidad, es que diferentes combinaciones de criterios pueden calificar para un diagnóstico de TLP (Oldham, 2004).

Como menciona Oldham (2004) el TLP es una afección sumamente incapacitante, ya que posee un precio enorme tanto la persona que lo padece, como la familia, los amigos y conocidos. La persona con TLP sufre enormemente, sintiéndose incompleta sin un núcleo sólido, carente de un conjunto de valores personales fuertemente arraigados.

Las personas con TLP a menudo suelen vincularse con personas que parecieran tener todo resuelto, como si ellos quisieran tomar prestado de la otra persona su identidad. Por desgracia, lo que suele ocurrir es que la persona con TLP al comienzo hace un intenso esfuerzo para llegar a ser como la otra persona, formando un vínculo dependiente y asfixiante hacia la otra persona, por temor a ser abandonados. Lo que a su vez provoca un aumento en sus conductas impulsivas, tales como los intentos de 12

suicidio, deliberada autoagresión, episodios de rabia, consumo de sustancias, beber en exceso, etc. convirtiéndose en un sujeto irracional donde encuentra defectos en todo el mundo (Oldham, 2004).

### **3.3.3. Causas Neurobiológicas**

La desregulación afectiva está representada en la literatura científica como el elemento central del trastorno límite, aunque el aspecto neurobiológico de dicha desregulación se desconoce, algunas investigaciones sugieren que la desregulación afectiva podría ser causada por una mayor actividad de la amígdala. Se han encontrado en investigaciones mayor proporción de actividad de la amígdala a los estímulos visuales desagradables dentro de los pacientes con TLP en comparación con controles sanos, según la evolución de la resonancia magnética funcional (Ulrich et al., 2005).

La amígdala se ha implicado no sólo en el procesamiento de las emociones negativas en general, sino también más específicamente en la producción de comportamiento agresivo (New et al., 2007).

Según New et al. (2007) el trastorno límite se caracteriza por presentar síntomas de desregulación emocional desinhibida e ira, que a menudo conduce a un comportamiento agresivo y descontrolado. El modelo de la alteración prefrontal-amígdala proporciona un modelo para el síntoma principal en TLP, la desinhibición de la emoción.

Numerosos estudios han demostrado también una disminución de la capacidad de respuesta serotoninérgica en pacientes agresivos con trastornos de personalidad, obteniendo una respuesta favorable al tratamiento farmacológico con IRSS (New et al., 2007).

El trastorno límite de la personalidad suele ser difícil de tratar. Disfunciones serotoninérgicas y Dopaminérgicas se han demostrado como posibles causas de dicho trastorno. Por lo tanto diversos estudios han demostrado la eficacia del uso de antipsicóticos atípicos en pacientes con TLP, por ejemplo el Aripiprazol, ya que el mismo presenta un mecanismo de acción novedoso y menos efectos adversos que los antipsicóticos típicos. El mismo es utilizado generalmente para la esquizofrenia y la manía bipolar. El Aripiprazol ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento del componente de agresión limítrofe, disminuyendo significativamente en los pacientes 13

la intensidad del estado subjetivo de ira, así como a su disposición a reaccionar con ira y a la tendencia a dirigir cólera hacia afuera y hacia adentro (Nickel et al., 2006).

#### **3.3.4. Causas Ambientales**

La principal causa ambiental del TLP es estar expuesto a un ambiente invalidante, el mismo no abarca solamente el abuso sexual, físico y emocional, sino que se caracteriza de manera más amplia al minimizar, criticar, trivializar y sancionar conductas de forma errática, reforzando comunicaciones disfuncionales con los pacientes. Un ambiente invalidante fundamental es la crítica parental percibida, un tipo de invalidación que ha demostrado tener un muy mal pronóstico en la evolución del trastorno (Cheavens et al., 2005).

Según Cheavens et al. (2005) la vulnerabilidad emocional se refiere a una predisposición biológica mediada por la inestabilidad que implica un aumento de la sensibilidad y la reactividad a los estímulos emocionales y un lento volver al nivel de referencia de la activación emocional.

La intensidad de afecto negativo se considera dentro de este modelo una característica central de vulnerabilidad emocional en el TLP. De acuerdo al modelo biosocial, la manifestación de una intensidad alta de afectividad negativa produce que los problemas con la regulación emocional persistan por más tiempo que con respecto a otros individuos (Cheavens et al., 2005).

Cheavens et al. (2005) hacen mención que un tipo de regulación de la emoción que ha demostrado ser consistentemente problemática, es la evitación emocional. Una forma de evitación emocional o inhibición es la supresión de pensamientos no deseados emocionales y este fenómeno se ha relacionado con una variedad de consecuencias psicológicas muy negativas. Meta análisis recientes sugieren que los intentos deliberados de suprimir los pensamientos específicos pueden ocasionar efecto de rebote, los cuales de hecho exacerban la desregulación emocional para aquellos que buscan el alivio de las emociones intensas. Además, los intentos de evasión crónica, pueden reducir la sensación de dominio y auto-eficacia. Teniendo en cuenta estos hallazgos, se podría hipotetizar que los efectos paradójicos de la supresión y la evasión pueden conducir a un aumento de problemas psicológicos a lo largo del tiempo y a manifestar un aumento de características desadaptativas para regular la emoción. 14

A su vez, numerosos estudios han investigado sobre la alta relación entre pacientes diagnosticados con trastorno límite y abusos verbales, físicos y sexuales en la infancia. Si bien el abuso sexual es el menos frecuente de los tres tipos de maltrato, es el que presenta una mayor asociación con el fracaso a la remisión sintomática de dicho trastorno (Zanarini, Frankenburg, Bradford Reich, Hennen & Kenneth, 2005).

### **3.4. Comorbilidad entre Trastorno Límite de la Personalidad y Trastornos del Estado de Ánimo.**

Generalmente, los pacientes con desorden límite de la personalidad cumplen criterios para otros trastornos. En relación al eje I, los trastornos con mayor comorbilidad con este desorden son los Trastornos del Estado de Ánimo (41 a 83% Depresión Mayor; 12 a 39% Trastorno Distímico; y 10 a 20% Trastorno Bipolar), Estrés Postraumático (46 a 56%) y otros Trastornos de Ansiedad (23 a 47 % fobia social; 16 a 25% Trastorno Obsesivo Compulsivo y 31 a 48% Ataque de Pánico), Abuso de Sustancias (64 a 66%) y Trastornos Alimentarios (29 a 53%). En relación al Eje II, la mayor prevalencia se presenta en Trastornos de la Personalidad Evitativos (43 a 47%), Dependientes (16 a 51%) y Paranoide (14 a 30%) (Lieb, Zanarini, Schmahl, Lineham & Bohus, 2004).

Dentro de los trastornos de personalidad, el trastorno límite ha sido el más estudiado. Investigaciones han examinado la relación entre el trastorno límite y los trastornos alimentarios, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos de ansiedad e incluso el trastorno somatomorfo (Zimmerman & Mattia, 1999).

Por ello, Zimmerman y Mattia (1999) reflejan que estos hallazgos resaltan la importancia de realizar evaluaciones exhaustivas del eje I en pacientes con trastorno límite a fin de no pasar por alto síndromes que responden potencialmente a tratamiento. Muchos estudios han reportado un alto grado de comorbilidad entre los trastornos del estado de ánimo, entre los que destacan los trastornos bipolares y el trastorno límite de la personalidad. Algunos estudios han sugerido que estos trastornos se co-transmiten en las familias. Sin embargo pocos estudios han comparado los rasgos de personalidad entre estos trastornos, para determinar si existe superposición de dimensiones entre los dos diagnósticos. En algunos estudios se ha comprobado que tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el trastorno bipolar II ambos manifiestan labilidad afectiva, lo que puede explicar la eficacia de los estabilizadores 15

del ánimo en los tratamientos con ambos trastornos. Sin embargo estudios sugieren que el trastorno límite de la personalidad no puede ser visto como un grupo atenuado de lo afectivo (Henry et al., 2001).

Una característica básica compartida por TLP y el trastorno bipolar es la desregulación emocional que implica varios componentes, incluyendo la inestabilidad afectiva, es decir la tendencia a experimentar las emociones y los estados de ánimo de manera muy intensa en donde la situación no lo justifica (Sripada & Silk, 2007).

Por otro lado, Henry et al. (2001) mencionan que algunos estudios sugieren que los pacientes con trastorno límite presentan mayor labilidad afectiva entre la eutimia y la ira, mientras que los pacientes con trastorno bipolar II manifiestan labilidad afectiva entre la eutimia y la depresión o entre la depresión y la euforia. Sin embargo, los pacientes con trastorno de personalidad límite sin comorbilidad con bipolaridad obtuvieron puntuaciones más altas en impulsividad y hostilidad.

Partidarios de un constructo de desorden de bipolaridad ampliado, creen que la labilidad afectiva y las características de comportamiento impulsivo en pacientes con desorden de personalidad límite deberían ser reconceptualizadas y reclasificadas dentro del espectro bipolar (Akiskal, 2002).

Como sostienen Goodman et al. (como se citó en Paris, 2010) las fronteras entre estado de ánimo y personalidad no son fáciles de definir. Los síntomas del estado de ánimo suelen estar presentes en desórdenes de la personalidad, y cambios en la personalidad de un sujeto pueden ser el resultado de un desorden del estado de ánimo. Aún no hay marcadores biológicos que definitivamente separen estas condiciones.

Tal como sostenían Skodol et al. (como se citó en Paris, 2010) usualmente se pensaba que la depresión y la bipolaridad eran procesos episódicos, mientras que los desórdenes de la personalidad eran crónicos, ahora se sabe que la depresión a menudo es crónica y que los desórdenes de la personalidad tienen períodos de remisión.

En algunas investigaciones se ha explorado la relación entre las formas de conexión extremadamente rápidas en algunos trastornos bipolares, en el que los síntomas maníacos y depresivos se presentan como episodios mixtos o cambian rápidamente de un estado a otro con los trastornos límite de la personalidad en los cuales la labilidad efectiva es un síntoma predominante (MacKinnon & Pies, 2006).

MacKinnon y Pies (2006) descubrieron una serie de puntos de superposición fenomenológica y biológica entre la labilidad afectiva, criterio del trastorno límite de la personalidad y los ciclados rápidos de los trastornos bipolares, encontrando 16





comportamientos de base de estados de ánimo inestables en el trastorno límite, lo que podría echar luz sobre cómo las intervenciones psicológicas y somáticas deberían comenzar a dirigirse.

Una revisión de estudios farmacológicos sugieren que los anticonvulsivos tienen los mismos efectos estabilizadores, tanto en el trastorno límite de la personalidad como en el trastorno bipolar de ciclado rápido. Por lo que se ha llegado a hipotetizar que ambos trastornos podrían tener incluso sus raíces en la misma etiología genética (MacKinnon & Pies, 2006).

Desde que el trastorno límite se ha añadido a la nomenclatura en el DSM-III, han existido insistentes cuestionamientos acerca de si se superponen con TLP otros diagnósticos con los que comparte características importantes. Más recientemente, la atención se ha dirigido a la posible superposición entre TLP y trastorno bipolar, afirmando que este último pertenecería a un espectro continuo de gravedad, y el TLP se consideraría como una variante más suave a lo largo de ese espectro, de menor persistencia y duración (Sripada & Silk, 2007).

Sin embargo, según Gunderson et al. (2006) estudios realizados señalan que la tasa de comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad es modesta en comparación a las tasas encontradas con otros trastornos. Por ejemplo, en pacientes con personalidad límite, las tasas de comorbilidad en depresión mayor, abuso de sustancias, y trastorno de estrés postraumático eran más del doble de la tasa encontrada para trastorno bipolar I y II. La ausencia de una fuerte asociación indica que los médicos y psicólogos deben atender a las diferencias de ambos trastornos. Períodos prolongados de euforia, labilidad emocional o manía, sin factores de estrés evidente, el trastorno límite es poco probable. Los períodos de depresión e irritabilidad rara vez son instructivos. En cambio, repetidas explosiones de ira, intentos de suicidio y actos de autoagresión deliberada reactivos a la tensión interpersonal, son axiomáticas al trastorno límite de la personalidad.

Si bien, la identificación de la comorbilidad de ambos trastornos puede ser útil, una generalización del diagnóstico del trastorno bipolar y la omisión del trastorno límite presentan dos efectos nocivos. Por un lado, el diagnóstico del trastorno bipolar alienta a los pacientes y a sus familias a tener expectativas irreales acerca de lo que los medicamentos puedan hacer realmente, esto por lo general se produce cuando el trastorno límite está presente. Por otra parte, la omisión del diagnóstico de trastorno límite desvía los esfuerzos terapéuticos alejando a los pacientes de las intervenciones 17



psicosociales que a menudo pueden hacer una diferencia notable en el tratamiento. Los médicos suelen mostrarse renuentes a darles a los pacientes el diagnóstico de trastorno límite por temor a que se lo juzgue negativamente (Gunderson et al., 2006).

El solapamiento de los dos primeros ejes del sistema DSM induce a pensar que tomar en cuenta sistemáticamente las características combinadas de rasgos y del estado de ánimo suele ser útil para aumentar la validez de las actuales categorías de diagnóstico. Sin embargo, la introducción de un eje II separado para los trastornos de personalidad, está basado en la suposición de una relativa independencia entre los trastornos mentales y los rasgos de personalidad (Perugi & Akiskal, 2002).

Por su parte, Sripada y Silk (2007) sostienen que una neuroimagen puede ayudar a esclarecer la cuestión de superposición entre los dos trastornos a través de la identificación que subyace a fenotipos neurocognitivos que se comparten o son distintos entre los trastornos. El artículo se centra en hallazgos donde han utilizado la tomografía de emisión de positrones (PET), emisión de fotón único (SPECT), y la resonancia nuclear magnética (RNM).

Ambos trastornos, mostraron la evidencia que hay múltiples anomalías en el lóbulo prefrontal, en las redes de atención y en los mecanismos de inhibición de control, contribuyendo a la impulsividad. Tanto el TLP como el trastorno bipolar parecen estar asociados a múltiples anomalías en la emoción, especialmente en las que surgen de eventos traumáticos (Sripada & Silk, 2007).

Según Sripada y Silk (2007) los hallazgos de las neuroimágenes mostraron que pacientes con trastorno bipolar eufímicos al momento del estudio, es decir libre de síntomas hacia el exterior, persistían sutiles diferencias asociadas a tareas anómalas, desafiando así la idea de que el trastorno es verdaderamente episódico con una recuperación inter episódica completa. Lo que conduce una vez más, a establecer una borrosa distinción entre dicho trastorno y el TLP.

Golberg y Garno (2009) han examinado la relación entre la edad temprana en el inicio del trastorno bipolar y el desarrollo de la frontera comórbida con trastornos de personalidad. La regresión logística indica que el aumento de la edad de inicio del trastorno bipolar se asoció con una menor probabilidad de desarrollar trastorno comórbido de la personalidad borderline. Por otro lado, es concebible que el abuso infantil grave también podría precipitar la expresión del trastorno bipolar en jóvenes genéticamente vulnerables. 18

La relación entre los trastornos bipolares y la categoría B de los trastornos de personalidad sigue siendo compleja y fenomenológicamente controvertida (Goldberg & Garno, 2009).

### **3.5. Terapia Dialéctico Comportamental**

Pacientes que han sufrido o sufren tanto trastorno bipolar como trastorno límite de personalidad, representan un reto en el tratamiento. Cada uno de ellos es crónico y difícil de manejar y cuando co-ocurren en un solo individuo, la resultante volatilidad e impulsividad pueden poner a prueba la paciencia de quienes les proveen atención y cuidados (Swartz, Pilkonis, Frank, Proietti & Scott, 2005).

Según Swartz et al., (2005) los pacientes que sufren tanto trastorno bipolar y/o trastorno límite, plantean desafíos únicos de tratamiento, donde algunos de ellos pueden requerir tratamientos más largos, pero que finalmente mejoran sustancialmente con farmacoterapia y psicoterapia.

Si bien la literatura actual apoya la sabiduría prevaleciente de que la clínica en este grupo de pacientes es difícil de tratar, informes de investigaciones realizadas sugieren que personas que sufren de ambos trastornos se beneficiarían del uso de farmacoterapia y psicoterapia, especialmente en los episodios agudos. En uno de los estudios, la psicoterapia administrada fue la conductual dialéctica, los autores tuvieron en cuenta dicho tratamiento en estos pacientes, por considerarlo una psicoterapia con eficacia demostrada en el tratamiento en pacientes graves (Swartz, et al., 2005).

La Terapia Comportamental Dialéctica (TCD), es un tratamiento que fue creado por Marsha Linehan, originalmente para tratar pacientes con desorden de personalidad borderline, pero desde que se descubrió que dicha terapia además era muy efectiva en otros trastornos, como por ejemplo los trastornos bipolares, el uso de la misma se fue ampliando. Una de las principales razones por las cuales la TDC es efectiva en el manejo de los síntomas del desorden bipolar, es porque ayuda a los pacientes a manejar su labilidad emocional de una manera más asertiva, aprendiendo a superar el estrés sin perder el control y de una forma más saludable. La TDC es considerada una herramienta valiosa para ayudar a vivir de una manera más eficaz a pacientes diagnosticados con trastorno bipolar (Van Dijk, 2009). 19

### 3.5.1. Características Generales

La TDC es un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado específicamente para el TLP. De hecho, fue el primer tratamiento psicoterapéutico que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados. La TDC efectiva combina psicoterapia individual y formación en habilidades (Linehan, 2011).

Las terapias cognitivas y conductuales estándares fueron originalmente desarrolladas para individuos sin serios trastornos de personalidad. A lo largo de los años, sin embargo, han sido aplicadas también a clientes con trastornos, incluidos los diagnosticados de TLP. Las aplicaciones de la terapia cognitivo-conductual a individuos con TLP ha requerido cambios en las bases teóricas (Linehan, 2011).

En el tratamiento en base a la TDC se plantea que los pacientes Límites tienen una falta de habilidades y de capacidades interpersonales, de autorregulación y de tolerancia al estrés. Linehan (2011) plantea cinco desregulaciones del Boderline: desregulación emocional, desregulación interpersonal, desregulación del self, desregulación del comportamiento y desregulación cognitiva. Hay determinadas características de la persona y del ambiente que pueden dificultar la práctica de las habilidades que posee el paciente y también interferir en el desarrollo de nuevas capacidades. Es por esto que es necesario que el terapeuta o formador de habilidades atienda tanto las habilidades que el paciente posea, que se coloquen en práctica, como también ir generando nuevas habilidades.

Lineham (2011) menciona que la formación de habilidades, se basa en la teoría dialéctica y biosocial del TLP. La *dialéctica*, como terapia conductual, tiene dos significados: define una naturaleza fundamental de la realidad y hace referencia a un diálogo y una relación persuasiva.

Como describen Lynch y Robins (1997) el tratamiento de pacientes con desregulación emocional, suele ser muy dificultoso. Actualmente, la Terapia Dialéctico Comportamental (TDC) conforma el tratamiento más efectivo para dicho trastorno, produciendo una disminución de las conductas autolesivas, hospitalizaciones, enojo y sufrimiento de los individuos.

Dicha terapia tiene sus bases en la teoría biosocial, la cual considera que el TLP se desarrolla y mantiene debido a una relación entre la vulnerabilidad y desregulación emocional y la experiencia de invalidación del ambiente (Lynch & Robins, 1997). 20

Como señala Linehan (1993), la característica más importante de dicha terapia es el énfasis en la dialéctica. Este concepto se refiere a *la reconciliación de los opuestos en un continuo proceso de síntesis*. La aceptación de los pacientes tal como son, sin tratar de enseñarles a cambiar, es la dialéctica más fundamental.

Ensayos han demostrado que un año de terapia dialéctico- conductual con manejo psiquiátrico para el tratamiento de pacientes suicidas con trastorno límite de la personalidad dio lugar a reducciones significativas en el comportamiento suicida, malestar general de los síntomas, la depresión, la ira y la utilización de servicios de salud con mejoras en el funcionamiento interpersonal. Estos hallazgos aumentan la gama de opciones de tratamientos viables, desterrando el mito de que el trastorno límite es intratable y es compatible con la tesis de que esta población puede beneficiarse de intervenciones específicas y especializadas (McMain et al., 2009).

En la misma línea, McQuillan et al. (2005) han examinado la eficacia de la terapia dialéctico- conductual para pacientes en centros de salud pública que cumplían con los criterios para el diagnóstico de trastorno límite. Los hallazgos indicaron que el tratamiento fue bien tolerado siendo susceptible a los pacientes en crisis, alcanzando mejoras significativas en la desesperanza y la depresión. Por otra parte, los profesionales con formación dialéctica, fueron capaces de dominar y aplicar con éxito la técnica. El objetivo del tratamiento fue evitar la hospitalización y al mismo tiempo trabajar muy intensamente con los pacientes para lograr objetivos terapéuticos.

Dentro de la mencionada terapia, se pueden encontrar cuatro etapas: una etapa de pretratamiento y tres etapas subsiguientes. En la etapa de pretratamiento se orienta al paciente en la filosofía de la terapia, con el objetivo de crear un acuerdo y compromiso, en relación a llevar a cabo conductas autolesivas y suicidas, aceptando reducir o eliminar dicho comportamiento, lo cual es la principal meta de la terapia. Asimismo, el paciente debe aceptar participar en el tratamiento de una manera activa (Simeon & Hollander, 2001).

La TDC implica una sesión semanal de terapia individual, en donde se analizan detalladamente las conductas problemas (automutilación, abuso de alcohol o drogas, conductas que interfieren con la terapia, entre otras) con el fin de observar los eventos precipitantes y consecuencias de dicha conducta, las cuáles podrían reforzar la conducta problema. Por lo tanto, el objetivo principal de la terapia es el de eliminar las autolesiones (Lynch & Robins, 1997). 21

La consulta telefónica conforma una parte muy importante de la TDC. La mayoría de los pacientes suicidas o parasuicidas, no suelen pedir ayuda, ya sea por miedo, vergüenza o por sentir que serán invalidados. Asimismo, los individuos que logran pedir ayuda lo hacen de una manera demandante o abusiva, actuando de manera manipuladora o utilizando estrategias inefectivas. Las consultas telefónicas están diseñadas con el fin de cambiar estos patrones disfuncionales (Linehan, 1993).

La TDC considera de gran importancia al grupo de entrenamiento en habilidades, el cual incluye cuatro módulos: habilidades de conciencia plena, habilidades interpersonales, habilidades de regulación emocional y habilidades de tolerancia al malestar (Linehan, 1993).

A lo largo de este grupo, se les enseñan diferentes habilidades, con el fin de buscar nuevas alternativas ante los momentos de crisis, sin recurrir a las conductas autodestructivas o autolesivas para resolver sus problemas y aliviarse del malestar experimentado (Lynch & Robins, 1997).

### **3.5.2. Terapia Individual**

Como menciona Linehan (1993), al comienzo de la terapia o en situaciones de crisis, las sesiones pueden tener una frecuencia de dos veces por semana. En general, cada sesión posee una duración de 50-60 hasta 90-110 minutos. La extensión de la terapia dependerá de cada paciente y terapeuta en particular, de la situación que el paciente esté atravesando y de los objetivos de la terapia.

Linehan (2011) establece ciertas características en la terapia individual en tratamiento con Terapia Dialéctico Comportamental:

La formación de habilidades individual con un paciente con desregulación emocional, requiere de una enorme autodisciplina y perseverancia por parte del terapeuta. Del lado del cliente, los principales impedimentos son los intentos que hará por desviar los objetivos de la sesión a temas más actuales. Del lado del terapeuta, es que le desagrade llevar a cabo intervenciones directivas, el aburrimiento o desinterés y la incapacidad de proporcionar al cliente la guía que este le está pidiendo. 22



Si el terapeuta logra mantener la concentración en las necesidades a largo plazo de su paciente, la formación de habilidades puede funcionar.

Una segunda opción es tener un segundo terapeuta o técnico conductual que lleve a cabo la formación de habilidades individuales en cada cliente. En este formato, el formador de habilidades se las enseña al paciente; sin embargo las crisis, incluidas las aplicaciones de las habilidades a una situación de crisis, son objeto de la psicoterapia individual.

El terapeuta individual que no tenga a quien enviar el paciente para que lleve a cabo la formación de habilidades, o que quiera hacerlo el mismo, deberá conseguir que el contexto del programa de formación sea diferente del contexto de la psicoterapia individual.

Los terapeutas que tengan clientes especialmente difíciles, es importante que dispongan de un grupo de supervisión para mantenerse motivados y centrarse en las habilidades (Linehan, 2011).

### **3.5.3. Terapia Grupal. Entrenamiento en Habilidades**

Linehan (1993) señala que todos los pacientes deben realizar el entrenamiento en habilidades durante el primer año de terapia. Dicho entrenamiento se torna difícil sin el contexto de la terapia individual, orientada a reducir las conductas suicidas y otras conductas maladaptativas. Por lo tanto, la terapia individual es necesaria ya que ayuda al paciente a llevar a cabo las habilidades aprendidas a la vida diaria.

A continuación se desarrollarán conceptos de Linehan (2011) con respecto al entrenamiento en habilidades con Terapia Dialéctico Comportamental:

La principal desventaja no mencionada en la terapia individual, es simplemente que no es del todo eficiente. Por otro lado, la experiencia con pacientes con trastorno de personalidad límite indica que aunque los pacientes nunca quieren integrarse en un grupo, el mismo tiene mucho para ofrecerles, más que cualquier otra terapia individual.

Los terapeutas tienen la posibilidad de observar y trabajar las conductas interpersonales que surgen en las relaciones entre los componentes del grupo, cosa que no ocurre en las sesiones individuales. En segundo lugar, los pacientes pueden interactuar con otra gente como ellos y la validación resultante suele ser muy terapéutica. En tercer lugar, los pacientes tienen la oportunidad de aprender los unos de los otros. En cuarto lugar, los grupos reducen la intensidad de las relaciones entre cada uno de los pacientes individuales y el psicoterapeuta de grupo. Esto puede ser muy importante ya que a veces la intensidad de la terapia para este tipo de pacientes puede crear más problemas que soluciones.

En la práctica clínica con clientes muy disfuncionales, se intenta tener por lo menos de ocho a seis personas por grupo.

Existen grupos abiertos y grupos cerrados, con este tipo de pacientes lo ideal es trabajar en grupos abiertos. Primero, en un grupo abierto los pacientes tienen la oportunidad de aprender a manejar el cambio en un ambiente relativamente estable, ya que los pacientes que presentan desregulación en sus emociones, frecuentemente tienen enormes dificultades con el cambio y con la confianza.

Lo ideal es mantener un grupo abierto, con un cambio controlado pero continuo. El hecho de añadir periódicamente al grupo de formación de habilidades nuevos miembros obliga al grupo a volver a la tarea.

A su vez, los grupos pueden ser heterogéneos u homogéneos. Son homogéneos en cuanto al diagnóstico, se circunscriben a individuos que cumplen los criterios de trastorno de personalidad límite o desregulación emocional. Por lo que respecta a otras circunstancias, no son especialmente homogéneos, las edades son variadas, algunos terapeutas incluyen clientes de ambos sexos y la situación socioeconómica, el estado civil y la relación con los padres varía (Linehan, 2011).

#### **3.5.3.1. Habilidades de Conciencia Plena**

A continuación Linehan (2011) hace mención de los siguientes conceptos con respecto a las habilidades de conciencia plena:

En la TDC se plantean tres estados mentales fundamentales: la *mente racional*, la *mente emocional* y la *mente sabia*. Una persona se halla con una *mente* 24

*racional* cuando se enfrenta al conocimiento en forma intelectual, lógica, atiende a hechos empíricos, planea su conducta y permanece *fría* frente a sus problemas. La persona se encuentra en una *mente emocional* cuando su pensamiento y su conducta están controlados por su estado emocional actual, las cogniciones están *calientes*, el pensamiento razonable es difícil y los hechos están distorsionados para ser congruentes con el afecto del momento. La *mente sabia* es la integración de ambas mentes y además va más allá de ellas, añade conocimiento intuitivo a la experiencia emocional y al análisis lógico.

Dichas habilidades son las primeras en ser enseñadas y son las únicas que se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de cada uno de los otros módulos. Son versiones de prácticas psicológicas y conductuales de prácticas espirituales orientales extraídas del Zen.

- Habilidades de conciencia *qué*: incluyen aprender a observar, describir y participar. El objetivo es desarrollar un estilo de vida de participación con conciencia; la TDC asume que la participación sin conciencia es característica de conductas impulsivas y dependientes del estado de ánimo.

La primera habilidad *qué* es observar, esto es, atender a los hechos, emociones y otras respuestas conductuales. Permitirse experimentar conscientemente, en el momento, lo que está sucediendo en vez de abandonar una situación o intentar hacer desaparecer una emoción. Observar un hecho es diferente que el hecho mismo. Observar cómo se camina y caminar es diferente. Esta filosofía de experimentar el momento, son prácticas para extinguir respuestas de miedo y evitación automática.

Una segunda habilidad *qué* es la de describir hechos y respuestas personales con palabras. Es esencial para la comunicación y el autocontrol. Aprender a describir requiere que la persona aprenda a no tomar las emociones y pensamientos de manera literal. Muchas veces los componentes físicos del miedo suelen confundirse con percepciones del entorno para producir un pensamiento disfuncional. Muchas veces confundimos pensamientos con hechos.

La tercera habilidad de conciencia *qué* es la habilidad para participar sin autoconciencia. Una persona que participa se mete completamente en las actividades que está realizando, sin separarse de los hechos e interacciones que están teniendo lugar. 25

La cualidad de la acción es espontánea y fluida. La participación puede ser, por supuesto, mecánica, demostrando que se puede participar sin prestar atención a la tarea de manera autoconsciente de cada cosa que hace, pero sí estando alerta y respondiendo con flexibilidad.

-Habilidades de conciencia *cómo*: las otras tres habilidades de conciencia tienen que ver con el cómo atiende, describe y participa uno; ello incluye adoptar una postura no sentenciosa, centrarse en una sola cosa en cada momento y en ser efectivo. Adoptar una postura no sentenciosa implica, no juzgar las cosas como buenas o malas, no implica ser más equilibrados en los juicios, sino que dejen de juzgar en la mayor parte de las ocasiones.

El segundo *cómo* consiste en aprender a centrar la mente y la conciencia en la actividad que estamos llevando a cabo en un momento dado, más que a dividir la atención entre varias actividades. Para ello, es necesario controlar la atención, capacidad muy limitada en sujetos con trastorno de personalidad límite. Entrar en las actividades con plena conciencia y en pleno estado de vigilia (Linehan, 2011).

### **3.5.3.2. Habilidades de Efectividad Interpersonal**

Las pautas de respuesta interpersonal que enseña la formación de habilidades de la TDC son muy similares a las que se enseñan en los cursos de asertividad y de resolución de problemas interpersonales. Incluyen estrategias efectivas para pedir lo que uno necesita, para decir *no* y para manejar un conflicto personal. Normalmente, el problema con las personas con trastorno límite o desregulación emocional, es que existen creencias, así como respuestas emocionales incontrolables, que inhiben la aplicación de las habilidades que ya posee la persona. Los problemas en la regulación de las emociones les impiden reducir la ira o la frustración crónica (Lineham, 2011).

El inicio del módulo como menciona Linehan (2011) incluye mucha información y habilidades de tipo cognitivo. El formador será el que decida cuánto tiempo dedicará a cada una de ellas. Incluso el terapeuta individual puede dedicar más atención a alguno de los puntos en sesión si lo considera pertinente para su paciente. 26

### **3.5.3.3. Habilidades de Regulación Emocional**

Los individuos suicidas y con trastorno de personalidad límite tienen sus emociones muy intensas y variables. Frecuentemente se encuentran enfadados, frustrados, deprimidos y ansiosos. Por lo tanto, la dificultad en regular las emociones dolorosas, genera problemas conductuales en el sujeto con el mencionado trastorno (Linehan, 2011).

Por ello, Linehan (2011) menciona las siguientes habilidades específicas de regulación de las emociones: identificar y etiquetar emociones, identificar obstáculos para el cambio de las emociones, reducir la vulnerabilidad de la mente emocional, incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos, incrementar la conciencia ante las emociones del momento, llevar a cabo la acción opuesta y finalmente aplicar técnicas de la tolerancia al malestar.

### **3.5.3.4. Habilidades de Tolerancia al Malestar**

Para la TDC es muy importante aprender a manejar el dolor con habilidad. La capacidad de tolerar y aceptar el malestar es un objetivo esencial para la salud mental, ya que el dolor y el malestar son parte de la vida y no pueden ser evitados o eliminados por completo. La incapacidad para aceptar este hecho, solo conduce a un mayor sufrimiento y dolor (Linehan, 2011).

Por lo tanto, Linehan (2011) plantea que las habilidades para tolerar el malestar, tienen que ver con la capacidad para aceptar, de una manera no evaluativa ni enjuiciadora, a uno mismo, y a la situación actual. Esto no significa que aprobemos todas las situaciones, es necesario distinguir claramente que aceptar la realidad no equivale a la aprobación de la misma.

Según menciona Linehan (2011) existen cuatro grupos de estrategias de supervivencia a la crisis: la primera es distraerse; proporcionándose estímulos positivos, mejorando el momento y pensando en los pros y los contras. Luego, vendrían las tres habilidades de aceptación, que incluyen: aceptación radical; (completa, desde el interior), dirigir la mente una y otra vez hacia la aceptación; 27

(aceptar la realidad tal como es) y buena disposición frente a la terquedad. Aunque, la buena disposición y la terquedad no se aplican a cosas o situaciones específicas, sino que reflejan una actitud subyacente que uno tiene frente a la maravilla de la vida misma.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de Estudio**

El tipo de estudio realizado fue descriptivo de un caso único.

### **4.2. Participantes**

La paciente es una joven de 29 años soltera, que comenzó terapia individual en la fundación derivada por su psiquiatra, con un diagnóstico de trastorno bipolar tipo II, medicada con litio. El motivo de consulta en la terapia es una tristeza continua, que la lleva a estar todo el día en su cama, luego de haber sido diagnosticada con dicho trastorno dos meses antes. Sale únicamente de noche, debido a su trabajo en una productora de películas, donde acompaña a los actores extranjeros a salir por Bs. As. Lo que la predispone en mayor medida a consumir alcohol en cantidad y un consumo de tipo social de cocaína. La paciente no presenta conductas que atenten contra su vida, ni contra la terapia o el tratamiento, pero sí presenta muchas conductas que atentan contra su calidad de vida, evidenciando una gran dificultad en regular sus emociones lo que podría estar solapando según su terapeuta un posible TLP además de presentar Trastorno Bipolar II.

### **4.3. Instrumentos**

Los datos fueron recabados a partir de los siguientes instrumentos:

♦ Historia Clínica: a través de la misma se describieron los datos de la paciente, motivo de consulta, genograma, tratamientos previos, derivante, diagnóstico, medicación, evolución del tratamiento actual, etc.

♦ 2 ó 3 entrevistas con su psicoterapeuta individual de la institución, para ver el proceso y la evolución de la terapia en diferentes áreas tales como: sintomatología, medicación, vínculos familiares, relaciones interpersonales, trabajos, manejo del tiempo libre.

♦ Una entrevista estructurada con la psicoterapeuta de la paciente para que ella misma complete una planilla con datos demográficos, información en los cinco ejes del DSM IV, antecedentes personales, familiares y los siguientes instrumentos:

-Criterios de espectro bipolar (Ghaemi, 2005). Los criterios se basan en responder si o no a algunas preguntas, los cuales son elaborados para utilizarlos como una herramienta clínica, lo que no han sido utilizados en estudios, por lo que no existen valores de sensibilidad o especificidad en ellos. No obstante, son bastante operacionales y directos, puesto que se basan en antecedentes familiares, de los episodios y la respuesta al tratamiento.

-Bipolarity Index – BI (Sachs, 2004). Es un instrumento interesante ya que combina en forma dinámica, categorial y dimensional cinco criterios clínicos de validación. Un criterio de validación es la fenomenología del episodio (manía, hipomanía, ciclotimia); el segundo es la edad de inicio (especialmente entre 15 a 19 años); el tercero es la evolución que tiene (recurrencia y remisión; comorbilidad); el cuarto corresponde a los efectos del tratamiento (estabilizadores del ánimo que son efectivos, y antidepresivos que son inefectivos o con efectos adversos); y el quinto es la historia familiar (bipolar, unipolar recurrente). En cada uno de los criterios de validación se obtendrá un puntaje, que varía entre 0 a 20 puntos.

♦ Observación participante al grupo de entrenamiento en habilidades.

♦ Administración de las siguientes escalas a la joven evaluada:

- MINI International Neuropsychiatric Interview (Sheehan & Lecrubier, 1998). Es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos del CIE-10, para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras después de un corto tiempo de entrenamiento. Fue elaborada por Y. Lecrubier y colaboradores de la "Salpêtrière" en París y D. Sheehan y colaboradores de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998. La MINI se diseñó para generar diagnósticos de la CIE-10 y del DSM-IV, como nos muestra la versión mexicana de enero del 2000, para la investigación y la práctica clínica.

-SCID II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders) (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999). Entrevista estructurada que explora la presencia de trastornos de personalidad en la población adulta y, que permite efectuar diagnósticos de acuerdo a la nomenclatura DSM.

- TEMPS-A (Temperament Evaluation of the Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire) (Adaptación de Vázquez et al, 2006). El Cuestionario de Evaluación del Temperamento es un cuestionario auto-administrado desarrollado para evaluar rasgos temperamentales afectivos presentes durante la vida. Ha sido traducido, adaptado y validado en una muestra de pacientes y controles obtenida de la población argentina (Vázquez & Akiskal, 2005; Vázquez et al., 2007).

-MOODS-SR (Mood Spectrum Self-Report) (Berrocal, Ruiz Moreno, Rando, Benvenuti & Cassano, 2008). La escala permite diferenciar entre pacientes con trastorno del ánimo y pacientes control, y entre pacientes con trastorno bipolar y pacientes con depresión unipolar; lo hace por medio de la puntuación obtenida en la escala global y aquella obtenida en subdominios (Fagiolini et al., 1999; Dell'Osso et al., 2002; Berrocal et al., 2006).

-MDQ (Mood Disorder Questionnaire) (Hirschfeld et al., 2006). Es un cuestionario auto-aplicado que ha demostrado ser de utilidad en la detección del trastorno bipolar en muestras clínicas, muestras en población general y muestras de pacientes en asistencia primaria. Cifras reportan mayor sensibilidad para la detección de trastorno bipolar tipo I. (Gahemi et al., 2005). 30



-BSDS (Bipolar Spectrum Diagnostic Scale) (Ghaemi, Miller, Berv, Klugman, Rosenquist & Pies, 2005). Esta escala ha sido desarrollada por dichos autores para evaluar la sensibilidad y especificidad de un cuestionario autoaplicado para el trastorno bipolar. Consiste en una historia descriptiva que captura características del trastorno bipolar, a las cuales los pacientes deben responder ítem a ítem.

-IPDE (International Personality Disorder Examination) (Loranger, A. W., Janca, A. & Santorius, N. 2007). Esta escala ha sido desarrollada por la Examinación de desórdenes de la Personalidad, la cual ha sido modificada para uso internacional, compatibilizándola con la clasificación internacional de enfermedades. La versión actual de la IPDE ha sido producida en dos módulos, uno para ICD 10 y otro para criterios diagnósticos de desórdenes de la personalidad del DSM- IV.

#### **4.4. Procedimiento**

En relación al procedimiento, en primer lugar se tuvo en cuenta la evolución de la sintomatología de la paciente a través de los datos obtenidos en las distintas entrevistas con su psicoterapeuta, con respecto a su historia clínica.

De manera simultánea se fue llevando a cabo una observación participante en el grupo de habilidades donde concurre la paciente, para poder registrar si las habilidades aprendidas han sido efectivas y si el uso de las mismas guarda relación con un avance en su proceso terapéutico en la Fundación. La observación participante tuvo una duración de cuatro meses aproximadamente. Los encuentros fueron una vez por semana los días jueves y con una duración de dos horas y media.

Por otro lado, se le administró una batería de evaluación multiaxial que evalúa los cinco ejes del DSM-IV para confirmar el diagnóstico recibido antes del inicio del tratamiento en dicha institución. Conjuntamente, se hizo una valoración de diversos factores psicopatológicos, incluyendo temperamento afectivo, rasgos de personalidad y fluctuaciones del ánimo. El proceso de evaluación implicó la administración de instrumentos autoaplicados y heteroaplicados. En primera instancia la profesional derivante entregó a la paciente instrumentos autoaplicados y, en segunda instancia, la profesional evaluadora llevó a cabo una entrevista estructurada con la paciente. 31

En otro encuentro, la profesional dedicada a la evaluación psicológica de los pacientes tuvo un encuentro con la terapeuta de la paciente para completar datos de importancia con respecto al diagnóstico, historia familiar, desarrollo de la enfermedad y tratamiento. La batería de evaluación ensamblada tiene como principal objetivo determinar la probabilidad de que los síndromes de la paciente sean pertenecientes al espectro bipolar, a los trastornos de la personalidad o a una comorbilidad entre ambos.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1. Fundación .**

En la Fundación se trabaja con un equipo de profesionales de amplia experiencia y sólida formación donde se combina la calidez humana y la excelencia clínica.

La formación de los profesionales es amplia y plural, con una orientación principalmente cognitiva, sistémica, gestáltica y conductual. El trabajo que se lleva a cabo es desde una mirada integradora y flexible para poder adaptarse a las demandas que surgen en cada consulta.

Su especialidad es la Terapia Dialéctico Comportamental creada por la Dra. Marsha Linehan para pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad o trastornos que impliquen la desregulación de las emociones, por ejemplo: trastornos bipolares, alimenticios, depresión, etc.

En el área de investigación, la institución está comprometida a una exploración continua en la salud mental, buscando comprender desde la investigación científica, la complejidad implícita de los trastornos mentales que tratan en la práctica clínica. La institución viene llevando a cabo diferentes estudios, desde la psicopatología de trastornos clínicos hasta las cualidades y emociones positivas del ser humano.

En el presente están desarrollando estudios científicos en diversas líneas de investigación. Tales como Psicología Positiva, Activación Conductual, Cesación 32

Tabáquica, Población VIH, Trastornos del Ánimo y Trastornos de la Personalidad, Trastorno Límite de la Personalidad y Desregulación Emocional, etc.

## **5.2. Historia familiar de la paciente evaluada.**

Se realizará una presentación del caso haciendo hincapié en la historia familiar de la paciente recabada de su historia clínica, para dar cuenta del desarrollo en el planteo posterior de los objetivos específicos planteados.

Su familia está compuesta por su madre de 61 años, aparentemente con una excelente posición económica. Su padre es médico ,alcohólico, violento y no lo ve ni sabe nada acerca de él desde hace 15 años. Sus padres están separados hace muchos años. Su madre actualmente está sin pareja. La evaluada comenta que el padre le pegaba a su madre y rompía cosas en la casa. La paciente es hija única, sus padres tampoco tienen hermanos, por lo tanto su red familiar es muy reducida. Su abuela materna presentaba antecedentes psiquiátricos sin especificar y su tía abuela materna se suicidó. Además comenta que hubo otros suicidios en la familia pero que no sabe quiénes fueron exactamente. Comenta que su madre está medicada con antidepresivos.

La evaluada menciona que a los 16 años tuvo episodios de atracones de cosas dulces y aunque niega ser bulímica reconoce que tiene antecedentes en la familia de trastorno alimenticio no especificado.

Con su madre siempre tuvo una relación muy conflictiva, por lo que decidieron dejar de hablarse, entonces a los 18 años ella se muda a media cuadra de la casa de su madre y se comunican a través del chofer de la misma.

Con respecto a su red social, tiene una vida nocturna bastante activa en la que comenta que tiene muchos amigos, aparenta ser muy sociable y manifiesta una gran simpatía cuando habla de ellos, pero su labilidad emocional hace que a veces no le perduren o que se distancie de ellos. Dice que se siente muy sola por lo que se podría inferir que sus amistades no son significativas. Como menciona Oldham (2004) los pacientes con desregulación emocional poseen una afección sumamente incapacitante, sufriendo enormemente y sintiéndose incompletos sin un núcleo sólido, carente de un conjunto de valores personales fuertemente arraigados. 33

### **5.3. Descripción de la sintomatología de la paciente al inicio del tratamiento en la Fundación .**

De las entrevistas con su psicoterapeuta, acerca de su historia clínica, se pudieron obtener los siguientes datos con respecto a su sintomatología inicial:

El motivo de consulta es una tristeza continua que la lleva a estar todo el día en la cama, debido a que su psiquiatra le acababa de diagnosticar trastorno bipolar tipo II. Permanecía todo el día en su casa, excepto por las noches, debido a que su trabajo la llevaba a salir muchas noches en la semana. En las salidas nocturnas, tomaba alcohol en cantidad y consumía cocaína, no diariamente sino asociado a un consumo de tipo social, ya que manifestaba que podía estar más de dos semanas sin consumir. Aquí se puede observar lo que evidencia la teoría, según Zimmerman y Mattia (1999) donde resaltan la importancia de realizar evaluaciones exhaustivas a fin de no pasar por alto síndromes que se superponen en el paciente y que responden a tratamiento, como en este caso sería el consumo de sustancias y alcohol.

Comienza el tratamiento con una historia de episodios depresivos especialmente en invierno, aunque nunca tan fuertes como el último episodio que la llevó a consultar por pedido de su médico psiquiatra. Aunque hubo un retraso en la detección de su trastorno, la edad de inicio de los síntomas y su primera consulta fue en la adolescencia.

Su tratamiento farmacológico al inicio de la terapia era con Litio y un antidepresivo. Se hacía periódicamente controles de litemia indicados por su psiquiatra.

Si bien, la evaluada no manifestaba conductas que atentaban contra su vida, ya que nunca intentó suicidarse, no tuvo plan, ni ideación suicida, como así tampoco autolesiones, presentaba muchas conductas que sí atentaban contra su calidad de vida; consumiendo alcohol en cantidad, cocaína y sexo sin control ni protección. Aquí podemos corroborar con la teoría, en la cual Gunderson et al. (2006) hace una clara diferenciación entre el trastorno bipolar y el TLP con respecto a los síntomas, donde episodios prolongados de euforia, labilidad emocional y manía, se estaría tratando de un trastorno bipolar. En cambio, repetidas explosiones de ira, intentos de suicidio y actos de autoagresión deliberada apuntarían hacia el TLP. Aunque, por otro lado, Black et al., (2004) sostienen que las conductas autolesivas, pueden adquirir diversas formas, tales como la ingesta de drogas y alcohol. 34

Un componente que le ocasionaba muchas dificultades a nivel de sus relaciones interpersonales es la presencia de una marcada labilidad emocional, muy común en pacientes bipolares y en trastornos de personalidad, especialmente los del Cluster B.

Al momento del inicio de la terapia, la evaluada vivía inmersa en situaciones caóticas manifestando una gran inestabilidad emocional, lo que le provocaba llevar una vida muy inestable. Sus trabajos fueron siempre temporarios e inició varios estudios pero siempre fueron interrumpidos. Estudió Antropología, pero dejó hace más de cuatro años porque según comentó los estudios la deprimían. Su reducida y conflictiva red familiar y social, sumado a sus alteraciones en el estado de ánimo, no ayudaron a la paciente a poder llevar una vida más organizada. Una característica básica compartida entre el TB y el TLP según mencionan Sripada y Silk (2007) es la desregulación emocional, experimentando las emociones y los estados de ánimo de manera muy intensa y en donde la situación a veces no lo amerita.

Su terapeuta cuenta, que al inicio del tratamiento las sesiones eran muy difíciles, ofreciendo una gran resistencia en comprometerse a dejar de consumir.

Dormía dieciocho horas por día, la casa estaba totalmente desordenada, sus cosas tiradas, no se lavaba la ropa. Presentaba una tendencia a la acumulación, no quería tirar nada, porque le hacía mal, ya que todo era parte de su historia y no se podía desprender de nada, aquí se puede observar en estas conductas un rasgo obsesivo compulsivo en la paciente.

La evaluada es una joven que intentó muchos tratamientos con diferentes terapeutas, pero siempre los abandonaba por decir que eran deprimentes.

#### **5.4. Descripción de la evolución de la sintomatología de la paciente a lo largo del tratamiento.**

De las entrevistas con su psicoterapeuta, acerca de su historia clínica, se pudieron obtener los siguientes datos con respecto a la evolución de su sintomatología a lo largo del tratamiento:

Al comenzar el tratamiento en la Fundación, la paciente estaba pasando por un cuadro depresivo muy profundo, al enterarse de su diagnóstico, por lo que la evaluada comenzó a estar sumamente irritable, especialmente con su madre, gritándole todo el tiempo. Debido a esta actitud, la madre decide hacer un ajuste en la ayuda 35

económica que le estaba ofreciendo, si bien la evaluada vivía sola, dependía económicamente de su madre casi totalmente. La decisión de su madre la enfurece, por lo que decide no ir a verla, estuvieron tres meses sin verse. Comenta que su madre, nunca la aceptó a ella tal cual es y que no tolera que sea lo opuesto a ella. Agrega que a su madre le molesta su tono de voz, la manera en la que habla, como se viste, todo, etc. Su terapeuta individual, le propone empezar el grupo en entrenamiento en habilidades, no se niega, pero comienza a faltar a los mismos. Luego comenzó a ir, pero no se sentía muy cómoda y le dijo a su terapeuta que no iba a ir más, por lo que lo abandona. Según Linehan (2011) el entrenamiento en habilidades es fundamental, y enfatiza que aunque los pacientes nunca quieren integrarse en un grupo, el mismo tiene mucho para ofrecerles, más que cualquier otra terapia individual.

Al mes de tratamiento, la terapeuta habla de límites personales con ella, es un tema muy importante en DBT, debido a que el tipo de demandas de pacientes graves es muy diferente. En uno de los puntos le anuncia que va a citar a su madre, ya que es la que le paga el tratamiento, la evaluada le pide que espere dos semanas más para llamarla. Finalmente, aceptó que la madre vaya a una entrevista y la misma se llevó a cabo, para mantener a la madre al tanto de la sintomatología depresiva de su hija. Le comentó que iba a comenzar a activarla conductualmente, para que la madre esté al tanto del tratamiento.

Empezaron a intentar la activación conductual, comenzó a estar menos tiempo en la cama, decidió hacer un curso . Consiguió un trabajo, aunque debido a que este tipo de trabajo requería de muchas salidas nocturnas, no pudo mantener el compromiso de abstinencia. Comenzó a faltar a las consultas, llamaba para posponer los encuentros debido a que eran trabajos muy intensivos y demandantes durante 15 días y después disminuía la actividad laboral nuevamente. Por tal motivo, la terapeuta se mostraba muy comprensiva y permeable a sus ausencias por no considerarlas de carácter evitativo particularmente en esta situación.

La evaluada manifestaba serias dificultades en organizar su conducta para generar un trabajo estable y así tener autonomía económica y no depender de su madre para que la mantenga. Sin embargo, con respecto al consumo de alcohol y cocaína evolucionó significativamente. Con respecto a sus relaciones sexuales, mejoró en cuanto a la intensidad de sus relaciones casuales aunque continuaba manteniendo relaciones sin protección. La terapeuta hablaba con ella sobre la importancia del cuidado en sus 36

relaciones sexuales. De todas maneras, al poco tiempo, queda embarazada y tuvo un aborto.

Comienza a controlar la ingesta en sus alimentos, ya que aumentó unos 10 kilos, refiere atracones, por lo que decide comenzar a consumir cocaína que le quita el apetito y además le levanta el estado de ánimo para poder ordenar su casa. Comenta que está muy desordenada y que le da vergüenza que sus amigos vean su casa de esa manera. Por ello, Lieb et al. (2004) mencionan como un paciente puede cumplir criterios para más de un trastorno, especialmente tanto en el TB como el TLP manifiestan una fuerte tendencia a presentar comorbilidad con Trastornos alimenticios.

Su psiquiatra hace un cambio en su medicación, continúa con el antidepresivo, le agrega una benzodiacepina, *Rivotril*, y le cambia el antirrecurrential reemplazando el Litio por Lamotrigina. Según estudios en farmacología, la Lamotrigina actúa mejor en tratamientos bipolares con predominio a trastorno depresivo, como es el caso de la evaluada. Además, volviendo a la teoría, como sostiene Vieta y Rosa (2007), (como se citó en Kapczinski et al., 2009) la respuesta al Litio es probablemente mayor en las primeras fases de la enfermedad y luego disminuye con el creciente número de episodios.

Comienza el gimnasio, aunque comenta que aún le cuesta organizar su día, por lo que a veces decide tomar alcohol por las mañanas.

Luego de unas semanas, refiere mejoras, aunque continúa con el consumo de cocaína y con sus relaciones sexuales, por lo que aclara que solo las tiene con chicos conocidos y con protección. Menciona que no va a estar íntimamente con nadie que no conozca de antes porque continúa excedida de peso.

La terapeuta, decide realizar una nueva entrevista con la madre, para mantenerla al tanto acerca de las dificultades de su hija por mantener conductas que la ayuden a organizarse en al día a día a pesar de los intentos por lograrlo.

La madre, en el encuentro le comenta a la terapeuta, que la evaluada deja de ver a su papá entre los 10 y los 11 años. Hace hincapié nuevamente en las características violentas de su ex marido en aquellos tiempos y hace referencia a que las conductas violentas de su hija, los gritos que tiene para con ella y su permanente irritabilidad le hacen recordar mucho a las conductas de su ex marido en aquellos tiempos. Según Cheavens et al., (2005) estar expuesto a un ambiente invalidante, es la principal causa ambiental en pacientes con desregulación emocional. 37

Según la terapeuta, la madre de su paciente, atribuye todo a su ex marido y a su hija, sin poder encontrar en ella ningún rasgo de preocupación por ayudar a su hija, acompañarla y darle afecto que es lo que la paciente más necesita. Además si se recuerda la historia familiar de las enfermedades mentales de la evaluada, en la familia materna hubo varios casos de suicidio y tanto la abuela como la madre presentan trastornos mentales, con una alta probabilidad de que también ambos se traten de trastornos bipolares. Como mencionan Henry et al., (2001) investigaciones sugieren que estos trastornos se co-transmiten en las familias.

Luego comienza una fase hipomaniaca, consigue un nuevo trabajo y va nuevamente menos a consulta. Pasan 11 días sin lograr acordar una sesión. Una vez que se lleva a cabo el encuentro con la terapeuta, le comenta que vuelve a consumir cocaína, que se siente muy mal porque no puede bajar el ritmo y que aumenta la dosis de Rivotril para poder bajar un poco su nivel de excitación. Tuvo en algunas oportunidades, relaciones aisladas con mujeres, producto del descontrol que le ocasionaba el episodio hipomaniaco. Su médico psiquiatra, le suspende el antidepresivo debido a un switch maniaco, producto de la medicación. Al cabo de unas sesiones, le incorpora a la farmacoterapia un antipsicótico atípico *Quetiapina*. Volviendo a la teoría, Nickel et al., (2006) señalan que diversos estudios han demostrado la eficacia del uso de antipsicóticos atípicos en pacientes con desregulación emocional.

La terapeuta de la evaluada tenía una comunicación muy fluida con el psiquiatra a pesar de no ser miembro de la institución. Por lo que acuerdan que la evaluada debe comenzar a registrar las consecuencias de sus actos.

El vínculo con su madre se deterioraba día a día, la paciente cada vez tenía más peleas con ella. En sesión buscaba la aprobación de la terapeuta y el aval con respecto a las calificaciones que tenía para con su madre. Si bien, la terapeuta tenía muy en claro las peculiaridades de su madre, intentaba validarla sin por ello descalificar a su madre. Como señala Linehan (1993) la característica más importante de DBT es el énfasis en la dialéctica. La aceptación de los pacientes tal como son, es la dialéctica fundamental.

La terapeuta decide citar una vez más a la madre para proponerle que realice en la Fundación, el grupo de padres que iba a comenzar en unos meses. La madre le comenta que le tiene miedo a su hija porque es igual a su padre. Comienza el grupo, pero al cabo de unas semanas lo abandona, ya que dice que ella ya sabe todo lo que dicen en el mismo y que no le ayuda para nada en la relación con su hija. 38



La terapeuta comenta, que siempre le llamó la atención de las entrevistas con la madre, la manera en que se expresa cuando habla de su hija, refiriéndose a ella como si fuera un monstruo horrible, como si se tratara de una persona impresentable y sumamente desagradable, y que no coincide la descripción de la madre con la imagen que ella tiene de su paciente. Volviendo a Cheavens et al., (2005), la crítica parental recibida, es un tipo de invalidación que ha demostrado tener muy mal pronóstico en la evolución de este tipo de pacientes.

Queda embarazada nuevamente de un amigo. Estaba en un estado de gran ambivalencia, debido a que no sabía si quería tenerlo o no. Finalmente decide no tenerlo .

Cambia de psiquiatra, debido a que su médico estaba atravesando un serio problema de salud, el profesional actual pertenecía al mismo equipo de su psiquiatra anterior. En el mismo mes, manifiesta un nuevo episodio hipomaniaco, ella misma reconocía el comienzo de sus episodios y sus síntomas y los diferenciaba de un estado a otro. Como mencionan Henry et al., (2001) los pacientes con trastorno bipolar tipo II manifiestan labilidad afectiva entre la eutimia y la depresión o entre la depresión y la euforia.

Decide empezar un otro curso de navegación, el cual pudo sostenerlo, pero no pudo rendir los exámenes finales por un tema de concentración, ya que presenta un nivel muy elevado de dispersión.

Hubo una fuerte discusión en sesión con su psicóloga y se retiró de la misma antes de que finalice el horario. A la semana siguiente se presentó y habló de lo sucedido con la terapeuta. Reconoció que a veces hay temas que la enojan y no quiere hablarlos, entonces los evita, por eso al no poder mantener la conversación por el nivel de enojo que tenía decidió retirarse de la misma, aunque admitió sentirse mucho peor después de esa conducta evitativa. Volviendo a la teoría, Cheavens et al., (2005) mencionan que la evitación emocional, ha demostrado ser una forma problemática de regular las emociones, la cual exagera la desregulación emocional para aquellos que buscan el alivio de las emociones intensas, ocasionando un efecto rebote, como le sucedió a la evaluada en esta situación y en tantas otras.

La terapeuta, empezó a plantearle nuevamente la importancia de que empezara en el grupo de entrenamiento en habilidades. Esta vez acepta, comienza el grupo en el mes de aunque un poco resistente. Al principio no quería seguir yendo, estaba muy inestable anímicamente pero esta vez no lo abandonó a pesar de su desgano. 39

Quiere comenzar nuevamente con la búsqueda de trabajo, comenta que tiene que revisar su curriculum para poder mandarlo a distintas lugares y conseguir trabajo . Le cuesta mucho organizarse, entonces vuelve a consumir drogas para poder activarse y así conseguir su objetivo de rearmar su curriculum.

El desorden de su casa crecía día a día, a tal punto que le perjudicaba en las relaciones con sus pares, debido a que al estar tan sucio y desordenado, nadie iba a visitarla. La terapeuta le ofrece ir a su casa para ayudarla con el orden, así de esta manera la activa conductualmente sin que para ello tenga que recurrir a la cocaína nuevamente. Logra hacerlo sola, juntó ropa para regalar, comenta que estuvo tentada de consumir, pero pudo decir no. También pudo poner un poco de orden en su casa, a pesar de la ansiedad que le trae tirar cosas. Aunque alcanzó un logro muy importante, continuó muy ambivalente y ansiosa al enfrentarse a diferentes situaciones.

Un aspecto positivo con respecto a su madre fue el haber bajado el nivel de queja hacia ella, disminuyendo en su discurso las culpas que le atribuía a su madre con respecto a todo lo malo que le pasaba. Por lo que pudo observarse la presencia de un relato con mayor autonomía. Usualmente según Oldham (2004) este tipo de pacientes se convierten en sujetos irracionales donde encuentran defectos en todo el mundo. Por lo tanto, se considera un gran logro en la paciente el haber podido modificar su discurso externalizador.

Empieza a mejorar y estabilizar su ánimo, manifiesta mayor adherencia y compromiso al grupo, le gusta ir. Logra frenar un poco más sus impulsos, especialmente en la relación con su madre, disminuyendo las agresiones hacia ella. Comienza a poner nombre a sus emociones, diferenciándolas, aceptando tanto sus buenos como malos momentos. En cuanto a sus relaciones interpersonales también se la ve más segura y menos impulsiva cuando algo no le gusta de ellos. Manifiesta en sesión que no quiere tomar más cocaína porque después se pone muy mal, triste y le trae un bajón que finalmente le trae muchas más dificultades que beneficios. Aunque reconoce que es un tema muy difícil para ella abstenerse de consumir ocasionalmente para obtener alguna meta. El entrenamiento en habilidades, seguramente habrá influido en algunos cambios positivos observados en la evaluada, ya que Linehan (2011) enfatiza que los pacientes pueden interactuar con otra gente como ellos y la validación resultante suele ser muy terapéutica.

A pesar de esto, en un mes mas tarde estuvo muy inestable, consumió cocaína nuevamente. Tuvo un episodio con el portero del edificio donde vive, comenta que 40



alguien le pisó su bicicleta, entonces ella rayó el ascensor y le pegó una patada al espejo, dijo que prefería que piensen que es loca así la respetan.

Comenzó un trabajo nuevo que no la favoreció, se la veía muy nerviosa, alterada y con una labilidad emocional muy marcada, quejándose del jefe permanentemente, y de las tareas que tenía que llevar a cabo. Quiso tatuarse y platinarse el pelo, pero no estaba segura, lo consultó en sesión y también lo llevó al grupo. Comenzó a poder observarse a sí misma, detectando sus momentos de mayor impulsividad y así poder parar y decir no, como en este caso que finalmente decidió no hacerlo. Finaliza el trabajo temporario y nuevamente queda desocupada. Según Linehan (2011) los pacientes en un grupo tienen la oportunidad de aprender los unos de los otros.

Llega su cumpleaños, la madre quería hacerle una gran fiesta y ella lo había aceptado para no contradecirla, pero sinceramente no deseaba esa fiesta y no sabía cómo decírselo a su madre para que no se sintiera mal. Lo trabajó en sesión y también en el grupo. Finalmente, se animó a hablar con la madre y acordaron no hacer esa fiesta, su madre fue a verla el día de su cumpleaños.

Un tema crucial en la vida de la paciente es su consumo de cocaína, además su inestabilidad laboral no favorece en el cambio de esta conducta problema, ya que no colabora con su estabilidad emocional y no le permite llevar una vida medianamente ordenada. Otro punto importante es que se relaciona con los hombres para obtener exclusivamente contacto sexual, una pareja que la quiera y la contenga la ayudaría a estabilizarse emocionalmente.

Observando lo recabado con respecto a la evolución de su sintomatología a lo largo del tratamiento, se puede evidenciar momentos de importantes logros, como así también momentos de retrocesos, debido a sus alteraciones anímicas derivadas tanto de su vulnerabilidad biológica como así también de un ambiente invalidante que no puede omitirse.

#### **5.5. Descripción y análisis de la evolución de la paciente en el grupo de entrenamiento en habilidades de pacientes con desregulación emocional.**

La siguiente descripción y análisis fueron obtenidos de la observación participante al entrenamiento en habilidades de pacientes con desregulación emocional.

La evaluada comenzó el grupo de entrenamiento en habilidades en dos oportunidades. La primera fue al comienzo de su tratamiento individual en la 41

institución, el cual lo abandona al cabo de pocas sesiones, haciendo referencia a la gran incomodidad que le provocaba asistir al mismo. El segundo momento, si bien al comienzo ofreció resistencia según su terapeuta, finalmente lo aceptó, incluso pudiendo obtener importantes avances a través del mismo.

. Casualmente la terapeuta en entrenamiento en habilidades, era la misma terapeuta individual de la paciente. Es válido aclararlo, ya que generalmente esto no se da así. Por el contrario, Linehan (2011) plantea que es favorable que el entrenamiento se lleve a cabo por otro profesional y de no ser posible, por lo menos intentar cambiar el contexto de una de las sesiones.

De la observación, se evidencia un avance significativo con respecto a los síntomas de la paciente, evidenciando nuevos logros y mayor estabilidad en sus emociones. Demostraba un gran interés en las fichas del módulo de *Conciencia Plena*, que como ya se mencionó en la teoría Linehan (2011) comenta que son las primeras en ser enseñadas y las únicas que se trabajan durante todo el año y se revisan al inicio de cada módulo, debido a la importancia que tiene para estos pacientes practicar estar en el aquí y ahora de sus realidades y emociones. Como una dificultad constante de la evaluada es poder concentrarse en diversas actividades y así de esta manera poder cumplir sus metas, dichas actividades la ayudaron a centrarse en la mente sabia, observando diferentes situaciones e incluso pensamientos, diferenciándolos de hechos concretos, porque si bien para el conductismo los pensamientos también son conducta es importante lograr diferenciarlos de un suceso real. Logró observar, describir e incluso participar en diferentes ocasiones sin juzgar los acontecimientos. La evaluada mencionó en varias oportunidades, por qué no había iniciado antes el grupo, por lo que se pudo apreciar que las actividades en el mismo le estaban resultando efectivas.

Por otra parte, logró gradualmente ir responsabilizándose con el horario y con las tareas que semana a semana tenían que llevar al grupo para exponer en la primera parte del entrenamiento. Todas las semanas, llegaba con una sonrisa y haciendo algún comentario anecdótico. Estaba siempre muy atenta al segundo momento del taller, donde la terapeuta explicaba los conceptos de la ficha perteneciente a uno de los módulos. Ya que de esa explicación, después debían hacer la tarea para la semana siguiente. Tenía un rol sumamente protagónico, mostrándose histriónica y muy activa 42

en el grupo. Sus aportes eran tenidos en cuenta resultando ser muy beneficiosos y ejemplificadores para sus compañeras por lo que ayudó a alcanzar una empatía muy positiva en el grupo.

Tuvo una recaída, evidenciando un episodio hipomaniaco. Con respecto al grupo, pudo observarse que estaba un poco más irritable y externalizadora. Comenzó a faltar, yendo a los encuentros alternadamente cada 15 días o llegando tarde al segundo bloque del mismo, quizás como una manera de evitar exponerse y no comentar la tarea, ya que el primer bloque era el momento de mayor intercambio con sus compañeras. Un día en el grupo comenta que quiere platinarse y tatuarse, sus compañeras se sorprenden por lo que no la estimularon mucho para el cambio. Lo que se pudo observar en este episodio como algo muy positivo fue la actitud de ella. Escuchó a sus pares y a la terapeuta, pudiendo observar sus impulsos y dominarlos. Tomarse un tiempo antes de definir hacer algo que muchas veces no tendrá vuelta atrás, como es el caso del tatuaje por ejemplo.

Del trabajo de observación participante, tomando en cuenta la sintomatología de la paciente al momento de inicio del tratamiento en la Fundación hasta el momento, pudo apreciarse un mejorable y significativo cambio en la evolución de la evaluada. El cual sin lugar a dudas, fue más marcado en estos últimos meses, coincidiendo y no casualmente con el comienzo del entrenamiento en habilidades por parte de la evaluada. En las tareas de *efectividad interpersonal*, logró focalizar hechos que desencadenaron problemas especialmente en el vínculo con su madre, pudiendo plantearse objetivos y hablar los problemas que la aquejaban, estableciendo anticipadamente no hacer sentir mal a la otra persona, manteniendo a la vez el auto-respeto. Pudo darse cuenta además, que si bien en la relación con su madre manifiesta una actitud demandante y en donde le pide mucho todo el tiempo, en las demás relaciones no sabe decir no, debido al temor que siente de quedarse sola. Esto le provoca un malestar posterior, ya que la conduce a estar en situaciones no deseadas. Por lo tanto, pudo trabajar en el grupo tanto el pedir menos, como así también el poder decir no, graduando las intensidades tanto en los pedidos como en las afirmaciones o negaciones. Volviendo a la teoría según menciona Linehan (2011) las pautas de respuesta interpersonal que enseña la formación de habilidades, incluyen estrategias efectivas para pedir lo que uno necesita, para decir no, y para manejar un conflicto interpersonal. En cuanto a las tareas de *regulación emocional*, por ejemplo, la joven hizo registros de sus emociones difíciles, nombrándolas y chequeando el nivel de 43

intensidad de 0 a 100. Se le proponía en el grupo, intentar cambiarlas por otra emoción más adaptativa y chequear en ambas los pros y contras. Por ejemplo, manifestó como una de las emociones difíciles, la ira. Como pros, comentó que expresándola podía luego bajar su intensidad en su ansiedad y aceleración, y como contra, mencionó que las personas se alejaban de ella debido a los conflictos que su explosiva reacción provocaba en los otros. Esta actividad la ayudó para pensar antes de reaccionar de forma tan impulsiva, ya que detectaba que le traía más dificultades que beneficios en sus relaciones con los demás. Según Linehan (2011) los individuos con desregulación emocional, tienen sus emociones muy intensas y variables. Frecuentemente se encuentran enfadados, frustrados, deprimidos y ansiosos. Por lo tanto, la dificultad en regular las emociones dolorosas, genera problemas conductuales en el sujeto. Por último, en las tareas de *tolerancia al malestar*, trabajó en *Aceptación Radical*, por ejemplo, en una de las actividades, hizo dos listas de tres cosas muy importantes en la primera, y tres cosas menos importantes en la segunda, con respecto a su vida que necesitaba aceptar radicalmente. Esta actividad, la ayudó a ser más flexible tanto en sus pensamientos como en las relaciones con los demás, proponiéndose cambios en su vida sin depender de si otro estaba ahí o no. Aceptar que su madre estaba, pero no de la manera que ella necesitaba, fue una aceptación dura, pero que a la vez resultó ser muy movilizante y enriquecedora para la joven, impulsándola a llevar a cabo nuevos cambios para su vida. Como plantea Linehan (2011) las habilidades para tolerar el malestar, tienen que ver con la capacidad para aceptar, de una manera no evaluativa ni enjuiciadora, a uno mismo, y a la situación actual. Esto no significa que aprobemos todas las situaciones, es necesario distinguir claramente que aceptar la realidad no equivale a la aprobación de la misma.

Con respecto a la entrevista con su terapeuta, la misma considera que si bien la evaluada alcanzó importantes logros en el entrenamiento en habilidades, la recursiva inestabilidad de la paciente, la cual a su vez propicia que no pueda mantener una regularidad que el mismo entrenamiento exige, hace difícil poder dar un pronóstico favorable. La única forma de poder obtener resultados en DBT es haciendo exactamente DBT y no otra cosa, por lo que el entrenamiento en habilidades es una parte fundamental en la terapia, la cual no se puede obviar, ya que se perdería la esencia misma de la Terapia Dialéctico Comportamental. 44



## **5.6. Evaluación y análisis de la batería administrada a la paciente a fin de corroborar si se mantiene o no el diagnóstico de inicio del tratamiento.**

De los instrumentos utilizados y las entrevistas implementadas se detecta una patología, principalmente perteneciente a los trastornos del estado de ánimo. Según la clasificación del DSM-IV se trata de un trastorno bipolar II con ciclado rápido. Aunado a antecedentes familiares con un miembro de primer grado con trastorno bipolar.

De la Entrevista MINI se detectaron varios episodios hipomaníacos y depresivos con ciclado rápido, durante por lo menos, los últimos 5 años. Sus cuadros depresivos se manifiestan con patrón estacional, preferentemente en invierno. Actualmente la paciente se encuentra eutímica, siendo el último episodio de carácter hipomaníaco. Asimismo cumple criterio para trastorno alimentario de Bulimia Nerviosa y Abuso de Sustancias (sin dependencia) al menos en el último año. Dicha conducta se asocia a períodos hipomaníacos para lograr modificar el estado de ánimo. Como plantea Dunner (2003) los datos epidemiológicos han demostrado que pacientes con trastorno bipolar han manifestado además la presencia de diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias en mayor proporción en comparación con otros trastornos, elevándose el consumo considerablemente en los episodios hipomaníacos. Por otro parte, según Perugi Y Akiskal, (2002) el consumo de alcohol y sustancias en pacientes con labilidad emocional, pueden tener mucho en común con el trastorno bipolar tipo II, especialmente cuando los cambios de humor persisten a la desintoxicación.

Del cribado para bipolaridad muestra alta probabilidad de que se trate de un trastorno bipolar: puntúa positivo para los criterios del espectro bipolar del ánimo (Gahemi). Manifiesta además una alta probabilidad de ser un trastorno bipolar en concreto, obteniendo el puntaje máximo (25, del BSDS)\*. A partir de 13 se considera diagnóstico positivo moderado y de 20 a 25, evidencia una alta probabilidad de presentar el diagnóstico. Para los trastornos del ánimo en general obtuvo un puntaje alto (14, del MDQ)\*, puntuación = ó > a 7 se considera positivo para trastornos del ánimo. Presentando además un alto índice de bipolaridad (85, del BI)\*. Las puntuaciones del mismo oscilan del 0 al 100.

Con respecto a las características del ánimo, se evaluó su estado de ánimo a lo largo de su vida en 4 áreas: ánimo, energía, cognición y ritmicidad. Los resultados 45

mostraron elevados puntajes en síntomas depresivos y maníacos, en el área del ánimo, de la cognición y de la energía. El puntaje total arrojó (101, del MOODS-SR)\*, puntuación elevada, indicando gravedad de un trastorno afectivo, ya que la suma de los puntajes de los distintos dominios va de 0 a 154. Con respecto a los resultados de los síntomas depresivos y maníacos por separado, depresión arrojó un puntaje total de 40\* y manía un puntaje total de 45\*. Esto apoya la hipótesis de la presencia de un trastorno de espectro bipolar a lo largo de su vida. Por su parte, Dunner (2003) enfatiza en la importancia del reconocimiento del espectro amplio de los trastornos bipolares y considera que su tratamiento adecuado es de suma importancia, debido a que dicho trastorno exige una elevada carga personal y social. Además, como menciona Perugi y Akiskal (2002), la literatura es unánime en el apoyo en la idea de que pacientes deprimidos que experimentan hipomanía durante el tratamiento con antidepresivos pertenecen al espectro bipolar, tal como sucedió en el caso de la joven evaluada.

Con respecto al temperamento, se puede evidenciar en el temperamento afectivo en general un puntaje alto (69, del TEMPS-A)\* y en el temperamento ciclotímico 18\*, hipertímico 17\*, e irritable 15\* en particular. El temperamento ciclotímico e irritable ha demostrado en diversos estudios ser elevado en personas con trastornos bipolares. Por ende, puntajes altos en el temperamento muestran el nivel de desregulación afectiva y de la probabilidad de que la persona padezca trastornos del ánimo. Es importante evaluar la gravedad del temperamento afectivo, particularmente el hipertímico y el irritable como predictor de un posible episodio afectivo. Aunque volviendo a la teoría, Vázquez et al., (2010) enfatizan la importancia de la presencia de temperamento hipertímico en pacientes bipolares, por presentar menor ideación suicida en comparación con pacientes bipolares con rasgos no hipertímicos. Este hallazgo rescata el valor de la hipertimia y apoya la hipótesis de que este temperamento afectivo en particular cumpliría la función de factor protector del suicidio, como en el caso de la paciente que puntúa alto en hipertimia y nunca ha manifestado a lo largo de su tratamiento ideación suicida.

Con respecto al eje II del DM- IV, tanto de los instrumentos autoaplicados como de los heteroaplicados, se evidencia el cumplimiento de algunos criterios de los trastornos de la personalidad pertenecientes al cluster B en fase subsindrómica, lo que indica que no alcanza a cumplir el grado de severidad para considerarlos un trastorno de 46

la personalidad. Los que mostraron mayor puntuación fueron particularmente, el histriónico 8\*, límite 6\*, dependiente 6\* y narcisista 6.

. Puntuaciones de las escalas administradas a la paciente.

En la Tabla 1 se resumen los resultados obtenidos de la batería administrada.

Tabla 1. Resultados de los instrumentos utilizados. Instrumentos	Puntuaciones	Observaciones
Criterios de Gahemi	Positivo	Cumple con criterios del espectro Bipolar
BSDS	25	Puntaje máximo, alta probabilidad de presentar diagnóstico de bipolaridad.
MDQ	14	Puntúa positivo para los trastornos del ánimo en general.
BI	85	Elevado índice de bipolaridad
MOODS-SR (Total)	101	Puntuación elevada para las características del ánimo en general.
♦ Depresión	Total: 40	
	18	
Cognición	7	En la depresión y en la manía presenta puntuaciones elevadas, mayor probabilidad de que se trate de un trastorno bipolar.
Ánimo	15	
Energía	Total: 45	
♦ Manía	23	
	9	
Cognición	15	
Ánimo	21	
Energía		
♦ Ritmicidad		

TEMPS-A (Total)	69	Puntaje alto en el
♦ Temperamento	9	temperamento en
Distímico	18	general.
♦ Temperamento	17	Específicamente en
ciclotímico	15	temperamento:
♦ Temperamento	10	ciclotímico, hipertímico e
hipertímico		irritable.
♦ Temperamento irritable		
♦ temperamento ansioso		
IPDE	8	Se evidencian algunas
♦ Histriónico	6	características
♦ Narcisista	6	subsindrómicas de la
♦ Límite	6	personalidad, sin cumplir
♦ Dependiente		criterios para algún
		trastorno.

A pesar de que la joven manifiesta características marcadas para trastorno límite de la personalidad, según criterio DSM-IV, los rasgos de la personalidad parecen estar asociados al episodio del ánimo. Los cuales pueden ser vistos como síntomas asociados al trastorno bipolar. Según Sripada y Silk (2007) una característica básica compartida entre el trastorno límite y el trastorno bipolar es la desregulación emocional, incluyendo la inestabilidad afectiva, experimentando las emociones y los estados de ánimo de manera muy intensa.

En la evaluada, el sentimiento de vacío, desgano y dependencia se presentarían más marcados durante un episodio depresivo; la impulsividad, la irritabilidad y el abuso de sustancias en episodios hipomaniacos. Sería recomendable enseñar a la paciente a monitorear estas características cuando su ánimo se encuentre en estado de vulnerabilidad. De este modo, se podrá identificar si las características de TLP son síntomas respondientes al episodio afectivo más que a rasgos permanentes de la 48

personalidad. Volviendo a la teoría, partidarios de un constructo de desorden de bipolaridad ampliado, creen que la labilidad afectiva y las características de comportamiento impulsivo en pacientes con desorden de personalidad límite deberían ser reconceptualizadas y reclasificadas dentro del espectro bipolar (Akiskal, 2002).

## **6. CONCLUSIONES**

Mediante el presente trabajo, se llevó a cabo en primer lugar una descripción de la sintomatología de una paciente al momento del inicio de tratamiento en una Fundación. La joven presentaba diagnóstico de Trastorno Bipolar II. Posteriormente se realizó un registro de la evolución de la paciente en cuanto a su sintomatología con respecto a sus dos años de Terapia Dialéctica Comportamental, tanto de las sesiones individuales, como así también del entrenamiento de habilidades grupales que comenzó este último año.

Cabe destacar, la gran ayuda recibida por la terapeuta de la paciente, mostrándose siempre muy dispuesta a colaborar, ofreciendo el espacio y las condiciones necesarias tanto en la aceptación de brindar el caso de su paciente solicitado por la pasante, como así también en la ayuda de la compilación de los datos de la historia clínica de la joven. La profesional durante todo el proceso respondió a todos y cada uno de los inconvenientes e inquietudes resultantes del período de observación del tratamiento de la joven evaluada.

En cuanto al registro de la evolución del entrenamiento en habilidades, el mismo se fue llevando a cabo a través de una observación participante de cuatro meses en el grupo al que asistía la joven evaluada. Dicha observación, permitió ver la dinámica de una parte fundamental en este tipo de tratamientos, como así también las participaciones y los cambios de los integrantes del grupo y la manera en la que se vinculan tanto pares como profesionales. La posibilidad de estar en un grupo y ser una más de ellas, permitió concluir que este tipo de abordajes suelen ser muy eficaces para pacientes con dificultades en la regulación de sus emociones, lo que a su vez les provoca dificultades socio-vinculares muy intensas y conflictivas. Linehan (2011) menciona que normalmente el problema con las personas con desregulación emocional, es que existen creencias, así como respuestas emocionales incontrolables, que inhiben la aplicación de

las habilidades que ya posee la persona. Los problemas en la regulación de las emociones les impiden reducir la ira o la frustración crónica.

Por otra parte, se considera relevante destacar, la valoración positiva de la evaluada hacia su terapeuta, como así también hacia la terapia, tanto grupal como individual, revelada en diferentes oportunidades. Si bien la evaluada, recibió su diagnóstico en los últimos dos años, lleva a sus espaldas una historia de innumerables intentos inconclusos de diversos tratamientos.

Finalmente, se le administró una batería de evaluación multiaxial con el objetivo de determinar la probabilidad de que los síndromes de la paciente sean pertenecientes al espectro bipolar, y así de esta manera se estaría confirmando el diagnóstico inicial de la paciente, o por el contrario que estuvieran asociados a los trastornos de personalidad del eje II, especialmente al Límite, o incluso a una comorbilidad entre ambos. Fenómeno cada vez más usual y controvertido en la clínica de Salud Mental de pacientes graves. Según Henry et al., (2001) diversos estudios han reportado un alto grado de comorbilidad entre los trastornos bipolares y el trastorno límite, en algunos de ellos han comprobado que tanto el trastorno límite como el trastorno bipolar II ambos manifiestan labilidad afectiva, lo que puede explicar la eficacia de los estabilizadores del ánimo en los tratamientos para ambos trastornos.

La joven aceptó inmediatamente a realizar la batería, mostrándose muy entusiasmada. Además pudo observarse que la realizó con gran compromiso y responsabilidad. Es digno de mencionar, que la paciente logró cumplir siempre con los plazos en las entregas pautadas, como así también de los encuentros acordados para llevar a cabo las entrevistas de carácter estructural que requerían algunas escalas de la batería.

Los resultados obtenidos, parecerían confirmar fehacientemente el diagnóstico previo de trastorno bipolar II con ciclado rápido, además de la co-ocurrencia de otros trastornos del eje I que usualmente suelen manifestarse en pacientes bipolares, como lo son en este caso el Abuso de Sustancias y la Bulimia Nerviosa. Volviendo a la teoría, MacKinnon Y Pies (2006) descubrieron una serie de puntos de superposición fenomenológica entre la labilidad afectiva del trastorno límite y los ciclados rápidos de los trastornos bipolares. Encontrando comportamientos de base de estados de ánimo inestables en el trastorno límite, lo que podría echar luz sobre cómo las intervenciones psicológicas y somáticas deberían comenzar a dirigirse. 50

Como se pudo apreciar en la teoría al respecto de las actualizaciones de los trastornos bipolares, según Akiskal (2002) partidarios de un constructo de desorden de bipolaridad ampliado, apoyan la idea de que los síntomas del trastorno límite de desregulación emocional y labilidad afectiva que comparten con los trastornos bipolares, deberían ser ubicados y reconceptualizados dentro de un espectro amplio de bipolaridad, en vez de diagnosticar trastornos comorbidos, donde generalmente uno de ellos queda solapado y de esta manera no recibe el tratamiento indicado para su remisión o mejora de los síntomas. Como sostiene Goodman et al. (como se citó en Paris, 2010) las fronteras entre estado de ánimo y personalidad no son fáciles de definir, ya que los síntomas del estado de ánimo suelen estar presentes en desórdenes de la personalidad, y cambios en la personalidad de un sujeto pueden ser el resultado de un desorden del estado de ánimo. Sin embargo, sin anticiparse a determinar comorbilidad, a pesar de las marcadas características de personalidad límite detectadas en la paciente, las mismas parecerían estar asociadas al trastorno afectivo, más que a rasgos permanentes de la personalidad. Aunque, por otro lado, de la observación de la historia clínica y de la asistencia al grupo, la paciente siempre ha manifestado una gran labilidad emocional, criterio fundamental en el trastorno límite, además no se han detectado momentos específicos y claros de eutimia, ya que parecería que su impulsividad y desregulación formarían parte de rasgos en su personalidad, más allá de los marcados períodos de hipomanía que presenta la evaluada. Una limitación fundamental, es que aún no hay marcadores biológicos que definitivamente separen ambas condiciones. Tal como sostenía Skodol et al. (como se citó en Paris, 2010) usualmente se pensaba que la bipolaridad era un proceso episódico, mientras que los desórdenes de la personalidad eran crónicos, ahora se sabe que los trastornos del ánimo pueden ser crónicos y que los desórdenes de la personalidad tienen períodos de remisión.

Es importante aquí hacer una mención especial hacia la terapeuta encargada de las investigaciones y evaluaciones diagnósticas de la institución, debido no solo a la excelente disponibilidad, sino también al asesoramiento y material recibido tanto a lo largo de la pasantía en la recolección de datos, como así también en el proceso posterior de obtención de resultados.

A lo largo del desarrollo bibliográfico, se ha podido observar la complejidad tanto de los Trastornos bipolares como así también de los Trastornos de la Personalidad, 51



especialmente del Límite. Así como también cierta contradicción entre los autores en relación a los síntomas y a las denominaciones de los dos trastornos.

Varios profesionales, consideran que se deberían revisar ciertos aspectos de ambos, para poder alcanzar una comprensión más amplia del padecimiento y de los síntomas controvertidos de las personas que los sufren, y así de esta manera obtener mejores herramientas para poder alcanzar óptimos resultados.

Por otro lado, existe cierta escasez de instituciones formadas para el asesoramiento y atención de este tipo de pacientes tan dificultosos. Por esta razón, se considera importante que los profesionales puedan formarse en trastornos tan complejos como los mencionados.

El presente trabajo posee desde el inicio ciertas limitaciones, ya que al ser un caso único, las descripciones del mismo no conducen a obtener resultados con el fin de contribuir a mejoras o cambios tanto en la manera de diagnosticar como así también en el tratamiento terapéutico y farmacológico más eficaz para dichos trastornos.

Para futuras investigaciones, se consideraría necesario realizar estudios con una amplia población, con diferencias en cuanto a sexo, edades, herencia genética e incluso diversos tratamientos, que no fueron el objetivo de este trabajo y que sería importantísimo indagar.

Asimismo, también se podrían implementar nuevos instrumentos que arrojen una visión más clara y completa, con respecto a los síntomas y a los diagnósticos de los pacientes evaluados, siendo hoy en día una gran limitación que acarrea mucha incertidumbre tanto a pacientes como a profesionales.

Ahora bien, volviendo al desarrollo del trabajo, una limitación fundamental fue no haber tenido acceso al psiquiatra de la evaluada, debido a que no pertenecía a la institución. De haberse podido llevar a cabo una entrevista con el profesional, hubiera sido altamente productivo para poder obtener algunos datos en cuanto a fármacos, evolución de los síntomas, mejoras y efectos adversos asociados a los mismos, con mayor exactitud y especificidad.

Una limitación que no se puede obviar, con respecto al pronóstico del caso aquí expuesto, es fundamentalmente la escasa red familiar de la joven y la ausencia de contención por parte de la misma, sumado a una red social muy acotada y particular que propicia hábitos muy poco saludables para la recuperación de la joven.

Ante lo anteriormente expuesto, se considera que sería de gran utilidad para la paciente, poder abordar en su tratamiento la integración de sus aspectos salugénicos, 52



haciendo hincapié en sus virtudes y fortalezas con el objetivo de implementar estrategias tendientes a elevar su autoestima, autoeficacia e independencia y así de esta manera intentar disminuir sus aspectos más patológicos, controvertidos y oscuros, que alientan a que sus rasgos de impulsividad y labilidad emocional se expresen con mayor facilidad.

De todas maneras, para concluir, la Terapia Dialéctico Comportamental, parecería haber sido un eficiente y adecuado abordaje para tratar la problemática de la joven, más allá de su diagnóstico. Permitiéndole a la paciente, por un lado comenzar a reacomodar su caótica vida, especialmente luego de cada episodio agudo de enfermedad que la deja desorganizada y sin rumbo. Y por otro lado y no menos importante, ofreciéndole en momentos de remisión de los síntomas afectivos, donde sus características de impulsividad permanecen latentes, estrategias y habilidades que permitan a la joven, según menciona Linehan (2011) vivir una vida que valga la pena ser vivida.<sup>53</sup>

## 7. BIBLIOGRAFÍA

Akiskal H.S. (2002) The bipolar spectrum. The shaping of a new paradigm in psychiatry. *Curr Psychiatry Rep.* 4, 1–3.

American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D.D. (3ª ed.). (2010). *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad.* Barcelona: Paidós.

Benazzi, F. (2007). Bipolar disorder-focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Hecker Psychiatry Research Center.* 369, 935-945.

Berrocal, C., Ruiz Moreno, M., Merchán, P., Mansukhani, A., Rucci, P. & Cassano, G.B.(2006). The Mood Spectrum Self-Report: validation and adaptation into Spanish. *Depress Anxiety;* 23(4),220-235.

Black, D.W; Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in Borderline Personality Disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorders.* 18 (3), 248-256.

Cheavens, J.S., Rosenthal Zachary, M., Daughters, S.B., Nowak, J., Kosson, D, Lynch, T.R., et al. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: the role of thought. *Behaviour Research and Therapy* 43, 257–268.

Dunner, L.D., (2003). Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder. *Bipolar Disorders. Blackwell. Munksgaard.* 5, 456-463.

First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. & Benjamin, L. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM- IV (SCID-II).* Barcelona: Masson.

Fundación Foro. (s.f.). Formación, Asistencia, Prevención e Investigación en Salud Mental. Recuperado el 19 de Mayo de 2012. Disponible en: <http://www.fundacionforo.com>

Ghaemi, S.N., Miller, C.J, Berv, D.A., Klugman, J., Rosenquist K.J. & Pies, R.W. (2005). Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale. *Journal of Affective Disorders,* 84(2-3), 273-7.

Goldberg, J.F. & Garno, J.L. (2009). Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Journal compilation Blackwell Munksgaard. Bipolar Disorders* 11, 205-208. 54

- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C., Tracie Shea, M., et al. (2006). Descriptive and Longitudinal Observations on the relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 163, 1173-1178.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A.S., Harold, W., Koenigsberg, J. S. & Siever, L.J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*. 35, 307-312.
- Hirschfeld, R.M., Williams, J.B., Spitzer, R.L., Calabrese, J.R., Flynn, L., Keck, P.E. Jr, Lewis, L., McElroy, S.L., Post, R.M., Rappaport, D.J., Russell, J.M., Sachs, G.S. & Zajecka J.(2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*, 157(11), 1873-5.
- Kapczinski, F., Videira Dias, V., Kauer-Sant'Ana, M., Brietzke, E., Vázquez, G.H., Vieta, E., et al. ( 2009). The potential use of biomarkers as an asjunctive tool for staging bipolar disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. 33, 1366–1371.
- Lieb, K; Zanarini, M.C.; Schmahl, C.; Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*. 364, 453-461.
- Linehan, M. M.; Armstrong, H.E.; Suarez, A.; Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 48 (12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lineham, M.M. (5<sup>a</sup> ed.)(2011). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Loranger, A., Janca, A. & Santorius, N. (2007). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. New York: Cambridge University Press.
- Lynch, T. R. & Robins, C. J. (1997). Treatment of borderline personality disorder using Dialectical Behavior Therapy. *The Journal of The California Alliance for the Mentally III*, 8, 47-49. 55

- MacKinnon, D.F. & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorders: Blackwell Munksgaard*. 8, 1–14.
- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., et al. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality disorder. *Am J Psychiatry*. 166, 1365-1374.
- McQuillan, A., Nicastro, R., Guenot, F., Girard, M., Lissner, C. & Ferrero, F. (2005). Intensive Dialectical Behavior Therapy for Outpatients with Borderline Personality Disorder who are in crisis. *Psychiatric Services*. 56 2, 193-197.
- New, A.S., Hazlett, E.A., Buschsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S.A., Newmark, R. et al. (2007). Amygdala- Prefrontal Disconnection in Borderline Personality Disorder. *Neuropsychopharmacology. Nature Publishing Group*. 15, 1- 12.
- Nickel, M.K., Muehlbacher, M., Nickel, C., Kettler, C., Gil, F.P., Bachler, E. et al. (2006). Aripiprazole in the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. 163, 833-838.
- Oldham, J.M. (2004). Borderline Personality Disorder: The Treatment Dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*. 10 (3), 204-206.
- Paris, J. (2010). Editorial: Personality Disorders and Mood Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24 (1) 1-2.
- Perugi, G & Akiskal, H. S., (2002). The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol. And binge eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatric Clin N Am*. 25, 713-737.
- Sachs, G.S. (2004) Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scand Suppl*; (422), 7-17.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59 (20), 22-33. 56

- Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Sripada, CH. S., & Silk, K.R. (2007). The Role of Functional Neuroimaging in Exploring the Overlap Between Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 9, 40-45.
- Strejilevich, S. (2007) Impacto funcional de los Trastornos Bipolares: altibajos históricos frente a un problema clave funcional de los trastornos. *Revista de Trastornos del Ánimo* 3, 6-14.
- Swartz, H.A., Pilkonis, P.A., Frank, E., Proietti, J.M. & Scott, J. (2005). Acute treatment outcomes in patients with bipolar disorder and co-morbid borderline personality disorder receiving medication and psychotherapy. *Bipolar Disorders*. Blackwell Munksgaard. 7, 192-197.
- Ulrich, W., Priemer, E., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B. et al. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: a startle response study. *Journal of Psychiatric Research*. 39, 85-92.
- Van Dijk, S. (2009). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook for Bipolar Disorder*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Vázquez G.H & Akiskal H.S. (2005). Escala De Temperamento de Memphis, Pisa, París y San Diego –Versión Autoaplicada (TEMPS-A) [The temperament evaluation of the Memphis, Pisa, Paris, and San Diego autoquestionnaire, Argentine version (TEMPS-A BuenosAires)]. *Vertex, Rev Arg Psiquiatria*. 16, 89- 94.
- Vázquez, G.H., Gonda, X., Zaratiegui, R., Lorenzo, L.S., Akiskal, K. & Akiskal, H.S. (2010). Hyperthimic temperament may protect against suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders*. 127, 38-42.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F. R., Bradford Reich, D., Hennen, J. & Kenneth R. S. (2005). Adult experiences of abuse reported by Borderline patients and Axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193 (6), 412-416.
- Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Axis I Diagnostic Comorbidity and Borderline Personality Disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 40 (4) , 245-252.

