

**Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un Paciente con rasgos del
Trastorno de Personalidad Límite y Trastorno Afectivo-Bipolar**

Manuela Ruiz Arango

Aspirante al título de Magíster en Psicología

Universidad del Norte (Barranquilla)

Tutora: Ana María Arias Zuleta

Especialista y Magíster en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DEL NORTE DE BARRANQUILLA

DIVISIÓN DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

2018

Tabla de contenido

1. Información general del proyecto.	6
2. Introducción	9
3. Justificación.....	12
4. Área problemática	15
5. Objetivos	22
5.1 General.....	22
5.2 Específicos	22
6. Historia del caso	23
6.1 Información de identificación	23
6.2 Queja principal.....	23
6.3 Historia del problema actual	23
6.4 Historia psiquiátrica pasada	25
6.5 Historia social y personal.....	26
6.6 Historia médica	28
6.7 Revisión del estado mental	28
6.8 Genograma.....	28
6.9 Pruebas utilizadas y resultados	29
6.10 Impresión Diagnóstica	29
6.10.1 Diagnóstico del DSM 5	29
6.10.2 Diagnóstico del DSM IV	29
7. Formulación del caso	30
7.1 Precipitantes	30
7.2 Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales:	30
7.3 Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos	32
7.4 Fortalezas	35
7.5 Hipótesis de trabajo	35
8. Plan de tratamiento.....	37

8.1	Relación terapéutica.....	40
8.2	Intervenciones y procedimientos	41
8.3	Obstáculos.....	43
8.4	Resultados	43
9.	Descripción de sesiones	44
9.1	Sesión número dos.....	44
9.2	Sesión número tres.....	47
9.3	Sesión Número cuatro.....	49
9.4	Sesión número cinco	51
9.5	Sesión número seis.....	53
10.	Marco conceptual de referencia.....	55
10.1	Trastorno de Personalidad Límite. Antecedentes históricos del concepto límite. .	55
10.2	Generalidades del DSM en cuanto al TLP.....	58
10.3	Diagnóstico diferencial del TLP	63
10.4	Prevalencia, curso y desarrollo	65
10.5	Comorbilidad	67
10.6	Etiología del TLP.....	68
10.7	Tipos o variantes del trastorno límite de personalidad	75
10.8	Procesos de auto perpetuación.....	78
10.9	Instrumentos para la evaluación y diagnóstico	80
10.10	Proceso de Intervención.	81
10.10.1	Terapia Cognitiva.	81
10.10.2	Terapia dialéctica-comportamental.....	84
10.10.3	Terapia Centrada en Esquemas.....	85
10.11	Relación terapéutica	87
10.12	Tratamiento Farmacológico	88
10.13	Artículos basados en la evidencia que demuestran eficacia de tratamientos o estrategias de intervención aplicados al TLP.....	89
11.	Trastorno Bipolar.....	91
11.1	Consideraciones generales del TAB	91
11.2	Antecedentes históricos del TAB	92

11.3	Criterios diagn3sticos seg3n el DSM 5 del TAB.....	94
11.4	Epidemiolog3a, curso y desarrollo	99
11.5	Diagn3stico diferencial	101
11.6	Comorbilidad	103
11.7	Herramientas de evaluaci3n del TAB	105
11.8	Etiolog3a del TAB.....	106
11.9	Tratamiento Cognitivo Conductual del TAB.....	109
11.10	Art3culos basados en la evidencia que demuestran eficacia de protocolos o estrategias de intervenci3n utilizados en el tratamiento del TAB.....	115
12.	An3lisis de caso	118
13.	Discusi3n y conclusiones	124
14.	Referencias	127

Contenido de Tablas

Tabla 1. Registro de pensamientos distorsionados.....	32
Tabla 2. Diagrama de conceptualización cognitiva.....	33
Tabla 3. Plan de tratamiento.....	37
Tabla 4. Recorrido Histórico del Trastorno de Personalidad Límite (Millon & Davis, 1998).....	56
Tabla 5. Perfil cognitivo del TLP (Beck & Freeman, 2005).....	72
Tabla 6. Ámbitos clínicos del prototipo límite (Millon y Davis, 2000).	74
Tabla 7. Listado de ejercicios prácticos de autoobservación para el tratamiento del TAB.....	112

Contenido de Figuras

Figura 1. Genograma familiar	29
------------------------------------	----

1. Información general del proyecto.

Título

Aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual en un Paciente con rasgos del Trastorno de Personalidad Límite y Trastorno Afectivo-Bipolar.

Investigador y Tutor

Investigador: Manuela Ruiz Arango

Tutor: Ana María Arias Zuleta.

Resumen

El objetivo del presente trabajo consiste en describir y analizar el proceso terapéutico de un caso de Trastorno Bipolar y rasgos límite de la personalidad que posibilite la comprensión de la problemática mediante un estudio de caso clínico único desde la Terapia Cognitiva-Conductual.

Para lograr este objetivo se describió la evaluación y el diagnóstico efectuado, teniendo en cuenta los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM) en su versión número 5, la formulación y, por último, la intervención efectuada para este caso en particular; así mismo se consideraron los diferentes modelos teóricos y terapéuticos con el fin de profundizar y comprender con mayor profundidad ambos trastornos. Teniendo en cuenta todo el proceso añadido a la revisión teórica se extrajeron conclusiones importantes sobre el caso. De igual manera se destaca que el diagnóstico de esta paciente fue un proceso arduo, debido a que llevó en primera instancia a realizar

diagnósticos diferenciales en cuanto al trastorno de personalidad dependiente (TPD) y el trastorno de personalidad límite (TLP), descartando el TPD por las características propias del caso. Al clarificar dicha inquietud, se procedió a realizar una evaluación desde el sistema categorial DSM 5, y se encontró que si bien la paciente cumplía con los criterios para un trastorno de personalidad y los criterios propios para un trastorno límite de personalidad (TLP), realizando esa misma evaluación desde la propuesta dimensional del DSM 5 se observó que no reunía criterios para un trastorno de personalidad por tanto solo sería *rasgos de personalidad límite*, debido a que el funcionamiento de su personalidad puntuaba como leve. Pese a que no cumplió todos los criterios, desde el inicio del proceso se trabajó con los focos de intervención del TLP, los cuales estaban asociados a los problemas de la paciente y la sintomatología propia del TAB.

Palabras claves: Trastorno bipolar, Terapia cognitiva-conductual, Trastorno límite de la personalidad.

Abstract

The purpose of this present study is to describe and analyze the therapeutic process of a case of bipolar disorder and borderline personality traits that enables the understanding of the problematic situation through a unique clinical case study from Cognitive - Behavioral therapy.

To achieve this objective, the evaluation and the diagnosis made, were described taking into account the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) in its version number 5, the formulation and finally, the intervention carried out for this particular case. Likewise, the different theoretical and therapeutic

models were considered in order to deepen and understand both disorders to a greater extent.

Given all the process added to the theoretical review, important conclusions were extracted about the study case. At the same time, it is notable in the diagnosis and arduous process of the patient because at the first instance it was a differential diagnosis for the dependent personality disorder (DPD) and the borderline personality disorder (BPD), discarding the DPD for the proper characteristic of the case. When the concern was clarified, an evaluation was made from the DSM-5 category system, and it was found that although the patient fulfilled the criteria for a personality disorder and the criteria for a borderline personality disorder (BPD), performing the same evaluation since the dimensional proposal of the DSM (5th edition), it was observed that it did not meet the criteria for personality disorder, therefore it would only be features of borderline personality, because the functioning of his personality scored was mild. Although it did not meet all the criteria, from the beginning of the process work done with the focal intervention of the BPD, which were associated with the patient's problems and the symptomatology of the TAB.

Key Words: Bipolar disorder, Cognitive-behavioral therapy, Borderline personality disorder.

2. Introducción

Este trabajo contiene una presentación de caso clínico único con una paciente que manifiesta un diagnóstico correspondiente a los criterios de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) y rasgos de personalidad límite. Por tanto, se encontrará la descripción en cuanto al proceso de evaluación, formulación, análisis y síntesis de su correspondiente intervención, específicamente desde la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), y haciendo uso de herramientas y técnicas propias de la Terapia dialéctica Comportamental (en sus siglas en inglés, DBT) y Terapia Centrada en Esquemas (TCE).

Por ende, se presentará una descripción detallada del caso donde estarán los datos generales de la paciente, su problemática, la historia actual de la problemática y su sintomatología, antecedentes psiquiátricos, historia personal, historia médica, evaluación del estado mental e impresión diagnóstica. A nivel explicativo, se hizo la formulación del caso, donde se presentaron los detonantes de las crisis de la paciente y las situaciones activadoras que exacerbaban su sintomatología; un análisis transversal de las cogniciones, conductas y emociones disfuncionales; un análisis longitudinal de cogniciones de la paciente, creencia nuclear, supuestos, reglas y actitudes, así como sus estrategias comportamentales; también se describirán las fortalezas de la paciente, que pueden ayudarle durante la terapia, una hipótesis de la conceptualización; el plan de tratamiento con sus problemas, objetivos y estrategias terapéuticas correspondientes. Se continúa con el curso del tratamiento que consta de la relación terapéutica, los procedimientos utilizados, obstáculos y los resultados. Posteriormente, se describirán cinco sesiones con la paciente, relatando el procedimiento efectuado.

Consecutivamente, se pasará al marco teórico, donde se describirá en primera instancia el TLP, allí se expondrá la historia del trastorno, sus criterios diagnósticos desde la perspectiva dimensional y categorial del DSM-5, y desde el CIE-10, y su correspondiente diagnóstico diferencial. A partir de diversas investigaciones y teorías se explica la comorbilidad o coexistencia del TLP con otros trastornos y el curso y desarrollo de esta patología. Luego se abordará su etiología desde distintos autores. Además, se describirá el perfil cognitivo propio de esta patología, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos distintivos. También se expondrá variantes clínicas del trastorno límite de la personalidad y los procesos de perpetuación según el modelo de Millon y Davis (1998). Para el respectivo tratamiento del TLP se tuvieron en cuenta el trabajo de tres modelos, la TCC, la DBT y la TCE. La presentación de estos modelos se complementa con investigaciones que sustentan su eficacia para el tratamiento de este trastorno.

Luego de exponer el TLP se continúa, con el Trastorno bipolar, comenzando con su historia y consideraciones generales del mismo, sus criterios desde la perspectiva categorial del DSM-5 y su diagnóstico diferencial. También se tuvo en cuenta su epidemiología, curso y desarrollo, y se ampliaron a través de información obtenida de diferentes investigaciones. Buscando profundizar se exponen los antecedentes históricos de la depresión, y las teorías explicativas e investigaciones que sustentan las hipótesis de estas teorías. Se describió el tratamiento para el TAB propuesto por Newman, Leahy, Beck y Reilly-Harrington (2002), enfatizando en las herramientas de intervención; se presentan las investigaciones que sustentan la eficacia de la Terapia Cognitiva del tratamiento o estrategias de intervención para el TAB.

Por último, se realizará un análisis de caso donde se expuso las dificultades que se presentaron para establecer el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Y se

realiza las correspondientes discusiones y conclusiones verificando cumplimiento del objetivo general y de los específicos, donde se comprueba la efectividad de las herramientas terapéuticas como un aporte significativo de este ejercicio de índole práctico e investigativo, de sumo interés y ayuda para profesionales de la salud mental que trabajen con personas con este tipo de diagnósticos.

Para finalizar, es importante mencionar que el nombre “Clara” ha sido ficticio, escogido con el objetivo de preservar la identidad de quien ha decidido participar en este ejercicio de investigación para presentación de caso clínico.

Consideraciones éticas

Confidencialidad de los datos. La autora declara que ha seguido los correspondientes protocolos y reglamentos necesarios para el trabajo y publicación de datos de la paciente mencionada, que en este caso lleva un nombre ficticio: Clara.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. La autora ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido al presente trabajo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses. La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

3. Justificación

La estrategia metodológica que se propone para la presentación de este trabajo está basada en el Estudio de Caso, el cual permite traducir la experiencia clínica de un modo más organizado y sistemático para la comprensión teórica y práctica de cualquier psicólogo (Buela-Casal y Sierra, 2002). En este sentido, es importante considerar que este estudio constituye un aporte de carácter significativo para la comunidad clínica e investigativa, en la medida en que se logra abordar el caso desde un enfoque teórico de la psicología, planteando al respecto diferentes estrategias para su tratamiento. Así mismo, esta metodología resulta valiosa para la investigación de la conducta humana y el fenómeno que se necesita estudiar, así como la etiología que corresponde al mismo en la experiencia de vida compartida por el paciente (Martínez, 2006).

La obtención de los datos en este método proviene de una variedad de fuentes de orden cualitativo y cuantitativo. Por ejemplo, autorregistros, entrevistas, observación directa, pruebas psicológicas, entre otras (Chetty, 1996). Además, resulta una estrategia apropiada para estudiar un fenómeno desde cualquier perspectiva, en este caso desde el modelo cognitivo, debido a que logra satisfacer los objetivos que se pretenden en el abordaje de la investigación de caso único (Sánchez y Sarabia, 1999).

Por otro lado, el modelo que se empleará corresponde al Instituto de Terapia Cognitiva de Beck el cual consta de un esquema constituido por cuatro grandes fases: historia del caso, formulación del caso, plan de tratamiento y curso del tratamiento (Academia de Terapia Cognitiva, 2013), las cuales permiten comprender de manera más efectiva la metodología enmarcada en el Estudio de Caso, debido a que la normatividad que

presenta corresponde con un análisis detallado y descriptivo de un modelo cognitivo basado en la evidencia empírica (Beck, Rush y Shaw 2010).

Esta investigación pretende profundizar en el caso de una paciente llamada Clara, cuyo diagnóstico inicial cumple con criterios de TAB y rasgos Límite de la Personalidad. A este respecto, la Terapia Cognitiva ha mostrado especial interés hacia la comprensión, abordaje y tratamiento de los Trastornos de la Personalidad (TP) y trastornos del estado de ánimo (Beck, Freeman, Denise, Davis y otros, 2005). Particularmente, para el Trastorno límite de la Personalidad (TLP) la evidencia científica sugiere la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) y la Terapia Cognitiva Conductual (TCC), y TCE como las opciones terapéuticas con mayor apoyo empírico y eficacia en la disminución de la sintomatología tipo límite (Yust & Pérez, 2012; Cuevas y López, 2012; Burgal & Pérez, 2017; Brettschneider, Riedel y König, 2014).

Así mismo, según Chávez, Benítez y Ontiveros (2014), los estudios de tratamientos eficaces para el TAB indican en buena medida a la TCC como tratamiento bien establecido en cuanto al objetivo de aliviar los síntomas depresivos, restablecer el funcionamiento psicosocial y prevenir la aparición de nuevos episodios afectivos. Conclusión similar a la referida por los autores Chiang, Tsai, Liu, Lin, Chiu y Chou (2017), quienes exponen cómo la TCC es efectiva a la hora de contribuir en la disminución de la tasa de recaída y la mejora de los síntomas depresivos, hipomanía o manía.

Ambos trastornos resultan altamente comunes en la práctica clínica (Nieto, 2006; Maggio, 2008; Yen, Frazier, Hower, Weinstock, Topor, Hunt & Strober, 2015; Apfelbaum, Regalado, Herman, Teitelbaum y Gagliesi, 2013; Sparding, Pålsson, Joas, Hansen & Landén, 2017), y conllevan al deterioro de las principales áreas de funcionamiento y calidad de vida en el ser humano. Además, los síntomas tienden a acentuarse cuando las

dos patologías coexisten, produciendo un mayor malestar en la persona y dificultad en cuanto al diagnóstico al terapeuta. Por este motivo, se ha considerado importante exponer este caso en particular, corroborando así la evidencia empírica al respecto y garantizando una eficacia en la comprensión y tratamiento de ambos trastornos.

Así mismo, resulta un conocimiento válido para estudiantes, psicólogos, prestadores de servicios en salud, maestros y público en general, debido a que permite perfilar y describir un caso. Esto con el propósito de aplicar el conocimiento de este en el campo práctico, posibilitando el surgimiento de discusiones en torno al mismo y encontrar así alternativas más eficaces de tratamiento basadas en la evidencia e investigaciones de punta. Por último, este análisis de caso facilita aplicar el conocimiento investigado a la práctica profesional, logrando que el área de la Psicología Clínica se retroalimente cada vez más de un conocimiento actualizado.

4. Área problemática

Para el abordaje y presentación de este caso clínico, se tendrá en cuenta el contexto de la Psicología Anormal, que incluye el estudio científico de la psicopatología y los trastornos específicos (Barlow y Durand, 2001). A este respecto, Cabanyes (2012), distingue en términos de normalidad y anormalidad cuatro criterios que definen este fenómeno: *estadístico*, *finalista o funcional*, *adaptativo* y *subjetivo*. En cuanto al *estadístico*, se emplea para delimitar la media o normalidad de una población específica con sus respectivas desviaciones; el *finalista o funcional* consiste en determinar si una conducta es adecuada o no para el logro de los objetivos; el criterio *adaptativo* se encarga de observar si la conducta corresponde con lo que socialmente se espera en determinada cultura; por último, el criterio *subjetivo* se refiere a la valoración personal respecto a la concepción de anormalidad que se refleja en cada conducta asumida por el individuo.

Siendo la conducta anormal o trastorno psicológico una disfunción en el patrón de comportamiento socialmente esperado, se caracteriza por presentar los criterios de disfunción psicológica, angustia persistente y generalmente una reacción atípica (Barlow y Durand, 2001). Así mismo, una disfunción psicológica hace referencia a la interrupción cognitiva, emocional y conductual en lo que comúnmente se ha descrito como normal o adaptativo para la persona. Específicamente, un Trastorno de Personalidad, por ejemplo, se caracteriza por generar angustia de manera significativa para el individuo, así como el hecho de no poder modificar determinado comportamiento en su entorno.

Por otro lado, la importancia a la hora de realizar un diagnóstico de un Trastorno Mental reside en delimitar la utilidad clínica para el mismo. Es decir, debe ser útil para determinar un pronóstico, plan de tratamiento y posterior evaluación del que padece algún

tipo de trastorno de orden mental. De acuerdo con el DSM-5 los criterios de anormalidad para identificar los Trastornos Mentales se categorizan en los siguientes factores: “Factores validantes de los antecedentes (marcadores genéticos similares, rasgos familiares, temperamento y exposición al entorno); factores validantes simultáneos (sustratos neurales similares, biomarcadores de procesamiento emocional y cognitivo, y similitud de síntomas); y factores validantes predictivos (curso clínico y respuesta al tratamiento)” (APA, 2014, p. 20).

Así mismo, el concepto de *Enfermedad Mental* está relacionado con perturbaciones emocionales o cognoscitivas que repercuten significativamente en el bienestar integral de una persona (Barlow y Durand, 2001). Seguido a esto, se compartirá la definición de Trastorno Mental que aborda el DSM 5:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente (APA, 2014, p. 20).

La *psicoterapia cognitiva*, a la par que otras corrientes teóricas, se interesó por los trastornos psicológicos o la conducta anormal y su correspondiente explicación e intervención.

Este paradigma nace a mediados de la década de los 50 ante la aceptación creciente de los procesos mentales como objeto de estudio, a partir de críticas al conductismo y el neo conductismo, ya que postulaban análisis asociacionistas más o menos sofisticados de la conducta, y negaban o minimizaban el valor funcional de los procesos mentales (De Vega, 1984). A partir de los años ochenta se concibe como un *Sistema de Psicoterapia*, en la medida en que contiene una sólida teoría de la personalidad y psicopatología, además de un modelo de psicoterapia basado en el *modelo cognitivo* (Beck, 2000). Por esta razón, la terapia cognitiva se centra en el estudio de cada proceso mental en una persona, identificando además la importancia de trabajar en el cuestionamiento de los patrones de pensamiento de tipo disfuncional o patológico (Beck, et al, 2005). De esta manera, la forma en que se siente una persona está asociada con la forma en que interpreta y piensa determinada situación o acontecimiento en su vida cotidiana (Beck, 2000).

Así mismo, el tipo de procedimiento que se lleva a cabo es activo, directivo, estructurado y con un límite de tiempo específico de acuerdo con el motivo de consulta y la necesidad de cada paciente (Beck, et al, 2010). De acuerdo con esto, para la comprensión y desarrollo de este Estudio de Caso se utilizará la Terapia Cognitiva como sustento teórico, metodológico y explicativo, específicamente en el tratamiento e intervención del Trastorno Bipolar (TAB) y el Trastorno de Personalidad Límite (TLP).

Luego de hacer una breve revisión teórica respecto al concepto de *psicopatología* y *psicoterapia* desde la Terapia Cognitiva, se hace necesario introducir una explicación breve para cada trastorno mencionado.

En primer lugar, el TLP es un trastorno común que se caracteriza por un estado de ánimo y relaciones de tipo inestable. Además, se presenta una autoestima baja y sensación de vacío interior (Barlow y Durand, 2001).

En 1980 se incluye en el DSM III como un diagnóstico controversial para la comunidad científica, debido a la heterogeneidad en la sintomatología asociada al trastorno y que venía precedido del Trastorno de Personalidad Pasivo-Agresivo (Stone, 2006). En la actualidad, el DSM 5 constata que el TLP se caracteriza por la presencia de una marcada inestabilidad en cuanto al autoconcepto y establecimiento de metas a nivel personal y socio emocional, acompañado esto por una conducta de tipo impulsiva y hostil. Así mismo, se evidencia una dificultad característica en la identidad, el autocontrol y la empatía en general. Se ha investigado además que la causa principal de esta problemática obedece a un factor familiar, es decir, existe un factor de riesgo superior cuando la persona convive con alguien más que evidencie la sintomatología limítrofe. Por otro lado, el factor psicosocial contribuye de manera significativa al desarrollo de este trastorno, debido a alguna exposición de tipo traumático, condición de abuso sexual o físico durante la infancia (Barlow y Durand, 2001). Esto es corroborado por el DSM 5 cuando estima la existencia de un factor genético y fisiológico para el riesgo en el desarrollo de un TLP. Así mismo, se ha encontrado que si la exposición a un trauma infantil se combina con una personalidad de tipo impulsiva puede ocasionar el surgimiento de una sintomatología asociada al TLP (Figueroa & Silk, 1997).

En cuanto a la prevalencia de este trastorno psicológico, se encuentra que corresponde a un porcentaje ubicado entre 1,6 y 5,9 de la población. El DSM 5 expone frente a esto que: “La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (...)”. (APA, 2014, p. 665)

Adicionalmente, se ha investigado que en el TLP la persona conserva tres suposiciones que genera consecuencias directamente en la conducta y la respuesta emocional: “El mundo es peligroso; soy débil y vulnerable; soy inaceptable en esencia” (Caballo, 2001). De acuerdo con la sintomatología que se encuentra en el diagnóstico de un TLP se ha sugerido un proceso de intervención basado en el favorecimiento de la alianza terapéutica, disminución de un posible pensamiento dicotómico como distorsión cognitiva eminente y fortalecer finalmente el autocontrol y conocimiento de las emociones sobre sí mismo y las relaciones interpersonales que se establezca (Beck & Freeman, 2005).

En cuanto a la eficacia de los tratamientos del TLP basados en la evidencia, se encuentran varios estudios que comprueban la validez y eficacia de ciertos protocolos o estrategias de intervención, la evidencia científica sugirió a la terapia dialéctico-conductual como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias, seguida de la TCC y algunas opciones farmacológicas útiles en la reducción de síntomas (Yust & Pérez, 2012; Cuevas y López, 2012); Burgal, y Pérez (2017) mostraron que las principales psicoterapias para el TLP como la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas han sido eficaces en el control de la sintomatología límite.

Ahora bien, el Trastorno Bipolar se presenta como una fluctuación del humor que, con frecuencia, manifiesta una evidente sintomatología depresiva con episodios de manía (Barlow y Durand, 2001). Este diagnóstico comparte además la sintomatología correspondiente a los trastornos depresivos unipolares y se presenta con mayor prevalencia en el sexo femenino (Tamayo, 2011).

A nivel internacional se ha encontrado que menos de un 50 % de los pacientes con un diagnóstico de TAB reciben tratamiento en salud mental, mientras que en los países con un bajo ingreso económico sólo el 25,2 % de los pacientes han tenido este beneficio al menos en un momento de su vida (Merikangas, Jin, He, Kessler, Lee, Sampson & Ladea, 2011).

En relación con el abordaje del TAB, de acuerdo con la evidencia empírica, se ha empleado la terapia cognitivo conductual (TCC) de forma simultánea con tratamiento farmacológico, mostrando altos niveles de eficacia (Chiang, et al, 2017; Chávez, et al, 2014; Lam, Hayward, Watkins & Wright, 2005). En cuanto al aumento en la adherencia y el cumplimiento terapéutico la TCC ha resultado igual de efectiva (Zaretsky, Lancee, Miller, Harris y Parikh, 2008).

A continuación, se explicará la comorbilidad de los trastornos previamente expuestos. Maggio (2008), expone que ha sido particularmente controvertido definir la frontera entre el TLP y el TAB, en la medida en que ambos comparten la labilidad afectiva en su sintomatología. A este respecto, en el DSM 5 se encuentra que: “Los Trastornos de Personalidad, como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), pueden tener un solapamiento importante de síntomas con los trastornos bipolares, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos” (APA, 2014, p. 132).

De esta manera, es necesario tener en cuenta que en un diagnóstico de TLP en presencia simultánea de un TAB la causa principalmente obedece a la interacción entre el factor ambiental y biológico (Stone, 2006). Así mismo, los pacientes con esta especificación han presentado una mayor severidad en conductas de tipo suicida y autolesiva (Apfelbaum, et al, 2013) De ahí la importancia de realizar un adecuado diagnóstico para orientar la intervención de una manera más efectiva.

5. Objetivos

5.1 *General*

Describir y analizar el proceso terapéutico de un caso de Trastorno Bipolar y Trastorno límite de la personalidad que posibilite la comprensión de la problemática mediante un estudio de caso clínico único desde la Terapia Cognitiva-Conductual.

5.2 *Específicos*

Describir y comprender de manera detallada la información específica del caso clínico, permitiendo la formulación y diagnóstico del mismo.

Explorar modelos teóricos y terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual que permitan la comprensión y profundización del Trastorno bipolar y el Trastorno límite de la personalidad.

Comprender la comorbilidad entre el Trastorno bipolar y el Trastorno límite de la personalidad.

Investigar protocolos y modelos de intervención basados en la evidencia, que permitan un amplio abordaje de ambos trastornos.

6. Historia del caso

6.1 *Información de identificación*

Clara es una mujer de 22 años residente de la ciudad de Medellín-Antioquia. Soltera. Vive con su madre y su hermano mayor de 25 años. Es profesional en Atención Pre-Hospitalaria y trabaja en un centro psiquiátrico de la ciudad. Actualmente estudia Psicología (tercer semestre).

6.2 *Queja principal*

Clara expresa en su motivo de consulta: “He tenido una serie de eventos en mi vida, me siento muy rara, ansiosa, como si no fuera yo. Siento que no tengo control de mis emociones y de mi vida y no soy capaz de tomar las riendas”

6.3 *Historia del problema actual*

En septiembre de 2016 la paciente busca ayuda psiquiátrica debido a la inestabilidad emocional que observaba días antes de su periodo, fue diagnosticada con Síndrome Disfórico Premenstrual y medicada con Sertralina.

En noviembre de 2016 Clara presencia la crisis del estado de salud de su abuela y su primo (A quien diagnostican con una Enfermedad de transmisión sexual), simultáneamente su madre presencia una crisis ansiosa; la paciente relata la aparición de síntomas depresivos como: llanto, tristeza, insomnio, irritabilidad y aislamiento social.

En diciembre de 2016 clara termina una relación de pareja de ocho meses, a partir de este hecho ella comienza a desarrollar síntomas como promiscuidad (tiene relaciones sexuales con varios hombres en poco tiempo), grandiosidad, inquietud motora,

participación excesiva en clases, taquipsiquia, euforia, ansiedad, preocupación, irritabilidad, desprecio por ella misma, comer compulsivamente, afecto expansivo y compras exageradas.

En marzo de 2017 es diagnosticada por psiquiatría Trastorno Afectivo Bipolar y medicada por ácido valproico, luego de habersele suspendido de manera abrupta la Sertralina que llevaba tomándose 5 meses atrás.

En marzo de 2017 ella termina una relación sexual con una de sus parejas y se siente usada “me usó y se fue” y se exagera en ella una sintomatología depresiva.

En el momento actual de la consulta 8 de marzo de 2017 la paciente presenta los siguientes síntomas:

Síntomas emocionales. Irritabilidad, tristeza, ansiedad, culpa, anhedonia, hipersensibilidad a la crítica, sensación de vacío.

Síntomas cognitivos. Dificultad para concentrarse, pensamientos devaluadores (“me desprecio y desprecio a la gente”), pensamientos de inferioridad, culpa, defectuosidad y miedo al abandono. Pensamientos catastróficos respecto a la soledad (“Soy incapaz de estar sola”), percepción de no tener un control sobre su vida.

Síntomas conductuales. Llanto, aislamiento social, conductas agresivas, actos impulsivos, comer en exceso, conductas de promiscuidad sin protección.

Síntomas fisiológicos. Dolor de cabeza, tensión muscular, fatiga, hipersexualidad.

Estresores. Los principales estresores en la vida de Clara están relacionados con el área afectiva, debido a la inestabilidad de sus relaciones. Luego de terminar con su novio, ha salido con varios hombres de su universidad, trabajo y familia, tiene relaciones sexuales con ellos, no logra mantener estabilidad y se siente descontrolada. El área familiar es un estresor en cuanto a su madre, ya que es estricta y “dura” con ella por los cambios anímicos

que evidencia en la paciente, además, su madre ha tenido en las últimas semanas crisis de ansiedad lo que ha dificultado la relación entre ellas. A nivel académico se presenta cuando algún profesor le realiza una devolución o le hace una observación, a lo que ella no recibe con agrado. Por último, se observa un estresor laboral cuando recibe alguna crítica u orden que a ella no le gusta por parte de sus compañeros y jefe.

6.4 *Historia psiquiátrica pasada*

Clara expresa que ha habido bastantes momentos en su vida en los que ella se ha sentido triste, considera que han sido pocos los momentos en los que se ha sentido tranquila y en paz. Durante su vida se han presentado crisis donde ha empeorado el estado de ánimo al punto de cumplir criterio para un trastorno depresivo; la primera fue a sus 4 años donde sus padres se separan, allí aparecieron primeros síntomas depresivos (tristeza, llanto, aislamiento social, agresividad) se dio remisión de los síntomas sin tratamiento.

A la edad de 14 años, la paciente termina una relación de 2 meses, y comienza la aparición de síntomas depresivos como: pérdida del apetito, insomnio, tristeza, llanto, culpa y sentimientos de vacío. Su madre la lleva al psicólogo, pero el tratamiento según ella “no funcionó”, posteriormente se da remisión de los síntomas sin otro tipo de tratamiento.

A sus 16 años termina también otra relación de noviazgo aparece de nuevo sus síntomas depresivos. A esta edad comienza a desarrollar síntomas del síndrome disfórico premenstrual, sin tratamiento hasta los 21 años.

A sus 21 años presenta otra crisis depresiva al tener una relación sexual con un primo cercano: “fue traumático”, “Solo me despreciaba y me culpaba”. En septiembre de 2016 es diagnosticada con Síndrome Disfórico Premenstrual y medicada con Sertralina.

Según reporta la paciente, su madre presenta ansiedad generalizada y “personalidad paranoide”, su tío y prima maternos sufren de trastorno afectivo bipolar, por último, tía materna con esquizofrenia.

Actualmente, la paciente se encuentra en proceso por psiquiatría y medicada con Ácido Valproico 250 mg desde marzo de 2017.

6.5 *Historia social y personal*

Clara es la segunda de dos hijos, nace cuando su hermano mayor tenía tres años. La relación de los padres era conflictiva, había violencia física y psicológica (La paciente era testigo de dichos maltratos por ambos padres). A su madre la describe como una mujer estricta, exigente, sobrecontroladora y crítica: “Yo pensaba que nunca la iba poder complacer y menos cumplir todas sus expectativas”. A su padre lo describe como ausente, pendiente, complaciente con Clara, nunca le puso normas ni límites.

Vivió con ambos padres hasta que su padre la abandona a la edad de cinco años con la promesa de volver: “Yo sentí que nos abandonó y que todo era mi culpa”. Con su hermano expresa haber tenido una buena relación. A ambos los llevaban cada mes a visitar a su padre y abuela: “Eran los mejores días del mes me gustaba mucho compartir con él, pero me daba muy duro separarme luego de que se acaba el fin de semana”, “Le rogaba que no se fuera”, “Le preguntaba si todo había sido culpa mía”. Recuerda también la presencia de múltiples problemas a nivel económico por lo que ella siempre se sentía mal.

En su infancia la paciente se describe como callada, tímida, irritable y muy sola. En el área escolar, a pesar de su buen rendimiento académico Clara no socializaba: “les tenía rabia a los demás niños, yo les pegaba” por tanto, permanecía sola y callada.

En su adolescencia pudo tener mejor relacionamiento social en su colegio, comenzó a tener relaciones afectivas con varios hombres mayores que ella y consumidores de sustancias psicoactivas: “me besaba con uno y luego con otro”. Tiene posteriormente dos relaciones afectivas donde se sostuvo el mismo patrón, relaciones inestables donde ellos la dejan por ser la paciente extremadamente “voluble, irritable, manipuladora y mentirosa” y donde aparecen luego en ella síntomas depresivos.

Define su adolescencia como una etapa de tristeza, insatisfacción y frustración: “Por no tener lo que yo quería tener” (a nivel afectivo y económico). En esta etapa ella nunca estuvo sola “me metía con otros para pasar la tristeza de mis ex y para no estar sola”, sin embargo, estos hombres optaban también por alejarse.

En la universidad, salió con muchos hombres, sin tener una relación estable. A sus 19 años le toca encargarse de su madre y de su tío porque caen en una crisis, su madre en “crisis paranoica” y su tío presentaba síntomas maníacos. Ello mueve emocionalmente a la paciente y la lleva a estar en una relación afectiva dependiente con un hombre: “él era todo para mí”. A partir de que la relación termina por infidelidad de él, la paciente comienza a salir con más hombres: “yo nunca estaba sola”.

A sus 21 años tiene una relación sexual con un primo cercano, hecho que impactó a la paciente y generó autodesprecio y culpa excesiva. Este hecho hace que ella acceda en poco tiempo a tener otra relación afectiva que duró 9 meses con un hombre que no le gustaba. Aquí generó también una dependencia emocional. Cuando la relación termina, la paciente comienza desarrollar síntomas como: promiscuidad (tiene relaciones sexuales con varios hombres en poco tiempo y sin protección), grandiosidad, inquietud motora, participación excesiva en clases, taquipsiquia, euforia, ansiedad, preocupación, irritabilidad,

desprecio por ella misma, comer compulsivamente, afecto expansivo y compras exageradas, con una duración de aproximadamente un mes.

6.6 *Historia médica*

La paciente no reporta ningún problema médico que influyera en su funcionamiento psicológico o el proceso terapéutico.

6.7 *Revisión del estado mental*

La paciente acude en estado de alerta, con adecuada presentación personal, acorde a su sexo y edad. Ubicada en tiempo, espacio y persona. Expresa un lenguaje fluido, claro y coherente. Estado ánimo irritable, ansioso y deprimido. Juicio de realidad: intacto. Asocia en buena medida los términos utilizados en terapia y su pensamiento es lógico, aunque presenta ideas distorsionadas sobre sí misma y los otros.

Su expresión no verbal es coherente con su discurso. Posee adecuada concentración y atención sin dificultad aparente en su memoria. La paciente se muestra colaboradora en sesión. Por último, brinda información con buena fiabilidad y claridad.

6.8 *Genograma*

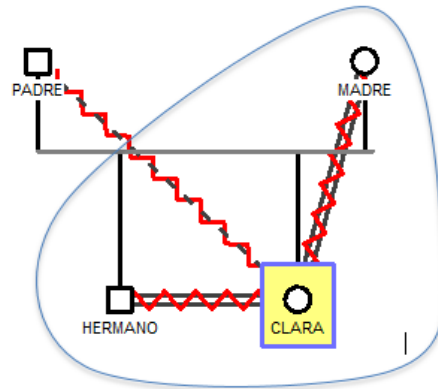


Figura 1. Genograma familiar

6.9 Pruebas utilizadas y resultados

BDI II. Puntuación directa 29, depresión moderada.

YSQ L2. Donde puntúo alto en esquemas como, abandono, aislamiento social, defectuosidad/Vergüenza, Indeseabilidad social, dependencia/incompetencia, entrapamiento emocional, subyugación, derecho/grandiosidad, autocontrol y disciplina insuficiente.

6.10 Impresión Diagnóstica

6.10.1 Diagnóstico del DSM 5 (Sistema dimensional)

F31.81 trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con ansiedad.

Rasgos de Personalidad Límite (Diagnóstico dimensional)

6.10.2 Diagnóstico del DSM 5 (Sistema categorial)

F31.81 trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con ansiedad.

F60.3 Trastorno de la personalidad límite (Diagnóstico categorial)

7. Formulación del caso

7.1 *Precipitantes*

Se evidencia como precipitante una cadena de situaciones que inicia con la presencia de la enfermedad de su abuela y primo, la ruptura sentimental donde experimentó la mayor parte de la sintomatología, confluye con esta ruptura la medicación con Sertralina que contribuyó la activación de síntomas hipomaníacos, por último, una relación sexual que la paciente tuvo 15 días antes de iniciar la terapia, donde la persona con la que estuvo la trató mal “me hizo sentir como un objeto” y ella cuestiona hacia dónde va su vida. Esta situación aumentó su sintomatología depresiva y el malestar que siente actualmente.

Como eventos activadores de su sintomatología están las veces que se encuentra con un recuerdo de su exnovio; al encontrarse sola en su casa; cuando alguna persona (familiar, jefe o compañero de trabajo) le hace una crítica; al su hermano “molestarla”; el experimentar el rechazo por parte de algunas de sus parejas sentimentales; al terminar una relación sexual.

7.2 *Enfoque transversal de las cogniciones y conductas actuales:*

Una situación problemática en la vida de Clara es cuando alguien en su trabajo le hace una crítica. Su pensamiento automático negativo es: “Nadie me tiene por qué decir cómo hago las cosas” “Por qué me tiene que hablar así, yo no me voy a dejar”, “Me voy a ir”, “Le voy a dejar de hablar”, esto le genera emocionalmente rabia y conductualmente llora, responde de mala manera, habla con sarcasmo y se queda seria.

Otra situación es cuando a una de sus parejas le dice que no quiere salir con ella cuando se lo pide, su pensamiento es “todo me sale mal”, “no me gusta mi vida”, “siempre me pasa lo mismo”, su emoción es rabia y tristeza, su reacción es llorar, responder de mala manera y quedarse seria con él.

La tercera situación es que tiene relaciones sexuales con su compañero de la Universidad, su pensamiento automático es “soy horrible, soy lo peor”, siente tristeza y rabia, reaccionando con conductas de autodesprecio.

Por último, otra situación es cuando escucha una canción que le acuerda a su exnovio, su pensamiento automático es “yo no puedo ni quiero estar sola” “ojalá estuviera con él” “yo debería estar con él”, su emoción es rabia y tristeza y su reacción es llorar y estar “malgeniada” todo el día.

Tabla 1.

Registro de pensamientos distorsionados.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Su jefe le hace una crítica frente a su trabajo	“Nadie me tiene por qué decir como hago las cosas” “por qué me tiene que hablar así, yo no me voy a dejar”	Rabia Ansiedad	Llorar Responder de manera agresiva Le deja de hablar
Frente a una insinuación que ella hace, una de sus parejas se niega a salir con ella	“Todo me sale mal” “no me gusta mi vida” “siempre me pasa lo mismo” “yo no quiero estar sola”	Rabia Tristeza Ansiedad	Llorar Responder de manera agresiva Le deja de hablar Se queda seria con él
Tiene una relación sexual con su compañero de la Universidad.	“soy horrible, soy lo peor, no valgo nada”	Rabia Tristeza	Conductas de autodesprecio
Escucha una canción que le acuerda a su exnovio	“Yo no puedo ni quiero estar sola” “Ojalá estuviera con él” “Yo debería estar con él”	Tristeza Rabia Ansiedad	Llorar y estar “malgeniada” todo el día.

7.3 *Enfoque longitudinal de cogniciones y comportamientos*

Clara crece con una familia poco estable afectiva y económicamente, con el abandono de su padre, y la percepción de exigencia y control de su madre, hizo que tempranamente la paciente desarrollara la creencia de “soy mala” al experimentarse como la culpable del abandono de su padre y como la hija que nunca iba a poder cumplir las

expectativas y exigencias de su madre. Esta creencia fue fortaleciéndose a lo largo de su vida, iniciando en su etapa escolar donde se aisló de sus compañeros y era agresiva, y posteriormente al percatarse que no ha tenido nunca un control sobre su vida y sus actos.

Clara desarrolla principalmente los siguientes errores de pensamiento: Pensamiento dicotómico, donde en ocasiones la paciente no es capaz de ver intermedios en su relación con los otros y en lo que recibe de ellos. Sobre-generalización, debido a que ella siempre llega a una conclusión negativa de lo que ha sido sus experiencias pasadas. Personalización, asume que todos los comentarios que hacen son por ella. Por último, utiliza frecuentemente “Debeismos” frente a cómo debe actuar ella y los otros. Sus creencias intermedias y estrategias compensatorias serán sintetizadas en el siguiente cuadro:

Tabla 2.

Diagrama de conceptualización cognitiva

<p>Diagnóstico DSM 5:</p> <p>F31.81 trastorno bipolar II, episodio depresivo actual, gravedad moderada, con ansiedad.</p> <p>Rasgos de Personalidad Límite</p>
<p>Datos relevantes de la infancia:</p> <p>El sobrecontrol y la exigencia de su madre y el abandono de su padre.</p>
<p>Creencias Central:</p> <p>“Soy mala”</p>
<p>Reglas, supuestos y Actitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Es terrible sentir que me mandan” • “No puedo permitir que el otro me mande” • “Si dejo que el otro me mande sentiré que soy una buena para nada” “Si no lo permito, demostraré que soy mejor que otros” • “Es insoportable estar sola”

<ul style="list-style-type: none"> • “Debo estar siempre con alguien” • “Si estoy con alguien independientemente de quien sea, quiere decir que soy querible”, “Si no estoy con alguien, que soy inquerible” • “Es horrible que me critiquen” • “Todos deben aceptarme y valorarme” • “Si me critican quiere decir que soy mala” “si no me critican quiere decir que valgo algo” 		
Estrategias compensatorias: Conductas agresivas Dependencia afectiva Búsqueda de aprobación		
Situación	Situación	Situación
Su jefe le hace una crítica frente a su trabajo	Frente a una insinuación que ella hace, una de sus parejas se niega a salir con ella	Tiene relaciones sexuales con su compañero de la universidad
Pensamiento	Pensamiento	Pensamiento
“Nadie me tiene por qué decir como hago las cosas” “por qué me tiene que hablar así, yo no me voy a dejar”	“Todo me sale mal” “no me gusta mi vida” “siempre me pasa lo mismo” “yo no quiero estar sola”	“soy horrible, soy lo peor, no valgo nada”
Significado del pensamiento	Significado del pensamiento	Significado del pensamiento
“soy mala”	“soy mala”	“soy mala”
Emoción	Emoción	Emoción
Rabia	Tristeza y rabia	Tristeza y rabia
Reacción	Reacción	Reacción
Llorar	Llorar	Decirse cosas duras a ella misma

Responder de manera agresiva Le deja de hablar	Responder de manera agresiva Le deja de hablar Se queda seria con él	
--	---	--

7.4 *Fortalezas*

Clara estudia actualmente psicología como pasión. Pertenece a un grupo católico donde tiene amigos que ella considera que aportan a su vida. Posee una buena introspección lo que favorece el cambio durante el proceso.

7.5 *Hipótesis de trabajo*

Clara presenta trastorno afectivo bipolar y rasgos de la personalidad límite. Este último fue conformándose debido a un ambiente familiar caracterizado por lo que Young (1999) describe como inadecuado, donde hay poca aceptación y atención de sus padres, abandono del hogar por parte de uno de estos y constante crítica y control por parte de su madre. Dichos elementos condujeron a la configuración de la creencia nuclear de ser mala, dentro del esquema de defectuosidad/vergüenza (Young, 1999), donde prevalecía el sentirse culpable y poco suficiente para los otros. Para enfrentar esta creencia nuclear generó reglas como “Debo estar siempre con alguien”, “Todos deben aceptarme” Y desarrolló la agresividad hacia los otros como su estrategia principal de contra ataque. Sumado a esto, la paciente experimentó privaciones a nivel económico que tenía su familia, lo que llevaba a Clara a compararse con sus pares y, por ende, sentir que era inferior.

Tanto el abandono de su padre, la privación económica que ella percibía, el rechazo de sus compañeros (producto de su estrategia de contraataque) y sus fracasos afectivos en la adolescencia, reforzaron la visión negativa de sí misma de ser mala y posibilitaron en ella la aparición de síntomas depresivos (llanto, culpa e irritabilidad).

A nivel cognitivo los pensamientos de las personas con trastorno límite de la personalidad son oposicionistas y catastróficos generando una conducta interpersonal impulsiva e impredecible, pese a su necesidad de atención y afecto (Millon, 1994), frente a todo ello la paciente desarrolló estrategias como la agresividad, autodesprecio, conductas manipuladoras, y actitudes pueriles, estrategias que realiza frente a ámbitos como el afectivo, social, familiar y laboral.

Según Zanarini (1997) la conformación de la personalidad límite puede darse por la combinación de varios elementos como: 1) La separación o pérdida parental (en el caso de Clara, la percepción de abandono del padre) 2) temperamento vulnerable, y 3) tendencia familiar a padecer ciertos trastornos psiquiátricos (En clara: madre, tío materno y prima materna); dichos ítems agregados a la visión negativa de la paciente de ser “mala” fue gestando la aparición de rasgos límites en la personalidad de Clara. Para Millon (1994) la desesperanza, depresión, resentimiento, culpabilidad, explosiones hostiles presentados a lo largo de la vida de la paciente son reforzadores propios de los rasgos límites.

Por otro lado, para Weissman (citado en Barlow y Durand, 2001) la edad promedio de aparición del Trastorno Bipolar II es a los 22 años, edad exacta de aparición de dicho trastorno en la paciente. Para Depue, Krauss y Spont (1987) el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) se entiende como consecuencia de la interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos. En el caso de Clara, su tío y prima maternos padecen de TAB, por lo que podría decirse que el factor hereditario influyó, sumado a lo que Allow, et.al (2008)

comentan sobre el incremento de los acontecimientos vitales previo al inicio de la enfermedad o a la recurrencia de los episodios afectivos, acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas que se observó en la ruptura afectiva que la paciente experimentó que contribuyó a la aparición de su trastorno. Por último, se observó como contribuyente la medicación previa que tuvo (Sertralina) debido a su diagnóstico previo de Síndrome Disfórico Premenstrual.

Finalmente, en la actualidad, esto a nivel emocional se traduce en síntomas de irritabilidad, tristeza, ansiedad, culpa, ansiedad, anhedonia, hipersensibilidad a la crítica e impulsividad y síntomas fisiológicos como dolor de cabeza, tensión muscular, fatiga e hipersexualidad, lo que hizo que desarrollara un episodio de depresión mayor moderado dentro del marco de su trastorno bipolar II y rasgos de personalidad límite.

8. Plan de tratamiento

A continuación, se describirán los problemas evidenciados en la paciente con objetivos y estrategias propuestas para abordar cada objetivo.

Tabla 3.

Plan de tratamiento.

PROBLEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<i>Depresión, ansiedad.</i>	Disminuir sintomatología depresiva y ansiosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva (Identificación y modificación de PAN) (Beck, 2010) • Técnica de dominio y agrado (Beck, 2010) • Técnicas de relajación (Jacobson, citado en Caballo 2007)
	Favorecer la adherencia farmacológica	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de tareas graduales (Beck, 2010) • Tarjetas de apoyo (Beck, 2010) • Resolución del problema (Beck, 2010)

PROBLEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
		<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en su trastorno y fármaco recibido.
<i>Hipomanía</i>	<p>Disminuir la probabilidad de aparición de otro episodio hipomaniaco.</p> <p>Favorecer la adherencia farmacológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de ejercicios prácticos de autoobservación para el tratamiento del TAB (Newman, et al, 2002) • Resolución anticipada de problemas (Newman, et al, 2005) <ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness (Segal, Williams & Teasdale, 2006) • Psicoeducación en su trastorno y fármaco recibido • Reestructuración cognitiva (Newman, et al, 2002)
<i>Bajo control de impulsos</i>	<p>Incrementar el autocontrol</p> <p>Favorecer la disminución de las conductas promiscuas y el comer en exceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tácticas de la tolerancia al malestar (Gempeler, 2008): <ul style="list-style-type: none"> ○ Distracción ○ Confrontarse a sí mismo ○ Mejorar el momento ○ Enumerar los pros y contras • Asignación de tareas graduales (Beck, 2010) <ul style="list-style-type: none"> • Técnica “stop” (Beck, 2010) • Habilidades de regulación emocional (Palacios, 2007).
<i>Conductas agresivas</i>	<p>Desarrollar habilidades sociales como: asertividad y la empatía</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales decisiones (Del Greco, citado en Caballo 2007) • Técnicas de relajación –Mindfulness (Segal, Williams & Teasdale, 2006). • Técnicas de desactivación fisiológica (Linehan, 2003) • Técnicas de ventilación emocional (Linehan, 2003) <ul style="list-style-type: none"> • Ensayos en la imaginación y Representación de papeles (Beck, 2010)
<i>Duelo no resuelto</i>	<p>Favorecer la elaboración de su duelo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación en duelo, silla vacía, cartas (Worden, 2013) • Debate socrático (Beck, 2010) • Reestructuración cognitiva (Beck, 2010)

PROBLEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS
<i>Percepción de sí misma negativa "Soy mala"</i>	Modificar la percepción que tiene la paciente sobre sí misma y los autoreproches.	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel cognitivo (Beck, 2010): • Evidencias a favor y en contra de la creencia. <ul style="list-style-type: none"> • Continuum cognitivo • Punto contrapunto • Tarjetas de apoyo • Debate socrático • Elaboración de creencias alternativas. • A nivel experiencial (Young, 1999): <ul style="list-style-type: none"> • Visualizaciones • Cartas • Reestructuración de recuerdos tempranos • Dramatización racional-emotiva
<i>Dificultad para tomar decisiones y resolver problemas</i>	Favorecer la sensación de autoeficacia y resolución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de ventajas y desventajas (Beck, 2010) • Técnicas de exposición en la imaginación (Beck, 2010) • Debate socrático (Beck, 2010) • Resolución de problemas (Beck, 2010) • Reestructuración cognitiva (Beck, 2010)
<i>Dependencia emocional</i>	Favorecer su autonomía, aumentar la confianza en sí mismo Modificar la percepción de necesidad del otro	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva (Beck, 2010) • Técnica dominio y agrado enfocado a la autonomía. • Tareas de autoprohibición (Castelló, 2005) • Ensayos conductuales (Beck, 2010) • Asignación gradual de tareas (Beck, 2010) • Desmentido experiencial (Safran y Segal, 1994; Yáñez, 2005). • Biblioterapia (Beck, 2010)

El plan de tratamiento va direccionado a reducir primeramente los síntomas depresivos y ansiosos de Clara. Allí se trabajará la terapia cognitiva conductual (terapia

abstracta), seguidamente, se pasará a la terapia cognitiva concreta para modificar creencias intermedias y nucleares, para este cometido se aplicarán algunas técnicas planteadas por Beck (2010) para la modificación de las creencias centrales e intermedias y se continuará con la aplicación de la terapia Centrada en Esquemas; adicionalmente, se tomó algunas herramientas prácticas de la Terapia Dialéctica comportamental para fortalecer el cumplimiento de los objetivos terapéuticos planteados.

Sumado a ello, se trabajará su activación fisiológica, su poca capacidad de control y sus respuestas agresivas. Para ello, se instruirá en relajación progresiva, *mindfulness*, postergación de impulsos, entrenamiento en habilidades sociales, exposición a situaciones que le generan irritabilidad que le den elementos para disminuir sus conductas agresivas e impulsivas, resolución de problemas, entre otros. De igual manera se hará énfasis en la disminución de la hipersensibilidad a la desaprobación y la crítica. Para elaborar el duelo de su pareja se trabajará por medio de la psicoeducación en duelo y utilización de técnicas experienciales y narrativas. Además, se trabajará su dependencia emocional, por medio de un trabajo de reestructuración cognitiva y conductual.

8.1 *Relación terapéutica*

La relación terapéutica en un factor positivo en el proceso, Clara se muestra empática, es abierta y sincera durante las consultas. En ocasiones tiende a impacientarse cuando la terapeuta trata de encontrarle validez a sus pensamientos automáticos negativos, por lo que se optó por revisar dicha manifestación a través del registro de pensamiento y su correspondiente distorsión y debate socrático, a lo que se concluye y se comprueba como esto es un tipo de estrategia compensatoria en respuesta a su creencia nuclear.

8.2 *Intervenciones y procedimientos*

La intervención se realizó a nivel cognitivo, emocional y conductual. Se inicia con terapia cognitiva concreta por medio de la reestructuración cognitiva, con el objetivo de disminuir su malestar emocional, allí se hizo socialización del modelo, explicación y aplicación del registro de pensamientos automáticos (Beck, 2010). Al identificarse los principales pensamientos automáticos negativos y cómo estos influyen en su emoción y conducta, se procedió a explicar las principales distorsiones cognitivas (Beck, 2010). A partir de este punto, la paciente pudo clasificar sus pensamientos automáticos negativos en errores típicos de pensamiento, lo que favoreció a su identificación y confrontación. Luego de ello, se explicó la diferencia entre un pensamiento negativo y un pensamiento alternativo y por medio del debate socrático (Beck, 2010), se comenzaron a gestar los principales pensamientos alternativos de la paciente a lo que se le pide que lleve registro y evalúe su nivel de creencia en cada uno de ellos.

A la par se trabajó la técnica de relajación de Jacobson (Jacobson, citado en Caballo, 2007) con el objetivo de bajar sus niveles de ansiedad donde se le pidió a la paciente cerrar sus ojos, tensionar y relajar sus músculos a medida de las indicaciones otorgadas. Conductualmente, se utilizó el control y programación de actividades (Beck, 2010), donde la paciente realizó un cuadro con los días de la semana y las horas del día, donde debía escribir sus actividades, metas diarias y el grado de satisfacción que obtenía con cada una de ellas con el fin de promover actividades placenteras para disminuir síntomas depresivos (Beck, 2010). Adicionalmente, se procedió a un entrenamiento en solución de problemas donde evaluó varios problemas, se realizó un análisis de ventajas y desventajas (Beck, 2010) y se le otorgaba un porcentaje de malestar y satisfacción,

posteriormente se realizó una lluvia de ideas de posibles soluciones y se le asignó un porcentaje de viabilidad a cada solución, la paciente terminaba con una posible solución que debía llevar a cabo una vez terminada la consulta.

Se realizó entrenamiento en habilidades sociales como la comunicación asertiva (Del Greco, citado en Caballo 2007), con el fin de disminuir sus conductas de agresividad hacia los demás, enseñando los tres estilos de comunicación, promoviendo que ella se identificara en uno de estos y reconociendo sus derechos asertivos, se realizaron juegos de roles para ir entrenando en asertividad. Para apoyar este objetivo se explicó y aplicó la técnica de asignación de tareas graduales y la postergación como actividad, con el fin de promover en ella menor probabilidad de tener una conducta agresiva y tener mejor control de sus impulsos.

Posteriormente, se dio paso a la terapia cognitiva abstracta para la identificación y modificación de creencias nucleares e intermedias (Beck, 2010), por medio de los registros de pensamientos, las verbalizaciones de la paciente y técnicas de evaluación como la flecha descendente (Beck, 2010), se develó su creencia nuclear, se confirmó con la paciente qué porcentaje creía en dicha creencia y se instruyó sobre la naturaleza de esa creencia y como estas son aprendidas y no innatas y por lo tanto se pueden someter a revisión. Se inició la modificación de las creencias por medio técnicas cognitivas (Beck, 2010) y experienciales (Young, 1999) para modificarla, como: revisión histórica de la creencia, imaginación y diálogo para la evaluación de esa creencia en su historia de vida, formulación de una creencia alternativa más funcional (buscando evidencias que la apoyen), dramatización racional emotiva, reestructuración de recuerdos tempranos, análisis de ventajas/desventajas, continuum cognitivo y tarjetas de recordatorio/apoyo. A nivel

experiencial se trabajó con imaginación para la reparentalización de recuerdos traumáticos, imaginación para la ruptura de patrones y cartas.

8.3 *Obstáculos*

Cuando Clara tenía algún problema en la semana de tipo afectivo, hacía que en la sesión se mostrara menos receptiva y atenta, se abordó este suceso un par de veces evaluando sus pensamientos automáticos y creencias intermedias y se logró mantener un nivel de interés y atención más estable durante las sesiones.

8.4 *Resultados*

En lo transcurrido de la terapia su ansiedad, tristeza e irritabilidad han bajado considerablemente.

Ha logrado tener un mayor control de sus pensamientos y de sus emociones, lo que ha generado una disminución de sus conductas agresivas.

Ha tenido mayor habilidad para el enfrentamiento y solución de problemas.

Ha desarrollado mayores habilidades en su relacionamiento social, lo que ha generado mayor estabilidad en sus relaciones laborales y familiares.

Ha favorecido a la elaboración de su duelo en un 80%.

Ha identificado su creencia nuclear y actualmente se ha trabajado en la reestructuración y modificación de ésta.

9. Descripción de sesiones

A continuación, se presentarán algunas descripciones y/o apartados de 5 sesiones correspondientes al proceso terapéutico. Se comenzará en la sesión número dos y se terminará en la sesión seis.

9.1 Sesión número dos

Objetivos:

Continuar psicoeducación en el modelo cognitivo

Instruir a la paciente en su trastorno

Disminuir sintomatología depresiva

Continuar la evaluación correspondiente

Clara se presenta con adecuada presentación personal acorde a su sexo y edad. Establece contacto ocular, llega ubicada en tiempo, persona y lugar. Estado de conciencia alerta.

Afecto ansioso. Reporta un malestar subjetivo de tristeza de 3 puntos en relación con la escala que se plantea (1 no se siente triste, 10 se siente extremadamente triste), expone un 8 en irritabilidad, adicionalmente reporta un 7 en escala USAS (Unidades subjetivas de Ansiedad). Expresa sentirse sorprendentemente calmada en relación con su tristeza, debido a que anteriormente tenía todo guardado y el espacio de la cita pasada (sesión uno), le sirvió para desahogarse y poder poner un poco más en orden su mente. Sin embargo, la ansiedad y la irritabilidad la han acompañado durante su semana con situaciones a nivel afectivo y laboral.

Se procede a pedirle que realice un pequeño resumen de la cita pasada, ella expresa no acordarse de dicho ejercicio (resumen), la terapeuta hace énfasis en la elaboración de un

pequeño recuento para que no perdiera de vista elementos esenciales de cada cita. Luego de ello, la paciente refiere que entendió la metodología de trabajo y como opera a grandes rasgos la Terapia Cognitiva-Conductual. Clara expresa su motivo de consulta encaminado a dudas que ha sentido frente a su malestar actual, pues desconoce qué es lo que presenta, unido a ello expone que en la semana existió una situación laboral que la afectó notoriamente. La terapeuta propone entonces unir dicha duda a la agenda del día con el objetivo de dar más claridad a su diagnóstico y recoger dicha situación laboral y abordarla a la luz de los objetivos planteados en la sesión primera (disminución de sintomatología depresiva y ansiosa).

En concordancia con la paciente se aborda en primera instancia la situación laboral que le generó malestar, dicha revisión se hace partiendo de su registro de pensamientos donde ella expone de manera más detallada el suceso, sus pensamientos, emociones y reacciones correspondientes. Se valida y normaliza la emoción y se procede a evaluar el contenido de sus pensamientos y la calidad de su respuesta. Se da énfasis en la importancia de entender cómo los pensamientos influyen en las emociones y conductas, que lejos de ser las situaciones, son las interpretaciones que se tienen de ellas y como estas interpretaciones del todo no son exactas ni realistas (Beck, 2000), seguidamente se realiza un debate de los pensamientos más perturbadores. Frente a este ejercicio se realiza también una observación frente a la generalidad de sus comportamientos que van muy encaminados a realizar conductas de tipo agresivo y como ello, podría convertirse en un objetivo terapéutico a trabajar durante el proceso.

Seguidamente, se abarca el último punto de la agenda relacionado al diagnóstico de la paciente, se realiza psicoeducación en su estado de ánimo y su posible trastorno (TAB) y se elabora una línea de diferenciación entre la tristeza, eutimia y la euforia, explicando que

en el momento actual ella estaba atravesando (luego de su hipomanía que estaba remitiendo) por síntomas depresivos y ansiosos, explicando además los contribuyentes observados hasta el momento (familiares, genéticos, ruptura sentimental, medicación actual (Sertralina)) que pudieron generar la sintomatología que ella había estado percibiendo en los últimos meses. La paciente se muestra ligeramente abatida por dicha observación, pero expresa estar de acuerdo y sentir que ello concordaba en gran medida a como ella se estaba sintiendo. La terapeuta hace énfasis en la necesidad de ir de nuevo a psiquiatría, con el fin de corroborar el diagnóstico, evaluar el medicamento que estaba tomando, pues no estaba teniendo el efecto deseado. La paciente accede y se procede con la elaboración de la remisión.

Se pasa a revisar el BAI que se le pidió traer a esa sesión ya diligenciado, ella alude no haberlo realizado, se elabora de inmediato un registro de ello y se le pide describir pensamientos relacionados con los ejercicios o tareas dejados en la sesión y como se sentía con ello. Ella expresa que, pese a que considera que son importantes, no priorizó sus actividades y, por ende, le fue imposible realizarlos. La terapeuta hace énfasis en la necesidad de dichos ejercicios para tener material de trabajo en sesión, por lo que opta realizar el BAI en consulta y acordar con la paciente un día en la semana en el que la paciente realizará los ejercicios asignados en la sesión.

Se asignan como ejercicios prácticos correspondientes a lo tratado en la sesión, redactar un pequeño resumen de la cita, realizar una actividad relacionado con el aumento de conductas agradables, seguir con el registro de Pensamientos Automáticos Negativos (PAN) e ir a cita de revisión con su psiquiatra.

9.2 Sesión número tres

Objetivos:

Disminuir sintomatología depresiva y ansiosa

Continuar con la paciente la instrucción de su trastorno

La paciente llega ubicada en sus tres esferas. Se muestra colaboradora en toda la sesión. Afecto marcadamente disfórico. Reporta un 6 en tristeza, 7 en ansiedad y 5 en irritabilidad. Expresa sentirse ansiosa y perturbada por una situación que aconteció ese mismo día con una compañera de su trabajo y la revisión que tuvo por psiquiatría que la dejó inquieta y triste. Se realiza un breve recuento elaborado por Clara de la cita pasada, a lo que alude su aprendizaje frente a su trastorno, le relación del pensamiento, emoción y la conducta y las tareas asignadas. Se le pide que exprese qué quisiera trabajar en la sesión, ella relata que su visita al psiquiatra la movió emocionalmente y fue un acontecimiento que anotó en su cuadro de registros y desea compartir, luego hubo una situación que había pasado ese mismo día de la cita que la dejó muy triste y no había alcanzado a poner en su registro, pero que deseaba verlo en la cita. La terapeuta con dichos elementos procede con el establecimiento conjunto de la agenda donde recoge dichos ítems y se propone comenzar a abordar su cita con la psiquiatra y seguidamente de la situación que vivió ese mismo día, abordando dichas situaciones a la luz de los objetivos trazados anteriormente, y finalizar con la revisión de sus tareas.

Se inicia entonces con el primer punto de la agenda donde la paciente por medio de su relato expresado en su registro de pensamientos dio cuenta de su malestar emocional frente a su diagnóstico, se procede a realizar validación y normalización de su emoción por parte de la terapeuta y se procede a responder las preguntas que la paciente tiene frente a la

devolución de la psiquiatra donde se aborda su diagnóstico ya confirmado por psiquiatría y se realiza psicoeducación en cuanto a la adherencia al tratamiento farmacológico, debido a que había sido cambiada la Sertralina por Ácido Valproico; el autocuidado correspondiente a dichas manifestaciones emocionales y el papel de la psicoterapia como contribución a su mejoría sintomática.

Luego de ello se procede a la revisión de sus pensamientos automáticos desprendidos de dicha situación, la terapeuta realiza el correspondiente debate de esos pensamientos y realiza psicoeducación de las principales distorsiones cognitivas (Beck, 2000), según se iba enseñando las distorsiones se iban clasificando los pensamientos emitidos por Clara en una distorsión determinada.

Se procede posteriormente a abordar el segundo punto de la agenda referida a la situación ocurrida ese mismo día con su jefe. La terapeuta propone realizar dicho análisis a la luz de su registro de pensamientos, donde aparecen pensamientos anticipatorios, conductas agresivas y autoreproches. La terapeuta realiza el debate de dichos pensamientos y ayuda a clara a detectar su error de pensamiento en dicha situación, adicionalmente hace psicoeducación sobre sus reproches, pues hacen parte de sus estrategias comportamentales ineficaces y se hace un abanico de respuestas alternativas a dichas manifestaciones.

Realizado lo anterior, la terapeuta enseña y realiza un ejercicio de relajación (Jacobson, 1929, citado en Caballo, 2007) que consiste en contraer y relajar según las indicaciones grupos musculares, para llegar a una relajación mental, dicho ejercicio se realiza con el objetivo de disminuir su ansiedad.

Finalmente, se revisa su ejercicio de dominio y agrado, y se asignan ejercicios prácticos para su casa sobre cómo realizar respuestas comportamentales alternativas frente

algún tipo de conflicto que se presente esa semana. Además, se le pide añadir al registro de PAN la distorsión cognitiva y repetir el ejercicio de relajación en su casa.

9.3 *Sesión número cuatro*

Objetivo:

Aumentar el control de las emociones e impulsos.

Clara acude a la sesión ubicado en las tres esferas y con un lenguaje fluido. Se evidencia afecto disfórico y físicamente se observa desanimada. Reporta un 8 en tristeza, 5 en ansiedad y 4 en irritabilidad. Expresa sentirse triste porque esa semana extrañó mucho a su ex novio y eso hace que se aumente su sentimiento de soledad. Se realiza un breve recuento elaborado por Clara de la cita pasada, y expresa que aprendió que hay un patrón de pensamiento, el cual siempre la hace actuar igual y este se debe a una creencia nuclear, la cual irá identificando en el proceso terapéutico, y que entendió cómo esos pensamientos se catalogan en distorsiones, los cuales ella considera que incurre en muchos.

Se le pide que exprese qué quisiera trabajar en la sesión, ella comenta que ha tenido varias tentaciones con diferentes hombres esa semana, que algunos ha podido ponerle un “pare”, pero a otros le ha quedado difícil, por lo que ella quiere saber por qué le cuesta tanto y cómo empezar a tener más “voluntad”, añade además que se ha sentido sola y eso ha aumentado su malestar emocional debido a que extraña a su ex novio.

La terapeuta propone aprovechar estas situaciones descritas para trabajar el control de sus emociones y posteriormente revisar sus tareas planteadas la sesión pasada.

Para abordar el primer punto de la agenda, se utiliza el registro de pensamientos para su análisis, allí se detallan las situaciones concernientes a sus encuentros con sus

parejas y que terminaban en encuentros sexuales donde ella luego se reprocha y culpabiliza, se evidencian sus principales pensamientos automáticos negativos con sus respectivas categorizaciones donde la paciente escribió qué distorsión del pensamiento corresponde a cada pensamiento que ella tuvo. Seguidamente, se indagan sus reacciones conductuales de tipo impulsivo, por lo que se debatió dicha conducta y se comparó con una respuesta alternativa que realizó durante la semana, la cual reforzó positivamente la terapeuta, ya que hubo una correcta postergación de sus impulsos y se sintió más empoderada de su vida y proceso, y finalmente, se pormenorizaron alternativas de respuesta de tipo conductual para no ceder a encuentros de tipo sexual con sus compañeros.

Se tomó por otro lado, el malestar expresado respecto a su exnovio, y cómo ello le generaba pensamientos de incapacidad de estar sola, allí se normalizó dicha emoción, y se comenzó a psicoeducar en dependencia emocional (Castelló, 2005) donde se le explica los patrones de comportamiento de un dependiente emocional y se hizo énfasis en las relaciones de transición, que hace parte del ciclo de la dependencia con la finalidad de entender su situación actual y su tendencia a buscar un compañero independientemente de quien sea para “no estar sola”.

Finalmente, se toma un pensamiento del registro que la paciente ha considerado que le ha traído más tristeza en la semana: “No puedo estar sola”, se le enseña a elaborar los cuadros siguientes planteados en el registro de pensamientos y se realiza su correspondiente debate socrático (Beck, 2000), esto llevó a reestructurar su pensamiento automático y transformarlo en un pensamiento alternativo de tipo “Es preciso tener tiempo para mí, la soledad me hace crecer y el resto vendrá luego por añadidura”.

Se le pregunta sobre los ejercicios prácticos de control de la agresividad y relajación asignados la semana anterior, ella reporta haberlos hecho y expresa cómo ello ayudó al

malestar emocional que ha sentido en su semana. Como tarea durante la semana se le asigna ejercicios donde se evidencie la postergación frente a un impulso, el registro de pensamientos con su debate socrático adjunto y continuar con el ejercicio de relajación.

9.4 *Sesión número cinco*

Objetivos:

Disminuir sintomatología depresiva y ansiosa

Disminuir conductas de tipo impulsivo y agresivo

Clara llega a la sesión ubicada en tiempo, persona y lugar. Demuestra un afecto tranquilo, se comienza a monitorear su estado de ánimo y se evidencia que la disforia ha disminuido, observándose un mejor control emocional. Reportando un 5 en tristeza, 3 en ansiedad y 5 en irritabilidad. Expresa sentirse tranquila, aunque hubo momentos en la semana que le ocasionaron rabia y tristeza.

Clara comienza realizando un pequeño resumen de la cita pasada, expresa la importancia que le dio a entender qué emoción debe ser congruente con la razón, que debe forjar su voluntad y empezar a decirse a sí misma “no”, para poder decirle no a los otros; adicionalmente, recalca cómo sus pensamientos hasta ahora han sido “engañosos” y cómo por medio del presente proceso aprendió a cómo cuestionarlos y quitarles tanto peso emocional.

Se le pide que exprese lo que desea trabajar en la sesión, ella enuncia querer trabajar en sus relaciones con sus compañeros y jefe, debido a que no sabe cómo manejar la presión que ella percibe de ellos, y sabe que sus reacciones no son las mejores.

La terapeuta recoge su motivo de consulta y procede al establecimiento conjunto de la agenda donde se proponen puntos como: Trabajar lo sucedido con sus compañeros y la presión que percibe de ellos, unidos a los objetivos planteados frente a su entrenamiento asertivo, aumento del control de impulsos, la disminución de su malestar emocional, y terminar con la revisión de las tareas asignadas la cita pasada.

Se inicia la ejecución de la agenda, revisando aquellas situaciones en las cuales ella percibe “presión” por parte de sus compañeros y que generan en ella reacciones conductuales de tipo agresivo. Se realiza un debate socrático (Beck, 2000), ello favoreció a su respectiva reestructuración, elaborando finalmente su pensamiento alternativo, frente a esta percepción.

Seguidamente, se toman dichas situaciones para la terapeuta exponer el mecanismo de acción de las creencias intermedias (Beck, 2000) y como estas actúan en términos de reglas, estrategias y actitudes, por medio de la flecha descendente se llegan a evidenciar sus principales creencias intermedias y frente a dichas manifestaciones se dio pie a su respectiva reestructuración por medio de análisis de ventajas y desventajas de dichas estrategias y se comenzó a realizar entrenamiento en habilidades sociales, comenzando por su ubicación respectiva en el continuum de la asertividad y dando posteriormente elementos de comunicación verbal y no verbal alternativas, combinado con entrenamiento en auto instrucciones, frente a las situaciones concretas que enunciaba la paciente. Finalmente, se hizo un pequeño juego de roles donde se clarificaba lo enseñado en una situación concreta expuesta anteriormente.

Al concluir la sesión, se evalúa su ejercicio de postergación al impulso en la semana, a lo que describe como exitosa, pero que con respecto a los hombres le ha sido difícil decir no o parar, la terapeuta hace énfasis retomando la psicoeducación sobre la

dependencia emocional en las relaciones de transición y cómo estas son una prolongación de su misma dependencia, que por tanto, el paso concerniente es aprender a ir rompiendo el ciclo tóxico de la dependencia (Castelló, 2005) para ello, se dejó de tarea, poner en práctica las autoinstrucciones frente al tema abordado y las conductas alternativas aprendidas.

9.5 *Sesión número seis*

Objetivos:

Disminuir sintomatología depresiva

Favorecer la elaboración de duelo

Clara se presenta con adecuada presentación personal acorde a su sexo y edad. Establece contacto ocular. Posee orientación en sus tres esferas. Estado de conciencia alerta.

Demuestra afecto tranquilo. Se realiza una breve actualización de su estado de ánimo y puntúa 3 en ansiedad, 5 en tristeza e irritabilidad. Se indaga sobre su medicación, a lo que reporta estar estable y adherente a la terapia farmacológica. Comenta que esa semana ha estado muy tranquila y que solo tuvo un evento ese mismo día de la cita que activó su tristeza y la puso irritable.

Se le pide revisar la sesión pasada a lo que ella alude tener mayor claridad de la operatividad de sus pensamientos y como ellos parten de ciertas estrategias (creencias intermedias) que la llevan a realizar actos o comportamientos poco eficaces. Adicional a ello, expresa que la cita pasada le dio esperanza, debido a que tiene mayor conocimiento de sí misma y del por qué actúa, piensa y siente como en ocasiones lo hace.

Se le pide expresar lo que quiere trabajar en sesión y comenta que no ha tenido eventos a excepción de una situación que le recordó a su ex novio que le generó tristeza.

La terapeuta y la paciente recogen lo expresado por la paciente y se incluye en la agenda del día junto con la revisión de las tareas asignadas previamente.

Se procede con el primer punto de la agenda donde se aborda dicha situación que ocurrió ese mismo día (echo similar a la sesión pasada) y se favorece la descarga emocional por parte de la paciente, luego de ello, se induce la paciente en la necesidad de elaborar un duelo para darle cierre a su situación afectiva pasada, y se comienza a psicoeducar en las fases del duelo (Worden, 2013), donde la paciente detecta en qué fase se encuentra. Se detectan las tareas a trabajar a partir de ello y se establece el primer ejercicio para la siguiente sesión relacionado a lo abordado.

Se enlaza dicha situación con los objetivos propuestos en la terapia y la terapeuta recoge diferentes pensamientos que le han generado mayor carga emocional a la paciente y realiza una flecha descendente con el objetivo de identificar su creencia central (Beck, 2000), al realizar dicho ejercicio se evidencian dos creencias correspondientes al desamparo y a la inamabilidad, se le indaga cuál de ellas tiene mayor peso emocional, ella reporta que la creencia de inamabilidad “soy mala” tiene mayor incidencia en su vida. Luego de ello, se instruye a la paciente acerca de la naturaleza de la creencia central y la forma como esta opera en la vida de las personas y la necesidad de modificarla.

Se revisan las tareas para la casa asignados la cita pasada tales como el ejercicio de autoinstrucciones frente a sus conductas de tipo impulsivo al igual que la aplicación de conductas alternativas frente a su relacionamiento con los otros y se procede a la asignación de ejercicios para su hogar con el fin de debilitar el porcentaje de credibilidad que la paciente le otorga a su creencia nuclear como evidencias a favor de dicha creencia.

10. Marco conceptual de referencia

Las patologías que se proponen abordar en el presente marco teórico corresponden al TLP y el TAB. Inicialmente, se explicará las generalidades, criterios, prevalencia, teorías explicativas, perfil cognoscitivo, tratamiento con estudios de punta y protocolos para la intervención desde la Terapia Cognitiva (TC). Seguidamente, se compartirá la conceptualización que corresponde al TAB. Esto con el propósito de presentar una estructura más organizada que facilite la comprensión de dichos trastornos, para la psicología.

10.1 *Trastorno de Personalidad Límite. Antecedentes históricos del concepto límite.*

Antiguamente, filósofos como Homero, Hipócrates y Areteo hablaban de estados emocionales como “la ira impulsiva, la manía y la melancolía”; refiriendo que podían ser oscilantes y que las personalidades estaban sujetas a ellos. Del mismo modo, desde la medicina algunos autores han identificado la presencia en una sola persona de estados de irritabilidad, euforia y depresión (Millon & Davis, 1998); indicando la presencia de polaridades en los estados emocionales que pueden ser experimentadas por alguien.

El concepto *límite* o *limítrofe* de la personalidad corresponde a una continuación de tipo grave en cuanto a otros Trastornos de Personalidad (TP), por ejemplo, el dependiente, histriónico o pasivo-agresivo (Millon & Everly, 1994) al igual que a un nivel intermedio del funcionamiento de la personalidad (Caballo & Camacho, 2000).

Inicialmente, se consideraba que el TLP pertenecía al espectro de la esquizofrenia (Caballo & Camacho, 2000; Gunderson, 2002). Posteriormente se pensó en relacionar esta problemática con un trastorno de tipo afectivo de acuerdo con la labilidad emocional que se

manifiesta en su sintomatología (Sampietro & Buratti, 2012). A sí mismo, se ha considerado como una dificultad en cuanto al control de impulsos (Zanarini & Frankenburg, 1997). De allí a que hayan surgido en la historia diferentes conceptualizaciones para intentar definir o diferenciar su cuadro sintomatológico, entre ellas están terminologías como: “personalidad cicloide, trastorno ambivalente de la personalidad, trastorno impulsivo de la personalidad, trastorno lábil de la personalidad” (Caballo & Camacho, 2000, p. 32).

En este sentido, durante el proceso de evolución del concepto de Trastorno Límite de Personalidad, se ha comprendido que entremezcla una sintomatología psicótica y neurótica, por esta razón cuando se presentaba alguna dificultad para establecer un diagnóstico específico, se usaba este concepto con el objetivo de lograr definir que la persona se encontraba bordeando el límite de la anormalidad (Beck y Freeman, 2005).

Con relación a ello, en la década de los 80, se decidió introducir este trastorno en el DSM III (Stone, 2006), con el objetivo de identificar la nosología e importancia para el diagnóstico en el ámbito clínico. Es así como se logra relacionar esta problemática con la inestabilidad en distintas áreas de la vida personal; como el componente interpersonal y la autoimagen (APA, 1980).

A continuación, un recuento histórico del concepto Límite:

Tabla 4.

Recorrido Histórico del Trastorno de Personalidad Límite (Millon & Davis, 1998).

Año	Evento
1684	Bonet establece el término Folie (locura) maniaco-mélancolique.
Siglo XVIII	Shacht y Herschel, refuerzan a Bonet donde exponían inestabilidad del humor que contenía una regularidad periódica de altos y bajos.

Año	Evento
1854	Baillarger y Falret nombran este fenómeno como Folie circulaire (locura circular) y Folie a double forme (locura doble) Luego de 30 años de trabajo con personas con “depresiones irregulares”.
1882	Kahlbaum habla de la relación entre la manía y melancolía de estos rasgos y definió la variante más normal del trastorno como ciclotimia y la variante más grave como vesania typica circularis (la locura circular típica).
1884	Hughes escribe sobre la locura “Límite” como estos se movían en una zona crepuscular entre la “razón y la desesperanza”.
1921	Kraepelin promueve el término de “personalidad excitable”
Formulaciones Modernas	
1925	Kretschmer habla del temperamento mixto cicloide-esquizoide.
1923/ 1950	Schneider describe a este fenómeno como personalidad “lábil”.
1925	Reich los denomina “caracteres impulsivos”.
1933	J. Kasanin acuña el término como “esquizoafectivo
1938	Stern denomina a estos pacientes como “grupo límite de las neurosis”.
Formulaciones contemporáneas	
1947/1959	Schmideberg utiliza el término límite en publicaciones posteriores a la Segunda Guerra Mundial.
1952/1953 /1970	Wolberg, Knight y Frosch, describen mayormente características clínicas de pacientes con trastorno de personalidad límite, desde la óptica psicoanalista.
1953	Jacobson interpreta el comportamiento de los ciclotímicos como “límites”.
1963	Modell realiza una descripción de estos pacientes con tendencia a la “relación transicional”, “omnipotencia mágica” y “omnipotencia destructiva”.
1965	Easser y Lesser realizan una formulación psicoanalítica del tipo “límite histeroide”.
1968	Grinker y Cols. realizan la primera investigación empírica sistemática que incluía pacientes límites.
1975	Mahler y Cols. contribuyen a la comprensión del trastorno límite
1975	Millon presenta al comité del DSM III el “límite cicloide”
1975	Gunderson y Cols. insisten en acuñar al trastorno límite como un trastorno definido de la personalidad.
1984	Ya con los autores, Klein, Fairburn, Winnicott y Kernberg se potenció la atención en la literatura contemporánea sobre la organización de la

Año	Evento
	personalidad límite como personalidad intermedia entre las organizaciones neurótica y psicótica.
1990	Beck y Freeman trataron el trastorno límite desde una perspectiva más cognitiva que afectiva.
1993	Benjamin habla del papel de las dificultades interpersonales de los pacientes límites.
1993	Perry Herman resalta el papel de los abusos y traumas infantiles.
1993	Linehan describe a los sujetos límites como personas con irregularidades emocionales y sugiere que la patología fundamental es una combinación de vulnerabilidad emocional e incapacidad para regular el afecto, bajo el contexto de un entorno invalidante.

10.2 Generalidades del DSM en cuanto al TLP

Desde el DSM IV-TR paradigma categorial, se ha agrupado los Trastornos de Personalidad en tres secciones, inicialmente se encuentra la tipología excéntrica, luego los dramáticos o impulsivos y, por último, las personas caracterizadas por un sentimiento ansioso y temeroso (Caballo & Camacho, 2000). Específicamente, el TLP pertenece al segundo grupo (dramáticos e impulsivos) que corresponde al 1,5% de la población, en donde se manifiesta una sintomatología heterogénea (Perry & Klerman, 1978). Así mismo, en cuanto al modelo que propone el DSM IV-TR, se encuentra que los TP se definen como un patrón de comportamiento de tipo inflexible y generalizado en la persona, así mismo se presenta un malestar significativo o deterioro en la calidad de vida y relaciones interpersonales. Específicamente, se inicia en la adolescencia o edad adulta temprana.

Criterios DSM-IV (TR). Se presenta un modelo categorial en la explicación y diagnóstico de los TP, siendo relevante el hecho de percibir cada trastorno desde una perspectiva cualitativamente diferencial, mientras que en el DSM 5 en la sección III se propone una perspectiva de tipo dimensional (Esbec & Echeburúa, 2014), explicando que

cada trastorno es considerado como una variación en la conducta adaptativa identificada en la persona y que se puede entremezclar las características diagnósticas entre sí debido a su comprensión integradora.

Particularmente desde DSM- IV (TR), el TLP se caracteriza por presentar inestabilidad en el establecimiento de relaciones interpersonales, autoimagen, afectividad y alto índice en reacciones de tipo impulsivo que comienza desde antes de la edad adulta (Carranza, 2002). Los criterios para el diagnóstico de este trastorno son:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2000, p. 671).

Criterios DSM 5. Como se mencionó anteriormente desde el DSM 5 (Sección III) se ha pretendido generar un modelo alternativo para la comprensión de los TP en la consulta individual, considerando que el trastorno debe caracterizarse principalmente por presentar una dificultad en el funcionamiento de la personalidad debido a los rasgos de tipo patológico que se evidencia en la persona, así como inflexibilidad cognitiva y problemáticas en el entorno social y familiar. Para la situación específica que corresponde al TLP se encuentra que a nivel personal (identidad y autodirección) se presenta inestabilidad, excesiva autocrítica, dificultad en la conformación de metas y cumplimiento de las aspiraciones en la vida cotidiana. Ahora bien, de acuerdo con el establecimiento de relaciones interpersonales se comparte que en cuanto a la empatía e intimidad la persona con TLP puede presentar una dificultad en el reconocimiento de las necesidades y estado emocional manifiesto en los demás, hipersensibilidad personal y preocupación de tipo ansioso frente al sentimiento de posible pérdida en cualquier relación establecida. Así mismo, existe la posibilidad de manifestarse impulsividad, hostilidad o tendencia marcada a la toma de riesgos en la vida personal en presencia de labilidad emocional, episodios de depresión, ansiedad e inseguridad (Merced, 2015).

A continuación, los criterios diagnósticos propuestos para el TLP en el DSM 5 (APA, 2012):

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. Identidad: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.

2. Autodirección: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.
 3. Empatía: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.
 4. Intimidad: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobreimplicación y distanciamiento.
- B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, o (7) hostilidad:
1. Labilidad emocional (un aspecto de la afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.
 2. Ansiedad (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.
 3. Inseguridad de separación (un aspecto de la afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.
 4. Depresión (un aspecto de la afectividad negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza

generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.

5. Impulsividad (un aspecto de la desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento autolesivo en virtud de la angustia emocional.

6. Asunción de riesgos (un aspecto de la desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. Hostilidad (un aspecto del antagonismo): sentimientos de enojo persistentes o frecuentes; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores (p. 766-67).

CIE-10. Por su lado, la OMS (1993) plantea en el CIE-10 criterios para el diagnóstico del TLP. Cabe señalar que, para referirse a éste, el CIE-10 usa el término de “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”, el cual se encuentra clasificado en dos tipos, tipo impulsivo y el tipo limítrofe (borderline). A Continuación, la descripción de los criterios de acuerdo con el tipo:

Tipo Impulsivo

- a. Debe cumplir con los criterios generales de trastorno de la personalidad.
- b. Al menos tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número (2):
 1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias
 2. Marcada predisposición pendenciera y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.

3. Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

Tipo limítrofe (borderline)

- a. Debe cumplir con los criterios generales de trastorno de la personalidad
- b. Deben estar presentes al menos tres de los síntomas mencionados en la parte superior, además de al menos dos de los siguientes:
 1. Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
 2. Facilidad para verse implicados en relaciones íntimas inestables, que a menudo termina en crisis sentimentales.
 3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
 4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
 5. Sentimientos crónicos de vacío (p.163).

10.3 Diagnóstico diferencial del TLP

Según la APA (2014), el TLP se presenta a menudo con un trastorno depresivo o Trastorno bipolar, así que puede diagnosticarse ambos en caso de cumplirse los criterios para cada uno. Es importante además evaluar la historia de vida personal que manifiesta el paciente, el inicio de este patrón conductual y la evolución o curso que ha tenido hasta la actualidad.

Sin embargo, para efectos del presente trabajo de grado se hace distinción entre el TAB y el TLP en cuanto a que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos; sin embargo, en el TAB estos síntomas se presentan como elevados (euforia) y bajos (depresión) extremos y de forma alterna, mientras que en el TLP las oscilaciones del estado de ánimo están influenciadas por factores en las relaciones interpersonales y su duración y la intensidad de los síntomas es menor que en el trastorno bipolar (APA, 2014). Sin embargo, ambas problemáticas se evidencian en el caso actual y se contemplan como entidades complementarias pero separadas.

Por otro lado, según la APA (2014) este trastorno puede confundirse con otros trastornos de la personalidad (p. ej., el histriónico) en la medida en que existe entre sí algunas características en común, como la manipulación emocional y búsqueda incontrolada de atención. Sin embargo, el TLP difiere en cuanto a este último debido a que existe una tendencia a la autodestrucción y sentimiento de vacío intenso. En cuanto al trastorno de personalidad esquizotípico se comparte la característica de ilusiones de tipo paranoide, pero finalmente difiere en cuanto al tiempo, debido a que en el TLP estos episodios se caracterizan por ser transitorios en el tiempo. Así mismo, el trastorno de personalidad paranoide y narcisista se relaciona con el TLP en la importancia que se otorga cada individuo a su imagen personal, sin embargo, es significativamente diferente en la medida en que este último presenta impulsividad y preocupaciones de abandono constantemente. Ahora bien, el trastorno de personalidad antisocial se relaciona con el TLP en la reacción manipuladora que presenta, pero difiere en el sentido en que el antisocial busca una gratificación material, mientras que el otro trastorno sólo pretende el reconocimiento e interés de quien merece su afecto. Por último, el TLP puede identificarse como personalidad dependiente en correspondencia con el miedo al abandono, pero éste

último reacciona ante una percepción real o imaginaria de abandono con sentimientos de vacío emocional, rabia, y exigencias, mientras que la persona con TPD reacciona de forma sumisa, calmada, y busca inmediatamente una nueva relación que reemplace los cuidados y el apoyo (Millon y Davis, 1998).

Ciertas patologías pertenecientes a la dimensión de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta presentan criterios comunes con el TLP y se hace indispensable distinguirlas; entre ellas se encuentra el trastorno explosivo intermitente, el cual comparte con el TLP arrebatos agresivos impulsivos, problemáticos y recurrentes, sin embargo, el nivel de agresividad impulsiva que manifiestan los individuos con trastorno explosivo intermitente es mayor que los que expresan los pacientes con TLP (APA, 2014).

Por último, el TLP también se suele confundir con un cambio de personalidad debido a otra afección médica, como un cambio de modo significativo en el funcionamiento relacionado con el Sistema Nervioso Central. Tampoco se diagnostica en presencia de los efectos que conlleva el consumo de Sustancias psicoactivas o trastornos de identidad personal (APA, 2014).

10.4 Prevalencia, curso y desarrollo

El TLP es considerado uno de los trastornos más frecuentes e investigados epidemiológicamente (Cervera, Haro, Martínez-Raga, 2005). De acuerdo con la APA (2014):

Se estima en un 1,6 % la prevalencia del trastorno de la personalidad límite, pero podría ser tan elevada como un 5,9 %. La prevalencia en la atención primaria es de alrededor del 6 %, del 10 % entre los individuos que acuden a los centros de salud

mental, y del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad (p.665).

No obstante, también se considera la posibilidad de aumentar esta cifra a un 6 % (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007), en cuanto a la atención primaria. El trastorno límite dentro de los trastornos de la personalidad oscila entre el 30,0% y 60,0%. La preponderancia de mujeres alcanza las tres cuartas partes (Gradillas, 2002), hecho que se corresponde con la APA (2014) donde establece que el TLP se diagnostica de forma predominante en las mujeres (aproximadamente un 75 %).

En un estudio realizado por Ferrer et al. (2015) sobre la prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, se encontró una marcada tendencia del Trastorno Límite de Personalidad (18,9%) posicionándose en el primer lugar de los trastornos de personalidad evaluados.

Según Cervera, Haro, Martínez-Raga (2005) por su alta comorbilidad con los trastornos afectivos, de ansiedad y de abuso de sustancias, y la presencia de intentos de suicidio, el TLP es un trastorno con elevada demanda asistencial, debido a su frecuente aparición en poblaciones clínicas.

En la edad adulta se encuentra un patrón de inestabilidad que se caracteriza por un descontrol de tipo afectivo e impulsivo, presentando además riesgo al suicidio que puede disminuir con la edad. Así mismo, la tendencia a establecer relaciones interpersonales de manera intensa puede perdurar durante toda la vida en la persona, así como los episodios de intensidad y labilidad emocional. Sin embargo, a partir de los 30 y 40 años suele disminuir la inestabilidad e inconsistencia que se manifiesta en este trastorno de personalidad. Desde la APA (1995) se afirma que son mayores las alteraciones y riesgos de suicidio en pacientes con TLP al inicio de la edad adulta, como afirman Sampietro y Buratti (2012), entre el 5%

y el 10% de los pacientes con diagnóstico de TLP fallecen por suicidio, constituyendo un índice muy superior al de la población general, sin embargo, dichos riesgos podrían disminuir con el paso del tiempo, por ejemplo, en la cuarta o quinta etapa de la vida, logrando una mayor estabilidad en el ámbito laboral e interpersonal.

Dentro de los Factores de riesgo y pronóstico, la APA (2014) evidencia que, a nivel genético y fisiológico, el TLP es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares biológicos de primer grado de las personas con el trastorno. Así mismo, hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares

10.5 Comorbilidad

Paihez, y Palomo (2008), en un estudio que realizaron con una muestra de 1.145 personas diagnosticadas con TLP encontraron que esta patología se relaciona con otros trastornos tanto del eje I como del eje II del DSM-IV, hallándose su comorbilidad en un 87.1% de los casos.

El TLP puede asociarse con otros síndromes de tipo clínico en relación con el eje I, como los Trastornos de Ansiedad (generalizada y fobia social), Trastornos Disociativos, trastorno Esquizoafectivo, trastorno del control de los impulsos, trastornos alimenticios, por uso sustancias y a los trastornos del estado de ánimo, como el TAB, la distimia, predominando en este grupo el trastorno depresivo mayor (APA, 2014; Millon & Everly, 1994). Por otro lado, en cuanto a relación con el Eje II, Millon y Everly (1994) expone que el TLP se encuentra relacionado principalmente con el Trastorno de Personalidad Antisocial, Histriónico, Dependiente, Evitador y Esquizotípico.

10.6 *Etiología del TLP*

Autores como Linehan (1993), Millon (1994, 2001, 2006), Beck y Freeman (2005) y Young (1983, 1990; Young y Swift, 1988) han presentado una variedad de perspectivas cognitivo-conductuales de este trastorno. A continuación, se presentará un breve esbozo de cada perspectiva para tener una mayor claridad etiológica del TLP.

La teoría de Aprendizaje Social propuesta por Millon y Davis (1998), atribuyen especial atención a la falta de sentido e incoherencia en la identidad que posee una persona con este diagnóstico (Millon, Davis, Millon, Escovar & Meagher, 2001). Esto obedece igualmente a factores de orden biológico, psicológico y sociológico para conformar finalmente la dificultad que se evidencia en el establecimiento de metas y objetivos personales. Así mismo, existe una carencia en la autorregulación emocional y resolución de conflictos en su vida personal (Burgal y Pérez, 2017).

Millon (1994) propone un desarrollo y patología particular por cada subdivisión de la personalidad.

Limite-dependiente. Incluye un número desproporcionado de familiares blandos y faltos de energía. Presentan un comportamiento educado, triste y lastimoso, que evoca una sobreprotección parental. Este sobrecontrol influye en su desarrollo neuropsicológico y perjudica el sentido de autonomía, por tanto, una autoimagen de incompetencia e inadecuación. Éstos si llegan ser rechazados por aquellos que dependen, la ansiedad por separación y el trauma del rechazo aumentan su deterioro.

Limite-Histriónico. Posee una historia familiar caracterizada por una alta reactividad vegetativa. De niños presentan hiperreactividad, debido a que son expuestos a altos niveles de estimulación, que resulta en un comportamiento de búsqueda constante o

necesidad de estimulación. En cuanto a el control parental, se ha desarrollado mediante un refuerzo contingente y con frecuencia variable, que tiene como resultado, que el individuo se sienta competente y aceptado solo si su comportamiento es explícitamente aceptado por otros. También pueden estar expuestos a modelos parentales histriónicos. Cuando no tienen la gratificación del medio, estos sujetos tienden a experimentar cambios cíclicos en el humor y se vuelven más dramáticos y extensos.

Límite-pasivo-agresivo. Padecen una inconsistencia parental durante su educación. Son expuestos a vacilaciones entre el afecto exagerado y el maltrato verbal o físico. Muchos de estas personas son producto de familias desestructuradas, los padres sirven como modelo de conducta variable, vacilante y pasivo-agresiva. En su lado más deteriorado este grupo de sujetos puede experimentar explosiones irracionales y violentas, intercambiados con episodios de remordimiento y culpa.

El papel de los abusos físicos en la infancia. Los abusos físicos y verbales desempeñan un papel importante en el desarrollo de esta patología.

Papel de la inconsistencia social. Se presentan cuando los valores y prácticas de una sociedad son inconsistentes, lo que lleva a que estos individuos tengan un déficit en cuanto a la solidez y estabilidad psíquica y déficit en cuanto a fuentes de modelado y apoyo.

Desde el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993), desde una mirada más de tipo conductual, propone la existencia de factores de tipo ambiental y biológico que se relaciona con la desregulación emocional y los patrones conductuales que presenta el trastorno. Esta autora presenta una conceptualización de tipo conductual (Terapia Conductual Dialéctica) para abordar el problema que se relaciona con un TLP, así que la principal disfunción en este trastorno es la dificultad en la autorregulación emocional que

posiblemente corresponda a algún factor de orden fisiológico y ambiental que explica la reacción impulsiva en el individuo (Linehan, 1993).

Es decir, la disregulación emocional como disfunción principal de los sujetos con TLP, es el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante (Linehan citada en De la Vega y Sánchez, 2013). Así, el niño que ha nacido biológicamente vulnerable crece en un ambiente que responde de forma errática o exagerada a sus eventos internos (emociones, sensaciones, preferencias, entre otros), negándolos o atribuyéndolos a rasgos negativos de la personalidad. Las familias invalidantes restringen las demandas del niño, no tienen en cuenta sus preferencias y utilizan el castigo como forma de controlar la conducta. En este ambiente, el niño no aprende a poner nombre a sus emociones, modularlas, tolerar el malestar o confiar en sus repuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. Como consecuencia, durante su infancia y la vida adulta, estas personas tienen mayor sensibilidad emocional, dificultades para modular el afecto y un lento retorno a la línea base, lo que dificulta seriamente su capacidad de adaptación vital y da lugar a la mayor parte de síntomas y signos característicos del TLP (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009).

Por otro lado, Young (1983), ha desarrollado un enfoque de tipo cognitivo y conductual centrado en los esquemas que puede surgir desde temprana edad en el individuo (TCE). De esta manera, se considera la existencia de algunos Esquemas Maladaptativos Tempranos en el TLP, como temor al abandono, incapacidad de ser amado, dependencia, subyugación, desconfianza/abuso, autocontrol o autodisciplina insuficiente, culpa/castigo y privación emocional (Young y First, 1996). Esto quiere decir que la activación de los esquemas puede surgir frente a diferentes acontecimientos, ocasionando por ende distorsiones en el pensamiento, dificultad en la regulación emocional y expresión de

conductas inadecuadas. Por otro lado, tomando a Young, J., Klosko, J y Weishaar, M. (2003) se proponen unos modos o formas de esquemas presentes específicamente en el TLP, estos son:

Niño Vulnerable: refiere al niño interior que sufre. Es la parte del paciente que siente el dolor y el terror asociados con sus esquemas, incluidos el abandono, abuso, privación imperfección y subyugación.

Niño enfadado e impulsivo: este modo surge cuando el paciente está enfurecido o se comporta impulsivamente, porque sus necesidades no han sido satisfechas. Los mismos esquemas pueden ser activados en el modo de niño vulnerable, pero la emoción experimentada en el niño enfadado e impulsivo suele ser la ira.

Padre o madre castigador: es la voz internalizada del padre o de la madre, que critica y castiga a la persona. Cuando se activa este modo el paciente se convierte en cruel persecutor, normalmente de sí mismo.

Protector aislado: el paciente se cierra a todas las emociones, se desconecta de quienes lo rodean y funciona de un modo casi robótico.

Adulto sano: el modo de adulto sano es extremadamente débil y poco desarrollado en la mayoría de los pacientes con TLP, sobre todo al comienzo del tratamiento. En cierta manera ahí reside el problema: los pacientes con TLP carecen de un modo parental tranquilizador que les calme y cuide de ellos. Esto contribuye significativamente a su incapacidad para tolerar la separación (p. 455).

Por otro lado, Beck y Freeman (2005) plantean que en los individuos con TLP existen tres supuestos básicos que son centrales para la generación de dicho trastorno, estos supuestos son: “el mundo es peligroso y malo”, “soy impotente y vulnerable”, y “soy intrínsecamente inaceptable”. Dichas creencias conllevan a la persona a concluir que es peligroso dar a conocer la propia debilidad, “perder el control” y experimentar que no se puede escapar con facilidad de determinadas situaciones (Cervera, Haro y Martínez, 2005).

Perfil cognitivo. La persona que presenta un TLP manifiesta un pensamiento de tipo fluctuante con ideas anticipatorias de abandono; actitud y emoción ambivalente hacia sí mismo, los demás y el mundo; falta de propósitos y establecimiento de metas a nivel personal, así como una actitud de tipo autosuficiente. Así mismo, se puede identificar un pensamiento cuasi psicótico e ideas de orden paranoide (Caballo y Camacho, 2000). Además, se encuentra un temor excesivo al desprecio que está acompañado de idealización y devaluación repentina hacia los demás de manera simultánea, así como el hecho de considerar al otro como exigente, entrometido, controlador y dominante, pero, al mismo tiempo como figuras con posibilidad de recibir aprobación y aceptación. Por último, se considera constante una actitud de culpabilidad, autocrítica, hostilidad y labilidad emocional respecto al sí mismo, en presencia de creencias como “ser controlado por los demás es intolerable”, “tengo que hacer las cosas a mi manera” “merezo aprobación por las acciones que he hecho”.

Desde la terapia para los Trastornos de la Personalidad, Beck y Freeman (2005), afirman que el TLP presenta algunas estrategias que están hiperdesarrolladas, como la autonomía, resistencia, pasividad y auto sabotaje. Así también se presenta otro tipo de estrategias que están infradesarrolladas, como la capacidad de intimar en el establecimiento de relaciones interpersonales, asertividad y cooperatividad en la vida cotidiana. Además, se manifiesta como importante el hecho de obtener reconocimiento por parte de las figuras de autoridad, pero manifestando de manera simultánea una actitud autónoma que se promueve con el propósito de conservar la identidad personal. A continuación, el perfil cognitivo sintetizado obtenido de (Beck, & Freeman, 2005):

Tabla 5.

Perfil cognitivo del TLP (Beck & Freeman, 2005).

Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad

Concepción de sí mismo

El paciente con TLP se ve a sí mismo como vulnerable al rechazo, a la traición o a ser dominado, así como carente de apoyo emocional, indefenso, fuera de control, defectuoso, imposible de amar y malo.

Concepción de los demás.

Estos pacientes perciben a los demás (idealizados) fuertes, protectores, dignos de amor y perfectos, sin embargo, cambian de concepto con rapidez (devaluándolos) percibiéndoles crueles, rechazadores, que abandonan, controladores y traidores.

Principales creencias

Presentan creencias típicas, como: “necesito de alguien en quien confiar”, “no puedo soportar los sentimientos desagradables”, “si me fío de alguien, me maltratará y abandonará”, “lo peor que le puede pasar a uno es que lo abandonen”, “soy alguien necesitado y débil” “me resulta imposible controlarme a mí mismo”, “merezco que me castiguen” “si me dejan sólo, no puedo manejarme por mí mismo”.

Estrategias

Utilizan como estrategias, subyugar sus propias necesidades para conservar la relación de pareja; protestar teatralmente o adoptar el papel opuesto, amenazar, discutir y violentar a aquellos en los que

Perfil cognitivo del Trastorno límite de la personalidad

percibe signos de rechazo; además, utilizan la autolesión y la conducta autodestructiva para aliviar el dolor emocional y usan el suicidio como una forma de escape.

Por último, se describirán brevemente las características clínicas evidenciadas por

Millon:

Tabla 6.

Ámbitos clínicos del prototipo límite (Millon y Davis, 2000).

<p>Nivel comportamental:</p> <hr/> <p><i>Expresivamente irregular</i></p> <p><i>Interpersonalmente</i></p> <p><i>paradójico</i></p>	<p>Son personas que manejan niveles de energía inusuales moviéndose a impulsos inesperados y precipitados, lo que pone en peligro la activación y el equilibrio emocional, provocando en el paciente comportamientos recurrentes de automutilación o suicidio.</p> <p>A pesar de que son necesitados de afecto y atención, se comportan manipuladores y volubles, ocasionando de este modo rechazo; además reaccionan de forma iracunda y auto-lesiva por temor al abandono y a la soledad.</p>
<p>Nivel Fenomenológico</p>	<p>Cambia de pensamientos y percepciones con rapidez, al igual que las emociones sobre sí mismo y los demás, pasan del amor a la cólera y a la culpa; provocan en las demás reacciones contradictorias, sus relaciones son confusas y conflictivas.</p> <p>Imagen de sí mismo insegura y extrema, que suele acompañarse de sentimientos de vacío. Buscan corregir sus acciones y auto</p>

Cognitivamente caprichoso
Autoimagen insegura
Representaciones objetales incompatibles

representaciones con manifestaciones de arrepentimiento y comportamientos auto-punitivos. Con presencia de recuerdos conflictivos, actitudes incongruentes, necesidades paradójicas, emociones contradictorias, impulsos descontrolados y estrategias inadecuadas para resolver conflictos.

Nivel intrapsíquico:

Mecanismos de regresión
Organización dividida

En situaciones de estrés, son vulnerables a la ansiedad, carecen de control de los impulsos y adaptación social, se vuelven incapaces para afrontar exigencias y resolver conflictos.
 Los niveles de conciencia suelen alterarse provocando movimientos rápidos de un lado a otro, lo que produce oscilaciones entre el orden y la coherencia psíquica, ocasionando de este modo episodios psicóticos relacionados con el estrés.

Nivel biofísico:

Estado anímico lábil

Manifiestan inestabilidad afectiva, en la cual experimentan cambios desde la normalidad a la depresión, a la exaltación o periodos de abatimiento y apatía en los que se entreveran episodios de ira intensa e inapropiada, y breves intervalos de ansiedad o euforia.

10.7 Tipos o variantes del trastorno límite de personalidad

Las variantes de tipo clínico que podría reflejar un patrón límite en la personalidad han sido referenciadas por Millon y Davis (2000) como manifestaciones o configuraciones que se encuentran en el núcleo de este trastorno. Ello debido a que la personalidad límite presenta un nivel alto de patología estos autores no plantearon variable de tipo normal. A continuación, se presentan las distintas variantes clínicas.

Síndrome de la infancia. Estos niños se caracterizan por sus manifestaciones de mal genio, de irritabilidad, de comportamiento inquieto e hiper - móvil, además exhiben

exageradas rabias sin razón aparente; algunos niños se muestran enormemente dependientes de sus padres y otros exhiben comportamientos temerosos e hipocondriacos y fobias.

Debido a su incapacidad para hallar un propósito en la vida o establecer metas para el futuro, su comportamiento se guía sólo por los placeres del momento sin prever las consecuencias (Millon y Davis, 2000).

Subtipos adultos. Se describirán a continuación algunas características que diferencian los subtipos de la patología límite (Millon y Davis, 2000):

El tipo límite-desanimado. Poseen comportamientos sumisos para evitar competiciones, además carecen de iniciativa propia y frecuentemente presentan un estado de ánimo crónico (tristeza o depresión). Se vinculan intensamente con personas a las cuales pueden manifestarle afecto, depender de ellas y serle leales. La inseguridad que exhibe este estilo de personas los lleva a sentirse deprimidos, abatidos, desesperanzados, indefensos y sin capacidades para luchar por su futuro; como consecuencia sienten una sensación de soledad, aislamiento y angustia que los lleva a buscar afanosamente a alguien que los ayude. Además, estos impulsos provocan ansiedad porque ponen en peligro su dependencia hacia los otros ya que pueden inducir a que les rechacen y les abandonen. Por lo tanto, estos individuos interiorizan sentimientos de culpa y de auto condena. Sus autoacusaciones son el resultado de estos sentimientos, y las autoagresiones físicas, los intentos de suicidio y los actos simbólicos de autoabandono son expresiones de resentimiento o castigo por su propia ira.

El tipo límite-impulsivo. Es la variante patológica de algunos trastornos menos graves, en especial la personalidad histriónica y antisocial, las cuales se caracterizan por ser variables, evasivas, superficiales y seductoras. Sin embargo, las estrategias que comparten los individuos límite con otros trastornos no son tan efectivas como para los trastornos ya

mencionados. Por ejemplo, los individuos límites con características histriónicas exageran sus estrategias de seducción e irresponsabilidad en busca de atención y recompensa; además pueden manifestar hiperactividad, labilidad, distracción exagerada; también, en algunos momentos son animados de forma frenética, presumen exorbitantemente de sí mismo y sienten una insaciable necesidad de contacto social. Debido al temor de perder la atención y la aprobación de los demás, pueden exhibir un compañerismo desmedido y una euforia superficial e irracional con síntomas hipomaniacos. Las personas límites, con características antisociales pueden realizar actos ilegales y prever las consecuencias de sus actos (Millon y Davis, 2000).

El tipo límite- petulante. Comparte características con la personalidad negativista, sin embargo, los síntomas del límite son más patológicos ya que éstos son intensos y con episodios más psicóticos frecuentes que en el negativista. Las personas con estilo límite petulante se caracteriza por sus manifestaciones imprevisibles extremas, sus comportamientos hiperactivos, irritables, quejumbrosos y desafiantes; además generalmente se exhiben insatisfechos, pesimistas, resentidos, bruscos y voluntariosos. El entusiasmo de estos individuos es momentáneo, su percepción hacia los demás cambia con rapidez ya que se desilusionan con facilidad. Se muestran ambivalentes debido a que a pesar de su comportamiento hostil y resentimiento hacia los otros temen alejarlos y desean obtener el afecto de éstos. Manifiestan constante resentimiento por su dependencia de los demás y odio por aquellos de quienes esperan afecto.

El tipo límite- autodestructivo. Este tipo de personas dudan de sus actos, al igual que en los otros estilos límite. Estas personas desean independizarse de los otros, pero esto significa quedarse solos, motivo por el cual se mantienen resentidos y sienten odio por aquellos de quienes dependen o en los que buscan afecto y seguridad. Se ven a sí mismos

como personas sumisas y sacrificadas por los otros; buscan constante aprobación y como consecuencia acaban desarrollando un estilo de vida inestable ya que sus esfuerzos en este sentido fracasan.

Su comportamiento oscila entre la sumisión total con negativismo depresivo y la resistencia extrema e ira hacia los demás, pero no se vuelven amargados con el tiempo como el caso del límite petulante, por tanto, emanan profundos resentimientos hacia aquellos de quienes han dependido o por los que se han sacrificado; estos sentimientos emergen en forma de ataques de ira que se siguen de ideas y manifestaciones de culpa y remordimiento. Sin embargo, a pesar de que estos individuos expresen sus inconformidades de formas variadas cada vez más se encierran en sí mismos e introyectan sentimientos, intentando mantener una imagen segura y responsable.

Por lo general, en la mayoría de estos pacientes se da un patrón de comportamientos y actitudes autodestructivos y auto despreciativos, con posibilidades de suicidio. La persistencia de estos sentimientos ambivalentes provoca en ellos una gran variedad de malestares somáticos (Millon y Davis, 2000).

10.8 Procesos de auto perpetuación

Factores como la desesperanza en las relaciones de tipo interpersonal, afecto depresivo, resentimiento, tendencia a la irracionalidad y reacciones de tipo explosivo y hostil, así como el sentimiento arraigado de culpabilidad frente a la inestabilidad emocional suele reforzar el TLP y ocasionar además episodios de autoagresión y suicidio (Millon y Everly, 1994). Una estrategia que suele ser útil para el afrontamiento personal en su vida cotidiana puede ser la inversión o manipulación de la realidad a su antojo, de acuerdo con

el propósito o necesidad que se pretenda cumplir. (Millon, Davis, Millon, Escovar & Meagher, 2001).

A continuación, ciertos comportamientos o estrategias generados en los sujetos con TLP que perpetúa y/o exagera su sintomatología:

Contrarrestar la separación. Estas personas sufren una ansiedad por separación muy intensa, su preocupación radica en tratar de impedir cualquier abandono, además de obtener la aprobación y el afecto de los demás, por tanto, estos pacientes utilizan estrategias propias del estilo límite como las anteriormente mencionadas. De hecho, los sujetos límites con estilos autodestructivo y desanimado empiezan a percibirse como auto sacrificados para protegerse del abandono, menospreciándose para incitar en los demás consideración y amabilidad hacia él; víctimas o mártires para obtener la generosidad y responsabilidad de los otros. Todo ello, lo acoge como estrategia y lo hace con el fin de ser parte de la vida de los demás, de apegarse a alguien que no les abandone, sin embargo, éstas fallan y, por lo tanto, el paciente renuncia a su estilo de afrontamiento asumiendo el rol opuesto, lo que provoca más ansiedad (Millon y Davis, 2000).

Liberar tensiones. Por su gran temor a la separación y los constantes fracasos para obtener relaciones de dependencias seguras, estas personas almacenan una carga de ansiedad, conflictos y hostilidad que se van acrecentando de manera progresiva, siendo liberados a través explosiones hostiles que realizan frecuentemente. Por tanto, las ansiedades internas y el temor o tormento que sienten son exteriorizados por medio de la angustia, la desesperación y la resignación; la ira la expresan a través de abatimiento, depresión y los comportamientos malhumorados; los pensamientos insólitos y comportamientos psicóticos son liberados en un torbellino de emociones irracionales. Algunas de estas formas indirectas de descarga, como la tensión y la hostilidad son útiles a

corto plazo, sin embargo, con el tiempo tienden a ser autodestructivas ya que el comportamiento obstinado e irritable de estos pacientes incita en los otros alteración y cólera, lo cual causa en el paciente más ansiedad, conflictos y hostilidad (Millon y Davis, 2000).

Redención mediante al autodesprecio. Estas personas como estrategia manifiestan hostilidad y resentimiento hacia los demás, siendo autodestructivos con ellos mismos, provocando en los otros hostilidad, rechazo y abandono, buscan aliviar su conciencia reprochándose sus faltas y demostrando su virtud. Para conseguir este objetivo internalizan sus impulsos hostiles invirtiendo la agresividad que manifiestan a los otros hacia sí mismos, por lo que se castigan, se menosprecian y experimentan sentimientos de culpa y minusvalía extrema (Millon y Davis, 2000).

10.9 Instrumentos para la evaluación y diagnóstico

Entre las estrategias para evaluar el TLP, según el Grupo de Estudio de la Guía de Práctica Clínica del Trastorno Límite en Barcelona (2011), se encuentran instrumentos basados en la clasificación del DSM, estos son:

Las entrevistas semiestructuradas basadas en la taxonomía psiquiátrica del DSM.

La entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV (DIPD-IV)

El examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE)

La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-eje II (SCID-II)

Además de ello, se encontraron dos entrevistas específicas para el TLP: entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada (DIB-R) y Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD).

Así mismo, el PID-5 es la medida del modelo dimensional de 25 facetas-rasgos de personalidad propuesta para el DSM-5. La versión completa para adultos consta de 220 ítems valorados en una escala Likert como 0 (muy a menudo o falso), 1 (algunas veces o un tanto falso), 2 (a veces o algo cierto) y 3 (muy verdadero o frecuentemente cierto) (Ferrer, et al, 2015).

Otros instrumentos utilizados para la evaluación de los TP son el MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-RF), el MCMI-III (Inventario Clínico Mutiaxial de Millon) y el PAI (Personality Assessment Inventory) (Esbec y Echeburúa, 2014).

10.10 Proceso de Intervención.

Las conceptualizaciones de Millon y Davis (1998), Linehan (1993) y Young (1994) sugieren, respectivamente, que la intervención debe centrarse en establecer un claro sentido de la identidad, mejorar la capacidad para controlar las emociones y cambiar las creencias y los supuestos inadaptados. Si bien los tres modelos de intervención parecen compatibles, Beck, Freeman y Davis (2005), plantean que dichos enfoques no deben ser el punto de partida de la intervención en un caso de TLP, sino más bien los concibe como procesos complementarios luego de partir por su pensamiento disfuncional, en este caso dicotómico y los supuestos subyacentes, ya logrado esto, se podría proceder a la ejecución de las demás propuestas planteadas por Linehan, Millon y Young.

10.10.1 Terapia Cognitiva.

La TC trabaja de manera efectiva en la estructura sintomática y reestructuración de los esquemas cognitivos que se presenta en un TP (Yust & Pérez, 2012). Específicamente,

el TLP requiere durante el tratamiento la posibilidad de adquirir y consolidar habilidades básicas de autocontrol y establecimiento de relaciones interpersonales (García, 2007). Este tratamiento específicamente basado en los autores Beck et al (2005) consiste en cuestionar los patrones de pensamiento disfuncionales, prestando especial atención a las suposiciones y a los errores básicos del pensamiento (distorsiones cognitivas). Para este enfoque, el individuo con un TLP mantiene tres suposiciones básicas que influyen sobre la conducta y las respuestas emocionales: «El mundo es peligroso y malévolo», «Soy débil y vulnerable» y «Soy inaceptable en esencia». Igualmente, el pensamiento dicotómico juega un papel esencial en perpetuar las crisis y los conflictos.

Se plantea como elemento indispensable trabajar en la relación terapéutica y “centrarse inicialmente en metas conductuales concretas puede ser muy útil para minimizar los problemas que tiene el paciente límite con la intimidad y la confianza” (Beck y Freeman 2005, p.161). Debido a que los problemas del paciente suelen cambiar de una semana a otra, se propone abordar cada semana una crisis inmediata distinta y conservar la continuidad abordando las cuestiones subyacentes en la crisis del momento (Beck, et al, 2005).

Por tanto, el plan de tratamiento lleva a favorecer una alianza terapéutica, minimizar la falta de adhesión al tratamiento, disminuir el pensamiento dicotómico, abordar las suposiciones básicas, aumentar el control sobre las emociones, mejorar el control de los impulsos y fortalecer la identidad de la persona que es atendida (Beck y Freeman, 1990). Para ello se proponen los siguientes focos de trabajo:

Reducción de la disconformidad. Al ser los pacientes límites resistentes a sentirse controlados o sentir miedo al cambio, para ello lejos de hacer rígida la sesión, debe fortalecerse un trabajo colaborativo y si es preciso realizar estrategias como análisis de

ventajas y desventajas, debate de pensamientos negativos sobre la relación terapeuta y el proceso terapéutico.

Reducción del pensamiento dicotómico. Se pretende aquí favorecer el pensamiento continuo. Para ello se propone realizar control y cuestionamiento de pensamientos disfuncionales, psicoeducación en distorsiones cognitivas, y desarrollo de respuestas activas, asertivas.

Control creciente de las emociones. Al ceder el pensamiento dicotómico suele producirse una disminución notable de la frecuencia de las oscilaciones súbitas de estado de ánimo; también decrece la intensidad de las reacciones emocionales del cliente cuando estos pensamientos se comienzan a flexibilizar, junto con las estrategias mencionadas arriba, se sugiere un registro de emociones cada sesión y estrategias como dramatización o la visualización.

Mejora del control de los impulsos. El objetivo es favorecer el control de sus conductas, para ello se pide que explore las ventajas y desventajas de controlar el impulso en cuestión y que desarrolle métodos para hacerlo, identificando alternativas adaptativas y una vez logrado esto, realizar entrenamiento de autoinstrucción (Meichenbaum, 1977) para fortalecer el proceso de aprendizaje de dichas conductas.

Fortalecimiento del sentido de identidad del cliente. Para este ítem se propone detectar en el paciente sus características y logros positivos, proporcionando retroalimentación positiva a sus buenas decisiones y su comportamiento adecuado, y ayudándole a evaluar con realismo sus propias acciones (Beck, et al, 2005).

Abordar los supuestos. Con el fin de identificar y modificar las creencias subyacentes se plantea necesario, recurrir a "experimentos conductuales" para poner a

prueba la validez de las creencias, pensar en "ir desmenuzando" poco a poco las creencias en lugar de manera abrupta, ya que ello no favorecería el proceso con un paciente límite.

10.10.2 Terapia dialéctica-comportamental.

La terapia dialéctica conductual ha sido la primera terapia cognitivo-conductual en ser evaluada empíricamente para el TLP (Linehan, 1993) y es una de las más específicas y sistematizadas, aunque a veces pueda parecer excesivamente compleja y con demasiados procedimientos heterogéneos en la aplicación de la misma (Caballo, 2001).

Desde esta terapia, los pensamientos, las conductas y emociones dicotómicas y extremas, características del TLP son fracasos dialécticos; es decir que el individuo está atrapado en polaridades que le dificultan establecer una síntesis personal. Es por ello por lo que este trabajo terapéutico propone un modelo que le permita al paciente llevar a cabo una síntesis viable entre polaridades (Linehan, 1993). Entre esas polaridades se encuentran:

La necesidad de aceptarse así mismo tal como es y la necesidad de cambio.

La tensión que experimenta la persona entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo si se hace más competente.

El mantenimiento de la integridad personal por parte del cliente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de las nuevas habilidades que le ayudarán a salir del sufrimiento.

Según Linehan (1993) este modelo no solo se centra en las polaridades del paciente, sino que le sugiere alternativas de huida o escape de ellas. Por tanto, la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) implica, de forma simultánea, terapia individual y entrenamiento en habilidades sociales, acompañados normalmente por terapia de grupo. El formato de grupo es psicoeducativo, enfatizando la adquisición de las habilidades conductuales, como

la eficacia interpersonal, la regulación de las emociones, la tolerancia ante el malestar, las prácticas de meditación y el autocontrol. En el tratamiento individual, los objetivos del tratamiento se ponen jerárquicamente del siguiente modo (Aramburú, Tutek y Linehan, citados por Caballo, 2001): (1) disminución o eliminación de las conductas suicidas y parasuicidas; (2) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con el curso de la terapia; (3) disminución o eliminación de las conductas que interfieren con la calidad del vivir; (4) adquisición de habilidades conductuales; (5) reducción de los efectos del estrés postraumático; (6) aumento del respeto por uno mismo, y (7) obtención de los objetivos individuales que el paciente trae a la terapia.

El primer objetivo de la terapia individual sería bloquear las conductas en las primeras tres áreas y sustituirlas por habilidades conductuales en la cuarta área. Luego, los objetivos son descubrir y reducir los efectos de los traumas infantiles sexuales, físicos y emocionales y enseñar a los pacientes a confiar en ellos mismos (Linehan, citada en Caballo, 2001).

10.10.3 Terapia Centrada en Esquemas

Young (1994) ha desarrollado un tratamiento para los trastornos de personalidad en general. Sin embargo, el TLP parece beneficiarse especialmente de ella (Caballo, 2001). Para Young, los Esquemas Maldaptativos Tempranos (EMT) que caracterizan al TLP en la infancia son el temor al abandono y a la pérdida, la falta de amor, la dependencia, el no llegar a sentirse como sujeto individual, la desconfianza, la escasa autodisciplina, el temor a perder el control emocional, la culpa excesiva y la privación emocional. Desde la terapia propuesta por Young, estos son los esquemas que hay que identificar y cambiar, por medio de técnicas experienciales y comportamentales como, punto-contrapunto, visualizaciones,

cartas, reestructuración de recuerdos tempranos, dramatización racional-emotiva, libros y películas.

A la par se propone trabajar los diferentes modos patológicos expuestos anteriormente, por tanto, el objetivo sería “ayudar al paciente a incorporar el modo de adulto sano, modelado por el terapeuta a fin de cuidar y proteger al niño abandonado; ayudar al niño abandonado a dar y recibir amor; combatir y vencer al padre o madre castigador; establecer límites sobre la conducta del niño enfadado e impulsivo y ayudar a los pacientes con este modo a expresar emociones y necesidades de forma apropiada; tranquilizar y, gradualmente reemplazar al protector aislado con el adulto sano”. (Young, Klosko & Weishaar, 2003, p.478).

Su propuesta de trabajo está compuesta de tres fases, en la primera fase se da la vinculación terapéutica y manejo de emociones, aquí el terapeuta establece vínculos con el paciente, supera al protector aislado y se convierte en una fuente de seguridad y sostén para el paciente. En la segunda fase, se facilita la expresión de necesidades y emociones durante las sesiones. En la tercera fase, se le enseña al paciente herramientas de afrontamiento para contener y regular el afecto, de modo que pueda manejar las necesidades y calmar la angustia del abandono (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Para trabajar los diferentes modos se propone un trabajo experiencial, trabajo cognitivo y conductual. A continuación, se describe cada una de estas fases, tomando como referencia el modo niño abandonado.

Nivel cognitivo. Durante este proceso se le enseña al paciente las necesidades evolutivas normales que necesitan los seres humanos como seguridad, amor, autonomía, alabanza y aceptación, debido a que muchos pacientes con TLP no saben cuáles son sus necesidades básicas porque sus padres no se las proporcionaron. También se utilizan otras

estrategias como leer tarjetas de recordatorios, además de otras técnicas cognitivas anteriormente mencionadas (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Nivel experiencial. Consiste en un trabajo de imaginación; mediante esta técnica el terapeuta empatiza y protege al niño abandonado; posteriormente, cuando el paciente se sienta más fuerte como para no descompensarse, el terapeuta lo guía hacia imágenes traumáticas de abusos o abandonos sufridos y hace todo lo que hubiese hecho un buen padre o madre. Saca al niño de la escena, confronta al responsable de dichos traumas, se interpone entre este y el niño o instruye al niño para que maneje la situación. Luego, gradualmente el paciente va asumiendo el rol del adulto sano para reparentalizar al niño (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Por último, a nivel conductual, se le enseña al paciente técnicas en habilidades asertivas para que aprenda a controlar sus emociones y expresar sus necesidades de forma adecuada. Estas herramientas son practicadas en sesión por medio de ejercicios de imaginación o juego de roles además se asignan como tarea para la casa entre sesiones (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

10.11 Relación terapéutica

La relación entre terapeuta y el paciente desempeña en la terapia del límite un papel mucho más importante que lo habitual en terapia cognitiva (Beck, et al, 2005). La colaboración requiere algún grado de confianza e intimidad; Al tener dificultad el paciente límite para confiar en el otro, el terapeuta deberá trabajar en la confianza, y esta se logra mejor por medio del reconocimiento explícito y la aceptación de las dificultades del cliente para confiar en el terapeuta (una vez que resultan evidentes); El paciente puede también presentar resistencia al encuadre, al trato no verbal presentado por el terapeuta, o la misma

direccionalidad del proceso, lo que puede llevar a respuestas emocionales fuertes, cuando estas se produzcan, es esencial abordarlas de modo rápido y directo, para obtener primero una comprensión clara de lo que el cliente piensa y siente, y después despejar los errores de concepto y juicio en términos francos y explícitos. Tiene una especial importancia que el terapeuta aclare perfectamente a través de sus palabras y acciones que el cliente no será explotado ni rechazado por el terapeuta a causa de sus reacciones (Beck, et al, 2005).

Por último, Beck, Freeman y Davis (2005) plantean que el terapeuta se esfuerce por lograr un enfoque tranquilo, metódico, a lo largo de toda la terapia, y que resista a la tendencia a responder a cada nuevo síntoma o crisis como si fuera una emergencia. Muchos de esos nuevos síntomas y esas nuevas crisis resultan ser problemas transitorios que desaparecen tan pronto como aparecieron, sobre todo si el terapeuta los acoge con calma.

10.12 Tratamiento Farmacológico

A nivel de tratamiento farmacológico, según Nieto (2006) los fármacos más utilizados en personas diagnosticadas con TLP han sido los siguientes:

Antidepresivos. Utilizados para reducir la disforia asociada al rechazo personal. Se muestran útiles para síntomas como la irritabilidad, la hostilidad y las autoagresiones que manifiestan las personas con TLP.

Ansiolíticos. Prescritos para reducir las crisis de ansiedad, los episodios de hostilidad y las alteraciones del sueño.

Estabilizantes del estado de ánimo y anticonvulsivos. Útiles para regular los cambios de humor, normalizando los estados de impulsividad y agresión.

Antipsicóticos a bajas dosis. Empleados para tratar las cogniciones alteradas, incluyendo la ideación paranoide, ilusiones, episodios de desrealización o síntomas de tipo alucinatorio.

10.13 Artículos basados en la evidencia que demuestran eficacia de tratamientos o estrategias de intervención aplicados al TLP

En cuanto a la eficacia de los tratamientos del TLP basados en la evidencia, se encuentran varios estudios que comprueban la validez y eficacia de ciertos tratamientos, a continuación, se esbozarán brevemente algunos de estos trabajos:

En estudio (Cuevas y López, 2012) que tuvo objetivo realizar una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas con mayor evidencia científica en el tratamiento del TLP. Se consideraron los trabajos procedentes de revisiones sistemáticas y de ensayos clínicos aleatorizados recientes. La evidencia científica sugirió a la terapia dialéctico-conductual como la opción terapéutica con mayor apoyo empírico, especialmente por su eficacia sobre la reducción de los intentos de autolisis y el consumo de sustancias. Existe también apoyo empírico, aunque con menor grado de evidencia, para la terapia cognitivo-conductual. Por último, algunas intervenciones farmacológicas según estos autores podrían mejorar significativamente los efectos terapéuticos de las intervenciones psicológicas en este grupo de pacientes.

Los investigadores Brettschneider, et al en 2014, al observar el alto costo (económico) que conlleva el tratamiento para el TLP realizaron una revisión sistemática de la literatura de evaluaciones económicas y eficaces existentes de tratamientos para el límite desorden de personalidad en la actualidad, por medio de la búsqueda en bases de datos avaladas, como resultados encontraron que la mayoría de la evidencia existe sobre la

terapia dialéctico-conductual. La terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en el esquema ahorran costos.

Burgal, y Pérez (2017) tuvieron el objetivo de comparar la eficacia de diferentes psicoterapias utilizadas para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad (TLP) con el fin de analizar y comprender qué terapias obtienen mejores resultados y por qué. Para ello se llevó a cabo una revisión sistemática de las publicaciones realizadas desde 1990 en las principales bases de datos (PsyInfo, Medline, Psycodoc y Google Scholar). Los resultados mostraron, por una parte, que las principales psicoterapias para el TLP eran la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Mentalización y la Terapia Basada en Esquemas entre otras y, por otra, que todas ellas eran eficaces. Hay que remarcar que cada una de dichas terapias, tal y como indican los resultados, era significativamente eficaz sobre diferentes problemáticas como el control de conductas autolíticas y autolesivas.

Giesen-Bloo, et al (2006), compararon la efectividad de la Terapia Centrada en Esquemas y la psicoterapia basada en la transferencia basada en la psicodinámica en pacientes con trastorno límite de la personalidad, realizando un estudio aleatorizado y con diseño multicéntrico, los resultados arrojaron que al terminar el tratamiento terapia de esquemas es la terapia más efectiva, ya que cerca del 65% de los pacientes con TLP mostraron mayores incrementos en la calidad de vida que los pacientes tratados con Terapia psicodinámica, mostrándose más efectiva en todas las medidas utilizadas.

Kramer y Keller, (2017) basados en un ensayo controlado aleatorio con 57 pacientes midieron el cambio temprano en la frecuencia de las estrategias de afrontamiento del paciente límite, en particular la disminución de las formas conductuales de afrontamiento, como posible mecanismo de cambio en tratamientos receptivos, los resultados arrojan luz sobre la centralidad del terapeuta en los tratamientos para el TLP y el

impacto en el cambio temprano en las estrategias de afrontamiento del comportamiento durante la sesión del paciente planteados por la DBT, lo que contribuye a la eficacia de los tratamientos a corto plazo para el TLP.

Finalmente, Herved, Tkachuck, Younberg en el 2013 examinaron las preferencias de tratamiento entre las mujeres suicidas y autolesionadas con trastorno de personalidad límite y trastorno de estrés postraumático, los resultados de éste mostraron que el 73% de los pacientes prefirieron tratamiento combinado de terapia dialéctica conductual con exposición prolongada, reportando mayor alivio.

A lo que se concluye que las terapias anteriormente expuestas en gran medida tienen evidencia científica, y se resalta por la cantidad de estudios que han demostrado eficacia la DBT, como terapia de mayor efecto en el tratamiento del TLP.

11. Trastorno Bipolar

11.1 Consideraciones generales del TAB

Anteriormente, el Trastorno Bipolar era conocido como trastorno maniaco-depresivo, considerándose que no es unitario u homogéneo, sino que incluye una variedad de trastornos del estado de ánimo a su vez, admite diferentes espectros de agitación, euforia, impulsividad, irritabilidad e ideación psicótica (Newman, et al, 2005). Es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante (Ramírez y Thase, 2002). La característica esencial de identificación de los trastornos bipolares es la tendencia de episodios maníacos e hipomaniacos que se alternan con episodios depresivos mayores, similar a una montaña rusa interminable de los puntos máximos de júbilo a las profundidades de la desesperación (Barlow y Durand, 2001).

11.2 *Antecedentes históricos del TAB*

Los primeros documentos referentes a la manía y a la melancolía se remontan a Areteo de Capadocia, en el siglo II a.C. (Colom y Vieta, 2004). Este médico griego es el pionero en la incorporación de las primeras descripciones sistemáticas de depresión y manía en una misma entidad clínica, es decir, considerándolas partes de una misma entidad nosológica. Observó que, a pesar de las remisiones, la enfermedad aparecía de forma cíclica, sin que su desaparición garantizara la cura del paciente (Salmerón, 2017).

En la Antigüedad, tanto la manía como la melancolía tenían connotaciones diversas a las actuales. En primer lugar, como se mencionó anteriormente, no hacían referencia a polos opuestos, es decir, un estado no se definía contraponiendo las características del otro, sino que sus definiciones se basaban en el análisis del comportamiento: motilidad aumentada o disminuida, ira, lentitud. Además, los síntomas afectivos (tristeza o euforia) no eran definitorios y pertenecían a diferentes niveles de organización semántica (Berrios, 1988).

En la época clásica, la manía era un término empleado para describir la “locura”, y se describía por la presencia de ira, agresión, excitación y pérdida del control. En ella se incluían entidades que hoy se identificarían con la excitación catatónica, la intoxicación por drogas o el delirium. Es poco probable que la manía denominara la euforia, la hiperactividad o la megalomanía. Este significado de la manía como sinónimo de “locura” permaneció sin cambios hasta el siglo XVIII (Luque y Berrios, 2011).

Más adelante, Philippe Pinel en su libro “Nosographie” en 1818, clasificó la “manie” como uno de los géneros de las vesanias (locuras), y la definió como: “trastorno de una o de más facultades del entendimiento, con emociones alegres o tristes, extravagantes o

furiosas, y, en ciertos casos, nula alteración del pensamiento, pero siempre con actos de furor”, reconociendo formas delirantes y no delirantes (Pinel, 1818).

A mediados de siglo XIX, la manía ya se reconoce como un trastorno primario del afecto, como definen Bucknill y Tuke en su *Manual of Psychological Medicine* como una enfermedad mental, insania intelectual, perteneciente al grupo afectivo (Bucknill y Tuke, 1856, citados por Luque y Berrios, 2011).

A inicios del siglo XIX, Mendel (1907) definió la manía como una “psicosis funcional” caracterizada por: aceleración patológica del flujo de ideas; inquietud motora; ausencia de síntomas que confirmen una enfermedad orgánica del cerebro. También identificó cuatro etapas: 1. inicial; 2. exaltación; 3. furor; 4. declive; y cuatro subtipos: 1. hipomanía; 2. recurrente; 3. gravis; 4. periódica. Entre los síntomas de la manía señalaba las alucinaciones, la anomalía del pensamiento, los delirios, la confusión, la hipermnesia, la hiperactividad y la pérdida de peso.

El trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II como diagnósticos separados aparece en la década de los años 70, en EE. UU. (Depue y Monroe, 1978).

El primer sistema diagnóstico independiente de la Asociación Psiquiátrica Americana, el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-I) aparece en 1952, y tanto esta edición como la siguiente están muy influidas por la teoría psicoanalítica, dominante en la época. Se produce un vuelco importante a partir de la tercera edición del DSM (1980), inspirado no en Freud sino en Kraepelin, y muy influido, al igual que las ediciones sucesivas, por los criterios diagnósticos formulados por Robins y Guze (1970) y por los criterios de investigación de Spitzer (1978). A partir del DSM-IV (APA, 1994) se reconoce por primera vez la utilidad de distinguir entre a los pacientes con trastorno bipolar en tipo I y tipo II.

En el DSM-5, el trastorno bipolar deja de formar parte de los trastornos del estado de ánimo y se incluye en una nueva categoría que se denomina Trastorno bipolar y trastornos relacionados (APA, 2013). De modo que aparecen diferenciados los trastornos bipolares de los trastornos depresivos, estando ambos en categorías diferentes.

11.3 Criterios diagnósticos según el DSM 5 del TAB

Antes de hablar de los criterios para el diagnóstico de TAB, es necesario distinguir inicialmente el trastorno bipolar I del trastorno bipolar II, como se indica a continuación:

Trastorno bipolar I. Según la APA (2014) un diagnóstico del trastorno bipolar I, debe considerar el cumplimiento de los criterios para un episodio maníaco, e identificar si antes o después del episodio maníaco existieron episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor. Se presentan seguidamente los criterios diagnósticos contenidos en el DSM 5.

Episodio maníaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).

3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Los Criterios A y D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I (APA, 2014, p.123-130).

El TAB I puede conllevar también un episodio hipomaniaco y un episodio de depresión mayor, que serán descritos a continuación al abordarse el TAB II.

Trastorno bipolar II. Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes para un episodio hipomaníaco actual o pasado y los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado (APA, 2014, p.128-134):

Episodio hipomaniaco

A. Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).

C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.

D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maníaco.

F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) (APA, 2014).

Episodio de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a una afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío o sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5 % del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento del peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C anteriores constituyen un episodio de depresión mayor (APA, 2014, p.134-135).

Por tanto, para diagnosticar un Trastorno bipolar II debe estar los siguientes ítems:

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A-F en "Episodio hipomaniaco" antes citado) y al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A-C en "Episodio de depresión mayor" antes mencionado).
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco.
- C. La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

D. Los síntomas de depresión o la incertidumbre causada por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (APA, 2014, p. 136)

En la presente descripción y presentación del TAB, se retomará y se expondrá en mayor medida al TAB II en lo que concierne a prevalencia, comorbilidad, entre otros, debido a que es el trastorno estudiado y presentado por la paciente (Clara) en tratamiento.

11.4 Epidemiología, curso y desarrollo

Los trastornos bipolares han sido diagnosticados en todas las culturas, razas, con variaciones en función de cada una y la personalidad individual. En algunos países parece haber mayor tendencia a diagnosticar esquizofrenia, por lo que la prevalencia de ésta es allí más alta y la del trastorno bipolar, más baja (Salmerón, 2017)

Merikangas et al, en 2011 realizaron un estudio epidemiológico a nivel mundial, basado en la Iniciativa de Encuesta sobre la Salud Mental propuesta por la Organización Mundial de la Salud , donde se reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida del espectro bipolar de aproximadamente un 2,4%, concretamente del 0,6% para el TAB tipo I, del 0,4% para el TAB tipo II y del 1,4% para otras formas subclínicas del TAB, mientras que las tasas de prevalencia anual era del 1,5% para el espectro bipolar, particularmente, del 0,4% para el TAB tipo I, del 0,3% para el TAB tipo II y del 0,8% para el resto del espectro.

En cuanto al género, a diferencia de la depresión unipolar que puede presentarse en mujeres y hombres en una proporción aproximada de 2 a 1, el trastorno bipolar se manifiesta con mayor uniformidad en ambos sexos (Kawa, et al. 2005), y tampoco se han encontrado diferencias significativas de su aparición, en función de la edad o la cultura

(Newman et al., 2005). Sin embargo, según la APA (2014) el trastorno bipolar II es más usual en las mujeres que en los hombres, lo que sugiere que existen diferencias de género en la búsqueda de tratamiento o en otros factores. Sin embargo, los patrones de enfermedad y la comorbilidad parecen diferir por género, presentando las mujeres, con mayor probabilidad que los hombres, hipomanía con rasgos depresivos mixtos y un curso con ciclos rápidos

Clínicamente, los episodios depresivos de trastorno bipolar aparecen a una edad más temprana (Fierro, Bustos y Molina, 2016; Bowden, 2005; Sánchez, Rodríguez, Jaramillo, 2012). Se han descrito como episodios recidivantes, de duración breve, con síntomas atípicos, hipersomnio, ansiedad, quejas somáticas, irritabilidad e incluso psicosis (Ohmae, 2012; Gan, et al, 2011; El-Mallakh, Ghaemi, 2006; Judd, et al, 2012).

Aunque el TAB puede presentarse en jóvenes y mayores, la edad de inicio más usual suele ser la adolescencia tardía o la adultez temprana. Casi la mitad de los pacientes suelen tener el primer episodio antes de los 25 años y existe una relación directamente proporcional entre la edad media de inicio y la gravedad del subtipo de TAB –18,4 años para el TAB tipo I, 20 años para el TB tipo II y 21,9 años para las formas subclínicas del espectro bipolar (Merikangas, et al, 2011).

Según García-Blanco, Sierra y Livianos (2014) los adolescentes reúnen con más frecuencia que los adultos los criterios del DSM-IV-TR para la manía y la hipomanía, sin embargo, los problemas a la hora de identificar a estas edades los cambios de humor patológicos hace que en su adultez sean falsos negativos en TAB y en su lugar sean diagnosticados de trastorno depresivo mayor en presencia de sintomatología depresiva y por tanto, no es de extrañarse que suela haber un desfase de 8 años desde la aparición del

primer episodio afectivo del paciente hasta que es diagnosticado de TAB y tratado con la medicación adecuada.

En cuanto a los antecedentes familiares se ha encontrado clara correspondencia del trastorno bipolar con antecedentes de trastorno bipolar en la familia (Ghaemi, Saggese, Goodwin, 2006; Craddock, Forty, 2006; Bowden, 2005). Más del 50% de los pacientes con TB tienen un familiar de primer grado con un trastorno del estado de ánimo y tienden a presentar una evolución crónica y recurrente (García-Blanco, et al, 2014).

En un estudio longitudinal prospectivo durante 25 años elaborado por Solomon, Leon, Coryell y otros, en 2010, se llegó a la conclusión de que existe una gran variabilidad de un individuo a otro en el número de episodios experimentados, pero el promedio es de 6. Según este estudio, la duración promedio de los episodios es de 13 semanas, aunque la probabilidad de recuperarse es menor para aquellos pacientes que han sufrido más episodios y para los episodios depresivos mayores frente a los maníacos, siendo mayores las dificultades de recuperación para aquellos pacientes que han sufrido ciclos rápidos (más de 4 episodios en un año), los cuales tienen una prevalencia del 20%. Además, en los pacientes que presentan un patrón recurrente de episodios el periodo de eutimia suele acortarse, lo que sugiere una mayor frecuencia de episodios (García-Blanco, et al, 2014)

11.5 *Diagnóstico diferencial*

El DSM-5 describe los siguientes trastornos como fenómenos de distinción frente al TAB:

Trastorno depresivo mayor. Es el diagnóstico diferencial más complicado sea con el trastorno mayor, que puede acompañarse de síntomas hipomaníacos o maníacos que no reúnen todos los criterios (p. ej., menos síntomas o una menor duración que la requerida

para un episodio hipomaniaco). Esto es especialmente importante al evaluar pacientes con síntomas de irritabilidad, que se pueden asociar al trastorno depresivo mayor o el trastorno bipolar II.

Trastorno ciclotímico. En el trastorno ciclotímico hay bastantes períodos de síntomas hipomaniacos y períodos de síntomas depresivos que no reúnen los criterios sintomáticos o de la duración del episodio depresivo mayor. El trastorno bipolar se distingue del trastorno ciclotímico por la presencia de uno o más episodios de depresión mayor. Si apareciera un episodio depresivo mayor tras los primeros dos años de un trastorno ciclotímico, se realizaría el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El trastorno bipolar II debe distinguirse de los trastornos psicóticos (p. ej., trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia y trastorno delirante). La esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno delirante se caracterizan por períodos de síntomas psicóticos que aparecen en ausencia de síntomas afectivos prominentes. Otras consideraciones que pueden ser útiles hacen referencia a los síntomas acompañantes, el curso previo y la historia familiar.

Trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. En el diagnóstico diferencial se deben considerar los trastornos de ansiedad, que a menudo se presentan de modo *concomitante*.

Trastornos por abuso de sustancias. Los trastornos por abuso de sustancias se incluyen en el diagnóstico diferencial.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) puede confundirse con el trastorno bipolar II, especialmente en los niños y en los adolescentes. Muchos síntomas del TDAH, como la

verborrea, la aceleración del pensamiento, la distraibilidad y la menor necesidad de sueño, se solapan con los síntomas de hipomanía. Se podría evitar la "doble contabilidad" de los síntomas, tanto del TDAH como del trastorno bipolar II, si el clínico clarifica si los síntomas suponen o no un episodio diferente y si existe o no el aumento apreciable del estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II.

Trastornos de personalidad. El mismo convenio que se aplica para el TDAH también es válido cuando se evalúa a un paciente con trastorno de la personalidad, ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son tan frecuentes en los trastornos de la personalidad como en el trastorno bipolar II. Los síntomas deben suponer un episodio diferente y debe existir el incremento apreciable sobre el estado basal que se requiere para el diagnóstico de trastorno bipolar II. No se debería realizar un diagnóstico de trastorno de la personalidad durante un episodio afectivo sin tratar, a menos que la historia vitalicia avale la presencia de un trastorno de la personalidad.

Otros trastornos bipolares. El diagnóstico de trastorno bipolar II se debería diferenciar del trastorno bipolar I considerando con cuidado si han existido en el pasado episodios de manía, de otros trastornos bipolares, especificados o sin especificar, o de otros trastornos relacionados, y confirmando la presencia de un síndrome completo de hipomanía y de depresión (APA, 2014, P. 139).

11.6 Comorbilidad

Entre los trastornos presentes más frecuentes en el curso del TAB, que según la APA (2014) aparecen con mayor frecuencia, son los trastornos de ansiedad. Bousoño, Baca y Álvarez (2008) en sus estudios hallaron en cuanto a comorbilidad, y resaltan que si bien hay mayor asociación del trastorno bipolar con trastornos de ansiedad como se

mencionó, también existe trastornos de la conducta alimentaria y problemas asociados al consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Por otro lado, algunos estudios indican que cerca de la mitad de pacientes con diagnóstico de un trastorno bipolar, presentan al mismo tiempo un trastorno de la personalidad, por ejemplo, en los trastornos del clúster B se distingue el trastorno límite de la personalidad, y en el clúster C el trastorno de la personalidad por evitación. Dichos trastornos son dos veces más comunes de aparecer que los trastornos del clúster A (Newman, et al 2005).

En cuanto a la Comorbilidad del TAB con el TLP objeto de nuestro análisis, la relación entre el trastorno bipolar (TAB) y los trastornos de la personalidad del grupo B (TP-B) ha sido bastante discutida, por el solapamiento sintomático entre el TAB y el trastorno límite de la personalidad (TLP) (Apfelbaum, et al, 2013).

Aún no es posible determinar si la comorbilidad representa en realidad dos condiciones biológicas independientes, marcadores de riesgo como antecedentes, subtipos de trastornos bipolares o simplemente síntomas que se solapan debido a la imperfección taxonómica (Apfelbaum, et al, 2013) , siendo un factor decisivo para la próxima clasificación diagnóstica del DSM-5, debido a que posiblemente los Trastornos de personalidad B serán unificados en TP del “tipo límite” (excepto el trastorno antisocial) (APA, 2014).

La comorbilidad entre el TLP y el TAB ha comenzado a estudiarse como un síndrome en sí, partiendo de la idea de que podrían compartir una misma etiología. Incluso, se habla acerca de elementos diferenciales encontrados entre las personas con TAB con TLP y las que tienen únicamente TAB o TLP (Apfelbaum, et al, 2013), esta perspectiva

permite concebir el solapamiento de síntomas del TB y TLP como consecuencia de la interacción tanto de factores biológicos como del entorno.

11.7 Herramientas de evaluación del TAB

A continuación, se describirán algunas herramientas de evaluación útiles para el clínico a la hora de evaluar la sintomatología del TAB, descritas en (Apfelbaum, et al, 2013):

Cuestionario de espectro del ánimo auto-aplicado (MOODS- SR). Evalúa síntomas del ánimo a lo largo de la vida, rasgos y estilos de vida que caracterizan a los episodios afectivos sindrómicos o sub-sindrómicos y características temperamentales relacionadas a la desregulación del ánimo. Los 161 ítems que lo componen comprenden tres dominios generales: depresión, manía y criticidad. Los dominios de depresión y manía se dividen a su vez en tres subdominios: ánimo, cognición y energía. Permite diferenciar entre pacientes con trastorno del ánimo y pacientes control y entre pacientes con depresión bipolar y con depresión unipolar, por medio de la puntuación obtenida en la escala global y en los subdominios (Berrocal, et al, 2006).

Cuestionario para los trastornos del eje II del DSM-I. Autoadministrado (SCID II). Es un cuestionario de 119 ítems (preguntas cerradas) divididos en grupos para evaluar cada trastorno de la personalidad según criterios del DSM-IV. Las puntuaciones altas en cada grupo indican alta probabilidad de que se cumpla criterio para un TP, lo cual es evaluado a través de una entrevista semi-estructurada posteriormente (First, Gibbson, Spitze,1999).

Escala de trastornos del espectro bipolar (BSDS) (Ghaemi, et al, 2005) y Cuestionario de Trastornos del Ánimo (MDQ) de Hirschfeld (2005). Dos instrumentos

complementarios el primero de detección de trastorno bipolar y el segundo evalúa el espectro bipolar.

Índice de Bipolaridad de Gary Sachs (BI) (2004). Se Evalúan características que combinan evolución, edad de comienzo, herencia, respuesta al tratamiento y características de los episodios afectivos. El rango de puntuación es de 0 a 100. En nuestra muestra clínica establecimos un punto de corte ad hoc de “50”, mediante una curva de ROC y el cálculo del área bajo la curva (controlando la sensibilidad y especificidad).

Criterio del Espectro Bipolar de Ghaemi y Goodwin (2002). Está compuesto por 3 áreas de criterios operativos que representan características de las depresiones recurrentes relacionadas con mayor probabilidad con una evolución de tipo bipolar. Los criterios de espectro no buscan un diagnóstico de TAB, del DSM, sino que arrojan una probabilidad de evolución y respuesta al tratamiento de tipo bipolar. Los criterios del espectro bipolar evalúan características sintomáticas, evolutivas, hereditarias y respuesta a los antidepresivos, en pacientes con depresiones recurrentes que no han tenido episodios hipomaniacos/maníacos espontáneos.

Por último, los autores Barrios, Rodríguez-Losada, Sánchez (2013) desarrollaron una escala de auto-reporte para medir síntomas de TAB, a partir de la escala EMUN, se generó una escala con 26 ítems que incorporan síntomas del episodio mixto. La escala mide tres dimensiones de importancia clínica: frecuencia, intensidad y grado de desadaptación producido por los síntomas.

11.8 Etiología del TAB

Comúnmente en la investigación sobre la etiología del TAB se ha centrado en la identificación de las posibles bases biológicas de la enfermedad, incluyendo los

componentes genéticos (ya mencionados anteriormente), alteraciones neurohormonales y anomalías anatómicas del cerebro. Recientemente se ha ido produciendo un desplazamiento progresivo desde las alteraciones de cada uno de los sistemas de neurotransmisores por separado (noradrenalina, dopamina, y serotonina) hacia el estudio de sistemas neuroconductuales más complejos (García-Blanco, et al, 2014).

Factores hereditarios e hipótesis bioquímicas: Diversos estudios han demostrado la alta probabilidad de que personas con padres o familiares con trastorno bipolar, desencadenen el mismo trastorno, no así en el caso de antecedentes de depresión unipolar o de la ausencia de trastornos en el contexto familiar (Newman et al., 2005). Por otro lado, se han intentado dar explicaciones sobre alteraciones en las bases neuroquímicas como en la producción de la norepinefrina para el caso de la fase depresiva del trastorno bipolar y de la dopamina en los estados maníacos (Goodwin y Sack, 1994, citados en Newman et al., 2005).

En cuanto a las alteraciones neurohormonales, actualmente se ha prestado mucha atención al papel del sistema endocrino en los trastornos del estado de ánimo, concretamente al eje hipotalámico-pituitario-adrenal, implicado en la respuesta al estrés. En respuesta a la tensión, las neuronas hipotalámicas secretan la hormona liberadora de corticotropina para dirigirse a la glándula pituitaria anterior y estimular la producción de la hormona adrenocorticotrópica, que a su vez estimula las glándulas suprarrenales para producir cortisol. El cortisol proporciona una retroalimentación negativa al hipotálamo que desactiva la respuesta al estrés y disminuye a su vez los niveles de cortisol. Se ha observado una disfunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenal en todas las etapas de la enfermedad bipolar, incluyendo los periodos asintomáticos. Esta desregulación podría subyacer tanto a

la vulnerabilidad a episodios futuros como al mantenimiento del curso crónico del trastorno, incluso a la ansiedad asociada (García-Blanco, et al, 2014).

Por otra parte, Newman et al, (2005) siguiendo a Bauer y McBride (1996) afirma que además de las predisposiciones genéticas o alteraciones de tipo bioquímico, los niveles elevados de estrés y estilos cognitivos con efectos adversos sobre el componente emocional, pueden ser agentes etiológicos de los trastornos bipolares, como seguidamente se describen:

Sucesos estresantes. Se ha señalado que las personas con trastornos del espectro bipolar experimentan un incremento de los acontecimientos vitales previo al inicio de un trastorno o a la recurrencia de los episodios afectivos (Alloy, Abramson, Urosevic, Bender y Wagner, 2009). Mientras que los acontecimientos vitales negativos como fracasos o pérdidas pueden precipitar los episodios depresivos, los episodios maníacos pueden estar precedidos tanto por acontecimientos negativos y/o amenazantes, tales como insultos u hostilidad familiar, como por acontecimientos positivos, tales como la consecución de un logro (Alloy, et al, 2009).

No obstante, hemos de tener en cuenta que el TAB afecta y es afectado por el ambiente en el cual los pacientes recaen y se recuperan. La propia enfermedad es estresante en sí misma y puede conducir a una mayor desestabilización, aumentando la probabilidad de sufrir este tipo de eventos; de esta manera, la enfermedad crearía un ciclo de autoperpetuación al actuar como factor de mantenimiento (Bender, Urošević, Abramson y 2010). Como factores predisponentes del TAB se han identificado el pobre apoyo social, el maltrato en la infancia, la baja autoestima y las distorsiones cognitivas (García-Blanco, et al, 2014). Sin embargo, la repercusión de los acontecimientos vitales estresantes en la salud mental de las personas con TAB parece estar mediada por otros factores psicológicos como

la autoestima y la interpretación que hacen de esas situaciones (Alloy, et al, 2006). Por lo que a continuación se describirán los estilos cognitivos como factores de vulnerabilidad.

Estilos cognitivos como factores de vulnerabilidad. Más allá de los acontecimientos o factores estresantes que suceden en la vida, existe un componente detonador de reacciones fisiológicas y emocionales de los trastornos bipolares, que actúa como mediador entre las situaciones y los síntomas manifiestos, dicho factor es el estilo cognitivo propio del paciente (Beck, 2010).

Newman, et al (2005) retomando a Alloy y otros (1999) expresa que “ las personas que han manifestado unos estados de ánimo anormalmente negativos, incluso en el contexto de episodios ocasionales hipomaníacos o maníacos, tienen unos estilos cognitivos significativamente más negativos que quienes no presentan ningún episodio clínicamente depresivo” (p. 32), de allí a que pueda inferirse que los pensamientos o ideas pesimistas o negativas, guardan relación con alteraciones en el estado de ánimo; que no se presentan únicamente en estados depresivos, sino también en periodos de manía e hipomanía. Por ejemplo, existen investigadores que aprueban la idea de que los periodos de manía están acompañados de pensamientos o experiencias de inutilidad personal (Winters y Neale, 1985, citados en Newman, et al, 2005).

11.9 Tratamiento Cognitivo Conductual del TAB

Para hablar del tratamiento del TAB es necesario considerar algunas líneas de intervención como la farmacológica, el factor psicosocial, y la terapia Cognitivo Conductual. Según Ramírez-Basco y Thase (2002) la adherencia al tratamiento, el mantenimiento de un estilo de vida sano, el registro de los síntomas y el empleo de medios más activos para afrontar y/o superar los problemas son supremamente útiles en la remisión

de los síntomas. Así mismo, dichos autores afirman que una intervención terapéutica, como la terapia de conducta cognitiva, puede aumentar el control médico a través de:

La mejora de la adherencia a la farmacoterapia.

Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos, de modo que una intervención temprana pueda evitar una recurrencia o recaída total o límite quizás la potencia de un nuevo episodio.

Proporcionar a los pacientes, técnicas que ayuden a detener el empeoramiento de los síntomas subsindrómicos.

Enseñar a los pacientes estrategias para afrontar los estímulos estresantes sociales e interpersonales que puedan ser factores desencadenantes o exacerbantes en las manifestaciones de los síntomas.

A continuación, se ampliarán diferentes aproximaciones al tratamiento cognitivo conductual del TAB a partir de diferentes métodos y estrategias de intervención:

Explicar el modelo de tratamiento a los pacientes. Es importante desde la intervención cognitivo conductual explicar al paciente el modelo de tratamiento sobre el cual se va a abordar el trastorno, de manera que pueda tener papel activo en el proceso a partir de la comprensión de sus cogniciones para favorecer el afrontamiento de su trastorno (Basco y Rush, 1996).

Explicar la naturaleza del trastorno. Explicar sobre las posibles causalidades del trastorno como un desequilibrio de la química-cerebral (componente biológico), al igual que el factor diátesis-estrés (estresores ambientales) es decir la relación del trastorno con factores que generan estrés y la interpretación subjetiva que construye con relación a dichos factores (Newman, et al, 2005). La interpretación subjetiva está constituida por la triada cognitiva (imagen de sí mismo, del mundo y del futuro) (Beck, 2010). Con relación a la

triada cognitiva el psicoterapeuta puede enseñar al paciente a ir adoptando estrategias para la evaluación y modificación de sus interpretaciones subjetivas, con las que, según

Newman et al. (2005, p 44-45):

1. Podrá utilizar sus actitudes cognitivas para contrarrestar las oleadas afectivas y los impulsos descontrolados.
2. Podrá reducir el riesgo de suicidio
3. Podrá sobrepasar de una manera más metódica y objetiva las ventajas y los inconvenientes ante decisiones vitales importantes.
4. Podrá modificar la percepción que tiene de sus interacciones matrimoniales y familiares.
5. Podrá reducir la perniciosa sensación de vergüenza y estigmatización que suele ir asociada al trastorno bipolar

Entre las finalidades más importantes de la psicoterapia cognitiva está explicar las características de dicho tratamiento al paciente, “incluyendo su estructura, el clima de colaboración, el uso eficaz del tiempo y la realización de tareas” (Newman, et al, 2005, p. 45).

Tratamiento de la depresión del TAB. Para el tratamiento de la fase de depresión del TAB según Chávez, Benitez, Camacho y Ontiveros (2014) es necesario aumentar los comportamientos positivos en los pacientes e incrementar la actividad gradualmente, por ejemplo, iniciando con ejercicios que sí pueda hacer e ir aumentando procesualmente el nivel en sus actividades. Así mismo, ayudarle a hacer listados de actividades en el día que son prioritarias y las que no lo son. Es necesario evaluar al principio que no existan actividades que sean desagradables o negativas para el paciente como ver algún tipo de películas o compartir con personas negativas. Por otro lado, es preciso evaluar la función del sueño y establecer alternativas para regularlo.

Tratamiento de la hipomanía del TAB. Además de una adecuada evaluación y psicoeducación llevada a cabo con el paciente sobre su sintomatología, para el Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar de España, (2012) la finalidad del tratamiento de los episodios agudos de manía, hipomanía y mixtos, es la disminución gradual de los síntomas debido a que los cambios de conducta principalmente pueden generar problemas tanto para el paciente, como para las personas cercanas al mismo. Los psicofármacos son otra alternativa de tratamiento en los casos que se considere clínicamente necesario, entre ellos se distinguen: el litio, los anticonvulsivos, los antipsicóticos y los benzodiacepinas.

Autoobservación. Dentro de la terapia cognitiva es fundamental enseñar a los pacientes a verse u observarse a sí mismos de forma objetiva y abordar este punto en cada sesión, por ejemplo, a través de diarios y autorregistros, en el que puedan indicar los pensamientos automáticos, emociones y conductas que emergieron ante determinadas situaciones (Newman, et al, 2005). Para los casos del Trastorno Bipolar es importante realizar este tipo de ejercicios para facilitar la comprensión y conciencia de sus síntomas. En el diario del paciente, se le puede sugerir tener en cuenta los siguientes aspectos:

Tabla 7.

Listado de ejercicios prácticos de autoobservación para el tratamiento del TAB. (Newman, et al, 2002).

Listado de ejercicios

Anotar cada día el estado de ánimo (maniaco o depresivo)
 Horas de sueño al día
 Indicar si ha tomado la medicación
 Identificar patrones repetitivos en los registros
 Situaciones estresantes que ha vivido
 registrar síntomas prodrómicos

Resolución anticipada de problemas. Siguiendo a Newman, et al (2005), dentro de las tareas para el tratamiento del trastorno bipolar, se debe considerar la “planificación y prevención de los problemas” a partir de cinco pasos:

Imaginar la situación problemática

Reflexionar sobre lo que se deberían decir así mismos para mantener sus reacciones dentro de unos límites normales

Estudiar a fondo los pros y los contras de los diversos cursos de acción

Elegir una o dos opciones

Ensayarlas mediante algún tipo de escenificación.

Maximizar el cumplimiento de las tareas. Para favorecer el cumplimiento de las tareas en psicoterapia por parte del paciente, cobra valor tomar en cuenta el nivel de confianza que tiene con respecto a la tarea, por ejemplo, utilizando medidas de 0 a 100 y ayudarlo a evaluar los factores que afectan o promueven su vinculación con la tarea. Por otro lado, se le puede indicar que elija entre diferentes opciones de tareas, ser claros en las instrucciones para realizarlas y utilizar un nombre acorde a sus gustos y preferencias para denominarlas. Explicar los pros y los contras de realizar las tareas, emplear ensayos cognitivos durante las sesiones y dejar que el paciente de retroalimentación sobre lo construido, luego de hacerlas (Newman et al, 2005).

Tendencias en el desarrollo de un modelo cognitivo del Trastorno Bipolar. Aunque algunos investigadores afirman que en el trastorno unipolar y los trastornos bipolares tiene como raíz pensamientos cognitivos similares (atribuciones internas de causalidad, pensamiento en blanco y negro, sensibilidad a las señales de fracaso personal o de rechazo interpersonal), sin embargo, las personas con trastorno bipolar pueden presentar fuertes cambios en la valoración que tienen de sí mismos, con pensamientos de no servir para nada cuando están deprimidos, como pensar en ser un genio bajo estados de manía (Leahy, 1999, citado en Newman et al., 2005).

Rasgos cognitivos: creencias, esquemas y modos. El sistema de creencias del paciente entra en interacción con los sucesos o acontecimientos vitales que padece y que cumplen la función de disparadores, originando experiencias subjetivas fuertes que a su vez, entran en contacto con el estado biológico de la persona e influyen directamente en su estado de ánimo y conducta (Newman, et al, 2005), es decir que la forma en la que se han ido almacenando representaciones mentales sobre los acontecimientos, interviene en el componente emocional y conductual de la persona y por otro lado, “cuando estos esquemas (...) ya consolidados entran en interacción, influyen en el procesamiento de la información haciendo que el individuo tienda a fijarse en la información coherente con el esquema y le dé un valor excesivo” (Newman et al., 2005, p. 55).

En relación con lo anterior, sobre los casos de depresión y manía puede hablarse de la activación de ciertos esquemas que refuerzan dichos estados emocionales, por ejemplo, en los estados *depresivos* emergen esquemas negativos atribuidos a recuerdos hacia sucesos de pérdida o de rechazo y hay una focalización del momento actual a la probabilidad de experimentar el fracaso, por el contrario, en estados de manía aparecen esquemas positivos

que dan lugar a decisiones erradas en la persona, requiriendo de una mayor moderación y prudencia (Newman et al., 2005).

11.10 Artículos basados en la evidencia que demuestran eficacia de protocolos o estrategias de intervención utilizados en el tratamiento del TAB

En cuanto a la eficacia de los tratamientos o estrategias de intervención del TAB basados en la evidencia, se encuentran varios estudios que comprueban la validez y eficacia de ciertos tratamientos, a continuación, se esbozarán brevemente algunos de estos trabajos:

En 2017 se realiza un metaanálisis con objetivo de evaluar los resultados del tratamiento de los pacientes con trastorno Afectivo Bipolar tratados con Terapia cognitivo conductual además de medicación y se compararon con datos de resultado de aquellos que recibieron atención estándar, se realizó por medio de una revisión sistemática en bases de datos, los resultados muestran que La TCC es eficaz para disminuir la tasa de recaída y mejorar los síntomas depresivos, la manía, gravedad y funcionamiento psicosocial, con un tamaño de efecto leve a moderado. Análisis de subgrupos indicó que las mejoras en la depresión o la manía son más potentes con un tratamiento de TCC cuando se tiene una duración de 90 minutos por sesión, siendo la tasa de recaída mucho menor (Chiang, et al, 2017)

En un estudio realizado por López-Soto y Marqués-Reyes (2016) encontraron que la práctica de atención plena o *mindfulness* se encuentra asociada a mejoras en la regulación afectiva y en el funcionamiento neuro- cognitivo general, por lo cual se hipotetizó que un acercamiento basado en atención plena mejoraría la auto-regulación en pacientes con TAB. La terapia cognitiva basada en atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés). Los resultados sugieren que el MBCT se encuentra asociado a mayor estabilidad emocional,

adherencia al tratamiento y mejoría en el funcionamiento neurocognitivo de los pacientes con TAB, particularmente aquellos que han experimentado más de 12 episodios afectivos en el transcurso de su vida.

Los investigadores Chávez, Benitez, y Ontiveros (2014) tuvieron como objetivo demostrar la utilidad de la TCC como tratamiento coadyuvante en la depresión del trastorno bipolar para los síntomas residuales, la adherencia y el cumplimiento del tratamiento, la conciencia y la comprensión del trastorno bipolar, la identificación temprana de los síntomas de los episodios afectivos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Para ello, revisaron los ensayos clínicos controlados acerca de la utilidad de la TCC como tratamiento del paciente con depresión del trastorno bipolar, aunque la investigación es limitada, describen bases teóricas y los estudios empíricos que avalan el uso de la TCC como una intervención psicosocial indispensable.

En un ensayo aleatorio controlado se aplicó la TCC en pacientes con TAB, se realizó un trabajo que consistió en 14 sesiones en los primeros seis meses más dos sesiones a lo largo de un segundo período de seis meses. Aunque las recaídas fueron frecuentes, la adición de la TCC tuvo un efecto protector tanto sobre los episodios afectivos en general (84.3% vs. 63.8%) como sobre los episodios maníacos/ hipomaníacos (67.4% vs. 50%) y los episodios depresivos (66.7 % vs. 38.6%). La reducción del riesgo es de aproximadamente 50% para los episodios en general y del 38% para los episodios depresivos. El efecto protector es significativo durante el primer año, pero con el transcurso del tiempo se pierde. En cambio, la disminución en el tiempo de duración de los episodios en general y de la depresión en especial, mas no para la manía/hipomanía, persiste más allá de ese primer año y llega hasta los 30 meses que duró el estudio (Lam, et al, 2005).

En cuanto al aumento en la adherencia y el cumplimiento terapéutico la TCC ha resultado efectiva, en un estudio de un año de duración en el que el cumplimiento del tratamiento llegó al 90% se observó que los pacientes tratados con TCC: 1) Tendieron a tener menos síntomas depresivos, 2) a que en el 80% de los casos los médicos tratantes bajaran las dosis de los antidepresivos administrados, 3) tuvieron 50% menos de días con síntomas depresivos a lo largo del mes y 4) el efecto de la TCC se extendió por seis meses después de haberla administrado (Zaretsky, et al, 2008)

Este estudio (Becoña y Lorenzo, 2001) aunque no es reciente aporta luces a la importancia que se le ha dado en el tratamiento combinado del trastorno bipolar resaltando la combinación de distintos tratamientos psicológicos permitiendo una mejoría sintomática. Como consecuencia resaltan la psicoeducación y programas para mejorar la adherencia a la medicación, terapia marital y familiar, terapia cognitiva-conductual como tratamientos eficaces que y que se consideran tratamientos bien establecidos.

En síntesis, el efecto de la TCC también es persistente en el estado de ánimo inter-episódico, en el funcionamiento psicosocial, en la capacidad de contender con los síntomas prodrómicos de los episodios afectivos y en el manejo de las cogniciones disfuncionales (Chávez, et al, 2014).

12. Análisis de caso

El presente análisis se realizó a partir de la evaluación y diagnóstico del trastorno bipolar y como este se dio en presencia el trastorno límite de la personalidad y la explicación de dicha comorbilidad a la luz de la teoría e investigaciones actuales.

La paciente llega a consulta presentando un diagnóstico previo por parte de psiquiatría de síndrome disfórico premenstrual, donde se le formuló Sertralina. Dado las dimensiones de sus síntomas iniciales a nivel emocional como: Irritabilidad, tristeza, ansiedad, culpa, anhedonia, hipersensibilidad a la crítica, sensación de vacío; síntomas cognitivos de tipo: dificultad para concentrarse, pensamientos devaluadores (“me desprecio y desprecio a la gente”), pensamientos de inferioridad, culpa, defectuosidad y miedo al abandono. Pensamientos catastróficos respecto a la soledad (“Soy incapaz de estar sola”), percepción de no tener un control sobre su vida; síntomas conductuales como: llanto, aislamiento social, conductas agresivas, actos impulsivos, comer en exceso, conductas de promiscuidad sin protección y síntomas fisiológicos como dolor de cabeza, tensión muscular, fatiga, hipersexualidad. Daba entender a la terapeuta que lo que presenciaba en la actualidad la paciente, se trataba de un diagnóstico disímil formulado meses anteriores por psiquiatría.

Por tanto, por medio de la evaluación clínica de los mencionados síntomas se establece una hipótesis inicial de trastorno bipolar II (APA, 2014), que a diferencia del TAB I la paciente no reunía sintomatología de tipo maníaca. Cabe aclarar, que la paciente llega a consulta cuando sus síntomas de tipo hipomaníaco que comienzan a remitirse y aumenta su sintomatología de tipo depresiva. Se evaluaron los síntomas depresivos con los que llegó la paciente a partir de los criterios planteados en el DSM-5 para episodio de

depresión mayor, aspecto que permitió comprobar que había correspondencia; sin embargo, en dicha evaluación se observaron en ella, rasgos específicos de personalidad que venía presentando la paciente en el transcurso de su vida incluso antes de la aparición de su TAB, como lo son la impulsividad, agresividad, falta de límites y normas claras, dependencia emocional, combinado con relaciones interpersonales inestables, lo que dio pie a pensar en evaluar la posible comorbilidad con la que estaba cursando el TAB de la paciente.

Se pensó en un trastorno de personalidad debido a que presentaba disfuncionalidad en diversas áreas de su vida incluida la académica, familiar, laboral y personal. Se realizó diagnóstico diferencial entre el trastorno de personalidad dependiente (TPD) y límite. Se comenzó evaluando los criterios diagnósticos del TPD y se llega a la conclusión de que, si bien en el dependiente existe patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de estar con otro, en la paciente se evidencia esta necesidad desde una dependencia de tipo afectiva más que instrumental. Dada la alta comorbilidad que puede presentarse entre el TLP Y el TPD los teóricos de la personalidad y los clínicos que tratan a pacientes con TLP, coinciden en que la dependencia interpersonal juega un papel relevante en el TLP, además, esta característica ha sido incluida en varias ediciones del DSM. Bornstein, Becker-Matero, Winarick y Reichman (2010) revisaron este fenómeno y encuentran bastante asociación entre TLP y trastorno dependiente de la personalidad, confirman que los altos niveles de dependencia rasgo están asociados con rasgos y síntomas del TLP, y mostraron que los altos niveles de necesidades de dependencia están presentes en pacientes diagnosticados de TLP que asisten a consulta. Por ende, se dio pie a la revisión de las características y criterios propios del TLP, acogiendo en primera instancia a un diagnóstico categorial (APA, 2014), donde se encontró que cumplía 7 de 9 criterios establecidos como propios del TLP coincidiendo en los

siguientes criterios: Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación; alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable; impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (en su caso, gastos, sexo, atracones de comida); inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días); sentimientos crónicos de vacío; ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (en su caso, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante).

Esto deja en evidencia el diagnóstico de TLP desde el paradigma categorial, sin embargo, la terapeuta se encuentra que, realizando dicha evaluación desde el modelo alternativo dimensional del DSM-5 propuesto por la APA (2014), su diagnóstico quedaría sólo en rasgos de personalidad límite. Ello debido a que, si bien el deterioro mostró ser leve en el funcionamiento de la personalidad, en cuanto a las áreas: Identidad, autodirección, empatía, intimidad, estas áreas no cumplían el tiempo, duración e intensidad para considerarse una disfunción de la personalidad, sino que hablaría más de la sintomatología propia del TAB y más de índole transitorio, específicamente en lo que concierne a la alteración en su identidad, empatía y autodirección.

En cuanto a los rasgos propios del criterio B, ocurre el mismo fenómeno, pese a que se cumple criterios para los rasgos como labilidad emocional e impulsividad, los rasgos como la ansiedad, la inseguridad de separación, la depresión, la asunción de riesgos y la hostilidad, son más disfuncionales en presencia del TAB, dejando de cumplir criterios para el diagnóstico de Trastorno de Personalidad límite desde este modelo alternativo, sino como un diagnóstico dado desde los rasgos de personalidad límite.

Frente a ello, se procederá a hacer énfasis en la comorbilidad de ambos trastornos TLP Y TAB. En cuanto al trastorno bipolar (TB), este se solapa con los síntomas del TLP o al contrario, por lo que pueden ser confundidos (Beck, Freeman et al, 2005), ya que la labilidad afectiva y la impulsividad son frecuentes en ambos trastornos; sin embargo, en el trastorno bipolar estos síntomas se presentan como elevados (euforia) y bajos (depresión) extremos y de forma alterna (APA, 2014), mientras que en el TLP las oscilaciones del estado de ánimo están influenciadas por factores en las relaciones interpersonales y su duración y la intensidad de los síntomas es menor que en el trastorno bipolar (Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011). No obstante, si los síntomas cumplen con los criterios para ambos trastornos se pueden diagnosticar conjuntamente (APA, 2014).

Aunque la inestabilidad afectiva es la característica principal en cada uno, el patrón es puede ser diferente. El TLP se caracteriza por cambios de humor transitorios que se producen en respuesta a factores de estrés interpersonales, mientras que el TAB se asocia con cambios de humor mantenidos. Estos trastornos se pueden distinguir aún más mediante la comparación de su fenomenología, etiología, los antecedentes familiares, estudios biológicos, los resultados y la respuesta a la medicación, tal como se ve en el caso de la paciente, debido a la presencia de familiares con TAB, la respuesta que tuvo frente a la medicación inicial (Sertralina), la cual se tiene la hipótesis que pudo producir cierto viraje en la paciente, conduciendo su sintomatología a formar un TAB, junto con su antecedente de trastorno disfórico premenstrual, estos podrían explicar el curso y desarrollo en la paciente de dicho trastorno.

Antoniadis, Samakouri y Livaditis (2012) refieren que las principales características clínicas comunes en el TAB y el TLP son la inestabilidad afectiva y la impulsividad,

presentadas con diferencias cualitativas en cada uno de estos trastornos. En el campo de la neuroanatomía, el TAB y el TLP muestran similitudes tales como alteraciones en el sistema límbico, así como diferencias específicas como un aumento del tamaño de la amígdala en el TAB y una disminución en el TLP (Salmerón, 2017). Ambos trastornos tienen un porcentaje significativo de heredabilidad, pero los factores ambientales podrían tener un papel importante en el TLP en total concordancia con la situación familiar vivida por la paciente y la inestabilidad emocional percibida por parte de ambos padres y familiares cercanos.

Según Salmerón (2017) tanto el TAB como el TLP se ven afectados por alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico. La funcionalidad y el pronóstico son ligeramente peores para el TLP. En relación con el tratamiento farmacológico, los antidepresivos se consideran eficaces en el TLP, mientras que los estabilizadores del ánimo son el principal tratamiento de elección en el TAB. Hace tiempo que se considera que el TAB y el TLP tienen similitudes significativas y comorbilidad asociada. Basset (2012) encontró que ambos difieren con respecto al sentido de sí mismo, en la alteración de las relaciones, los antecedentes familiares de los trastornos bipolares, los beneficios de los medicamentos, la extensión de los déficits cognitivos, la forma de desregulación afectiva y cíclica, la incidencia de suicidio e intentos de suicidio, la forma de los episodios psicóticos, la incidencia de abuso sexual temprano (pero no un trauma temprano en general). Son similares en ambos la desregulación afectiva como se ha mencionado anteriormente, la incidencia de síntomas depresivos atípicos, la incidencia de autoagresiones, posibles vínculos genéticos, reducción general de la modulación límbica, reducción del tamaño del hipocampo y la amígdala y la incidencia de la interrupción del

sueño. A lo Basset (2012) concluye que el TAB y el TLP son trastornos separados, pero con elementos significativos en común.

Por tanto, para su correcto diagnóstico diferencial, habría que tener en cuenta el estado de ánimo, la variabilidad del mismo y la historia personal y familiar. El diagnóstico diferencial entre el TAB II y el TLP puede ser problemático cuando los síntomas no presentan la suficiente intensidad o duración o cuando hay una superposición relativa e los criterios entre ambos trastornos. Se estima que las condiciones de confusión se encuentran en el 20 % de los casos en los que se llega a convertir en un problema importante (Herbst 2010), y esto genera, por ende, que su tratamiento no sea del todo el adecuado, aunque pueda enfocarse en puntos similares. Al respecto, Renaud, Corbalán y Beaulieu (2012) realizaron una investigación comparando datos sobre las dimensiones afectivas en relación con estos dos trastornos. Encuentran que la inestabilidad afectiva es un factor de confusión en relación con los siguientes aspectos: calidad e intensidad de los afectos, fluctuaciones de rapidez de cambio afectivo, respuesta afectiva con el estrés social, entre otros. Añadido a lo anterior, los investigadores Bayes, Parker y Fletcher (2014) revisaron factores importantes para diferenciar el TB tipo II y el TLP. Encontraron que los parámetros clave de diferenciación y a su vez de asociación de ambos trastornos son los antecedentes familiares, el patrón de inicio, el curso clínico, el perfil fenomenológico de la depresión y del estado de ánimo elevado, y los síntomas de la desregulación emocional.

En el caso de la paciente, dicha comorbilidad es probable que explique en gran parte la heterogeneidad de la evolución, funcionamiento y respuesta al tratamiento abordado en las sesiones.

13. Discusión y conclusiones

Durante el proceso terapéutico se logró realizar toda la recopilación de la información otorgada por la paciente, y se llega a su diagnóstico de TAB y donde paralelamente se pensó en un diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite, y se concluye de que pese a que sí cumplía muchos criterios característicos propios del TLP, ello se debía a la exacerbación propia de la sintomatología del Trastorno bipolar, por tanto, remitidos los síntomas del TAB, si bien se observa disfuncionalidad en su personalidad, solo se cumple criterios para tener estructura de personalidad límite o rasgos de personalidad límite.

A través de la revisión de la literatura, investigación de teorías y la realización de este estudio de caso, se ha podido observar que tanto el TLP y el TAB son patologías complejas y heterogéneas en cuanto a su sintomatología, que pueden presentarse de forma simultánea.

Se comprendió la comorbilidad entre el Trastorno bipolar y el Trastorno límite de la personalidad y se concluyó que la elevada comorbilidad entre los trastornos TAB Y TLP, así como las similitudes entre algunos de ellos, dificulta en el ámbito clínico el diagnóstico y, en consecuencia, su tratamiento y pronóstico. Por lo que se estudió las características psicopatológicas de ambos para así poder clarificar el diagnóstico de TAB, y TLP y, por último, exponer los elementos que acercan y distinguen ambas patologías y realizar un plan de tratamiento acorde a las necesidades propias del caso.

Se exploraron modelos teóricos y terapéuticos desde el enfoque cognitivo conductual como fue el aporte de Aaron Beck, Marsha Linehan, Jeffrey Young, entre otros, que permitieron la comprensión y profundización del Trastorno bipolar y el Trastorno

límite de la personalidad. Dichos aportes fueron fundamentales durante el proceso terapéutico ya que a través de éstos se logró disminuir su sintomatología depresiva y ansiosa, se logró fortalecer el autovalidación de la paciente, fomentar la comunicación una comunicación asertiva, aumentar la tolerancia al malestar y fortalecer el vínculo durante la terapia.

Se realizó una investigación amplia de protocolos y modelos de intervención basados en la evidencia, que permitieron un amplio abordaje de ambos trastornos y se llega a la conclusión que la Terapia Cognitiva conductual, acompañada de estrategias de intervención propias de la Terapia Dialéctica-Conductual y Terapia Centrada en Esquemas fueron eficaces a la hora de abordar las problemáticas específicas de la paciente en tratamiento.

A nivel de estrategias, la eficiencia y eficacia de las herramientas terapéuticas cómo: el cuestionamiento socrático, descubrimiento guiado, el empirismo colaborativo, la reestructuración de pensamiento, los experimentos conductuales, el entrenamiento en solución de problemas, las técnicas de relajación, el entrenamiento en habilidades sociales, la planificación de actividades entre otras, fueron productivas para el caso clínico, ayudando a lograr la estabilidad sintomática.

Todo ello permitió cumplir el objetivo general del presente trabajo que fue describir y analizar el proceso terapéutico de un caso de Trastorno Bipolar y Rasgos límite de la personalidad que posibilitó la comprensión de la problemática mediante un estudio de caso clínico único desde la Terapia Cognitiva-Conductual.

Este estudio de caso clínico favorece la comprensión por parte del público general, profesionales, maestros y estudiantes, de estas dos patologías consideradas de bajo pronostico debido a su compleja y similar sintomatología; a los profesionales de la salud

mental, profesores y estudiantes les es útil, dado que pueden beneficiarse de esta experiencia clínica, usándola como una guía para en el análisis de otros casos de características similares, como referente investigativo o como guía terapéutica sobre el TAB y el TLP.

14. Referencias

- Academy of Cognitive Therapy. (2013). *Historia de caso, formulación, y plan de tratamiento*. Recuperado el día 19 de febrero de 2018. Disponible en: <http://members.academyofct.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3441>
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Grandin, L. D., Hughes, M. E., ... & Hogan, M. E. (2008). Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: *Prospective prediction of bipolar mood episodes*. *Bipolar disorders*, 10(2), 310-322.
- American Psychiatric Association (APA). (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Masson, Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-5 (5ª ed). Editorial Médica Panamericana, Bogotá.
- Antoniadis, D., Samakouri, M. & Livaditis, M. (2012). The association of bipolar spectrum disorders and borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 83, 449-465.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Bender, R. E., & Wagner, C. A. (2009). Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach system perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(2), 206-226.
- Apfelbaum, S., Regalado, P., Herman, L., Teitelbaum, J., & Gagliesi, P. (2013). La comorbilidad del trastorno bipolar con trastornos de la personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 41(5).

- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., ... & Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(6), 1013-1020.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral*. Internacional Thomson Editores.
- Basco, M. & Rush, A. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Bassett, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(4), 327-339.
- Bayes, A., Parker, G., & McClure, G. (2016). Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *Journal of affective disorders, 204*, 103-111.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa.

- Becoña, E., & Lorenzo, M. D. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema, 13*(3).
- Bender, R. E., Alloy, L. B., Sylvia, L. G., Urošević, S., & Abramson, L. Y. (2010). Generation of life events in bipolar spectrum disorders: A re-examination and extension of the stress generation theory. *Journal of clinical psychology, 66*(9), 907-926.
- Berrios, G. E. (1988). Melancholia and depression during the 19th century: a conceptual history. *The British Journal of Psychiatry, 153*(3), 298-304.
- 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. *Depression and anxiety, 23*(4), 220-235.
- Bornstein, R. F., Becker-Maturo, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders, 24*(1), 109-127.
- Bousoño, M., Baca Baldomero, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., Roca, M., & Urretavizcaya, M. (2008). Manejo de la depresión a largo plazo: la depresión bipolar. *Actas Españolas de psiquiatría, 36*.
- Bowden, C. L. (2005). A different depression: clinical distinctions between bipolar and unipolar depression. *Journal of affective disorders, 84*(2), 117-125.

- Bravo, M. F., Lahera, G., Lalucat, L., & Fernández-Liria, A. (2013). Clinical practice guideline on bipolar disorder: drug and psychosocial therapy. Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Medicina clinica*, *141*(7), 305-e1.
- Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PloS one*, *9*(9), e107748.
- Buela Casal, G., & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*(3).
- Burgal, F. y Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad: Una revisión. *Papeles del psicólogo*, *38*(2), 148-156.
- Cabanyes, J. (2012). *La salud mental en el mundo de hoy*. Madrid: EUNSA.
- Caballo, V. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Madrid: Siglo XXI, 1*.
- Caballo, V., & Camacho, S. (2000). Trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales; Borderline personality disorder. *Psicología desde el Caribe*, (5).
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*, *9*(3), 579-605.
- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. *Madrid: Siglo XXI, 1*.

- Carney, C. P., & Jones, L. E. (2006). Medical comorbidity in women and men with bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosomatic medicine*, 68(5), 684-691.
- Carranza Almansa, I. (2002). Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 99-109.
- Castelló, J. (2005). *Dependencia emocional. Características y tratamiento*. España: Alianza Editorial SA.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica panamericana.
- Cassano, G. B., Dell'Osso, L., Frank, E., Miniati, M., Fagiolini, A., Shear, K., ... & Maser, J. (1999). The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *Journal of Affective Disorders*, 54(3), 319-328.
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. *Salud mental*, 37(2), 111-117.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small-and medium-sized firms. *International small business journal*, 15(1), 73-85.
- Colom, F., Vieta, E., Daban, C., Pacchiarotti, I., & Sanchez-Moreno, J. (2006). Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 93(1), 13-17.

- Craddock, N., & Forty, L. (2006). Genetics of affective (mood) disorders. *European Journal of Human Genetics*, *14*(6), 660.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, *135*(3), 495.
- Chiang, K. J., Tsai, J. C., Liu, D., Lin, C. H., Chiu, H. L., & Chou, K. R. (2017). Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*, *12*(5), e0176849.
- Cuevas Yust, C., & López Pérez-Díaz, Á. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(1), 97-114.
- de la Vega, I., & Sánchez Quintero, S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, *10*(1).
- de Vega Rodríguez, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.
- Dell'Osso, L., Armani, A., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Corretti, G., ... & Cassano, G. B. (2002). Measuring mood spectrum: comparison of interview (SCI-MOODS) and self-report (MOODS-SR) instruments. *Comprehensive psychiatry*, *43*(1), 69-73.
- Depue, R. A., Krauss, S. P., & Spoont, M. R. (1987). A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. New York.: Academic Press.

- El-Mallakh R & Ghaemi N. (2006). Depresión bipolar: guía completa. *American Psychiatric Publishing*.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
- Ferrer Botero, A., Londoño Arredondo, N. H., Álvarez Montoya, G. E., Arango Garcés, L. M., Calle Londoño, H. N., Cataño Berrío, C. M., ... & Bustamante Durán, E. Y. (2015). Prevalencia de los trastornos de la personalidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Medellín, *Revista de psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp73-96.
- Fierro, M., Bustos, A., & Molina, C. (2016). Diferencias en la experiencia subjetiva entre depresión unipolar y bipolar. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 162-169.
- Figuroa, E., & Silk, K. R. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 71-92.
- Gan, Z., Diao, F., Wei, Q., Wu, X., Cheng, M., Guan, N., ... & Zhang, J. (2011). A predictive model for diagnosing bipolar disorder based on the clinical characteristics of major depressive episodes in Chinese population. *Journal of affective disorders*, 134(1), 119-125.
- García Bernardo, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). *Clínica y Salud*, 18(3), 347-361.

- García-Blanco, A. C., Sierra, P., & Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1), 135 -148.
- Ghaemi S, Saggese J, Goodwin F. (2006). Diagnosis of bipolar depression. En: Bipolar depression: a comprehensive guide (p.p 3–36). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Ghaemi, S. N., Ko, J. Y., & Goodwin, F. E. I. K. (2002). “Cade's disease” and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(2), 125-134.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría UAH / AEN.

Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Ars Medica.

Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. (2011). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(4), 822-823. Recuperado en 30 de mayo de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400020&lng=es&tlng=es.

Harned, M. S., Tkachuck, M. A., & Youngberg, K. A. (2013). Treatment preference among suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Journal of clinical psychology*, 69(7), 749-761.

Herbst, L. (2010). Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*, 21(91), 294-300.

Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H., Coryell, W., Fawcett, J., Fiedorowicz, J. G., ... & Keller, M. B. (2012). Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *Journal of affective disorders*, 138(3), 440-448.

Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Elisabeth Wells, J., ... & Olds, R. J. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*, 7(2), 119-125.

Kramer, U., Keller, S., Caspar, F., de Roten, Y., Despland, J. N., & Kolly, S. (2017). Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality

- disorder: A mediation analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(5), 530.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 324-329.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press..
- López Pell, A. F., Rondón, J.M., Cellerino, C., & Alfano, S. M. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Theodore Millon. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 239-271. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000200008&lng=es&tlng=es.
- López-Soto, R. & Marqués-Reyes, D. (2016). Efectividad del MBCT para el Trastorno Bipolar: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 231-249.
- Luque, R., & Berrios, G. E. (2011). Historia de los trastornos afectivos. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 40, 120-146.

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Maggio, J. (2008). Bipolaridad en el trastorno de personalidad límite. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(2).
- Martínez Carazo, P. C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Mendel, E., Krauss, W. C., & Davis, F. A. (1907). *Text-Book of Psychiatry, A Psychological Study of Insanity*.
- Merced, M. (2015). The beginning psychotherapist and borderline personality disorder: basic treatment principles and clinical Foci. *American journal of psychotherapy*, 69(3), 241-268.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and Correlates of Bipolar Spectrum Disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241–251.
<http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.12>
- Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la Personalidad: Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. & Everly, G.S (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona-España: Ediciones Martínez Roca, S. A.

- Millon, T., Davis, R., Millon, C., Escovar, L., & Meagher, S. (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Nieto, T. E. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento, Madrid: *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. American Psychological Association.
- Ohmae, S. (2012). The difference between depression and melancholia: two distinct conditions that were combined into a single category in DSM-III. *Seishin Shinkeigaku Zasshi (Psychiatr Neurol)*. 114:886–905.
- Pailhez, G. & Palomo, A. L. (2008). Multiplicidad diagnóstica en los trastornos de personalidad. *Psiquiatr Biol*, 14(3), 92-97.
- Perry, J. & Klerman, G. (1978). The borderline patient. *Archives of General Psychiatry*, 35, 141-150.
- Ramírez, M. & Thase, M. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos bipolares. En: Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.
- Renaud, S., Corbalán, T. y Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 952-961.

- Safran, J. & Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós
- Salmerón, J. M. *Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad*. Tesis doctoral para optar al grado de doctor. Universidad de Murcia. Murcia, España.
- Sampietro, L., y Buratti, M. (2012). Trastorno límite de la personalidad y conductas autolíticas. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 149-154.
- Sánchez, P.R., Rodríguez, L.J y Jaramillo, L. (2012). Edad de inicio como marcador de subtipos de enfermedad maniaco-depresiva. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41:576–87.
- Sánchez, F., & Sarabia, F. (1999). *Metodología para la investigación en marketing y dirección de empresas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2006). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. *Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. (1ª Ed.). Bilbao: Descleé de Brouwer, SA.
- Solomon, D. A. , Leon A.C., Coryell W.H., Endicott J., Li C., Fiedorowicz J.G. Longitudinal course of bipolar I disorder: Duration of mood episodes. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:339.
- Sparding, T., Pålsson, E., Joas, E., Hansen, S., & Landén, M. (2017). Personality traits in bipolar disorder and influence on outcome. *BMC psychiatry*, 17(1), 159.

- Sarason, I. & Sarason, B. (2006). *Psicopatología: psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson.
- Stone, M. H. (2006). Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1126-1128.
- Tamayo, J. (2011). Diferencias terapéuticas de los medicamentos para el tratamiento de los trastornos bipolares: siete años después. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(5).
- Worden, J. W., & Aparicio, Á. (2003). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós, 23-39.
- Yen, S., Frazier, E., Hower, H., Weinstock, L., Topor, D., Hunt, J. & Strober, M. (2015). Borderline personality disorder in transition age youth with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(4), 270-280.
- Young, J., Klosko, J & Weishaar, M. (2003). *Terapia de Esquemas*. Guía Práctica. España: Desclée de Brouwer.
- Young, J. E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: a schema – focused approach.
- Young, J. E. & First, M. (1996). Schema mode listing. *New York: Cognitive Therapy Center*.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

- Young, J. (1983). Borderline personality: Cognitive theory and treatment. In *annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim, CA* (Vol. 318).
- Yust, C. C., & Pérez-Díaz, Á. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal Of Psychology & Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.
- Zanarini, M y Frankenburg, F. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 93.
- Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A., & Parikh, S. V. (2008). Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 441-448.