



EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Aurora Valero Martínez

Juana Portillo Abellán

Ana Carrasco Flores

Charlotte Lecharlier

Dulce Bordes Giménez

Paloma Juncosa Montes

auroravaleromartinez@gmail.com

Depresión, Trastornos de la Personalidad, Hospitalización

RESUMEN

Motivo de la consulta

Chica de 17 años que acude por ánimo depresivo e ideas autolíticas a Urgencias, desde donde se solicita la valoración por parte del Servicio de Psiquiatría

Antecedentes

En Mayo de 2018 comienza a sentirse inestable emocionalmente. A partir de Noviembre se siente cada vez más deprimida y comienza con ideas autolíticas. En Diciembre ingresa en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría. Problemática familiar importante. Padres separados. Antecedentes de Trastorno Mental e intentos autolíticos en la paciente (TCA y Trastorno Depresivo de larga duración) y en la familia. Alta exigencia académica por parte de los padres, que valoran por encima de todo el éxito profesional.

Diagnóstico y discusión

La paciente manifiesta estado de ánimo depresivo, aspecto melancólico, pérdida de apetito, pérdida de peso e ideas de suicidio parcialmente estructuradas. Por la trayectoria de la paciente es pertinente realizar un diagnóstico diferencial entre Trastorno Depresivo y Trastorno de Personalidad. Para ello, se realiza la Entrevista Estructural de Kernberg, abordando la clínica de la paciente desde este modelo frente al modelo DSM, siendo el diagnóstico "Organización limítrofe de personalidad de alto funcionamiento"

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Intervención y evolución

La intervención psicológica tiene como objetivo ayudar a la paciente a definirse y construir su autoconcepto y autoestima más allá del prestigio y el éxito académico y facilitar la expresión del malestar emocional. La paciente evoluciona positivamente durante el ingreso por la acción combinada de la psicoterapia y la intervención farmacológica (Enlotal, Venlafaxina, Trileptal, Orfidal y Noctamid).

INTRODUCCIÓN

El sufrimiento psicológico es una experiencia humana que no siempre puede ser comprendida desde un único prisma, es decir, desde un único modelo o desde un único diagnóstico.

A menudo distintos modelos aportan piezas clave para la comprensión del sufrimiento de un paciente y su experiencia comprende manifestaciones clínicas que pueden ser reflejo de diversos cuadros psicopatológicos.

En este caso, para poder abordar y comprender a la paciente hemos recurrido a algunos conceptos clave del Modelo de Terapia Sistémica Estructural (Soria, R. 2010), precisamente por la relevancia de las figuras parentales y dinámicas familiares en el desarrollo y exacerbación de la clínica de la paciente. Por otra parte, también nos hemos ayudado del Modelo de Trastornos de Personalidad de O. Kernberg (2016) para comprender en mayor profundidad la estructura psíquica de la paciente y determinar el nivel de gravedad del cuadro psicopatológico.

Por último, como comentábamos al principio, es difícil que los pacientes manifiesten formas "puras" de los trastornos mentales, ya que a menudo se da la combinación de signos y síntomas clínicos de diversos trastornos o varios trastornos a la vez, lo que se conoce como comorbilidad. En relación al caso que nos ocupa, es importante considerar la comorbilidad entre los Trastornos de la Conducta Alimentaria y los Trastornos de la Personalidad. Por un lado, se ha comprobado una comorbilidad de entre el 25% y el 35% de anorexia restrictiva con trastornos de la personalidad del grupo C, especialmente la personalidad obsesiva y evitadora. Por otro lado, se da una comorbilidad significativa, del 40%, entre Anorexia Purgativa y Trastorno Límite de Personalidad. A esto hay que añadir, que es muy frecuente que a un cuadro comórbido de TCA y TP aparezcan otro tipo de síntomas como depresión y ansiedad (Echeburúa, E. y Marañón, I., 2001).

Para concluir, todos los puntos que hemos abordado en la introducción y que hemos creído relevantes para la organización y comprensión del caso clínico los iremos tratando y explicando más detenidamente a continuación en cada apartado correspondiente.

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

Ingreso

“Cuando el éxito se hace inalcanzable y la presión insoportable”.

Motivo de consulta

Chica de 17 años que acude, acompañada de su madre, a Urgencias del Hospital Santa Lucía de Cartagena, desde donde se solicita la valoración por parte del Servicio de Psiquiatría, por estado de ánimo depresivo e ideas autolíticas.

Exploración psicopatológica en el momento del ingreso

La paciente está consciente y orientada en tiempo y espacio. Manifiesta estado de ánimo depresivo, astenia, anhedonia, llanto fácil y la expresión de su rostro es melancólica. Refiere pérdida de apetito, disminución de las ingestas y pérdida de peso. Presenta ideas de suicidio parcialmente estructuradas. No ideas de autorreferencia ni otros síntomas psicóticos.

Criterios de ingreso

La paciente ingresa el 29 de Diciembre de 2019 por clínica depresiva, ideas de autolisis y de suicidio parcialmente estructuradas. Estos motivos, junto con la existencia de intentos previos de autolisis por parte de la paciente, determinan una situación clínica grave, por lo que se considera necesario el ingreso.

Tratamiento psicofarmacológico pautado al ingreso

- Enlotril 300 mg: 1-0-0
- Escitalopram 10 mg: ½ -0-0
- Lyrica 25 mg: 1-0-1
- Orfidal: ½ - ½ - ½
- Noctamid 2 mg: 0-0-1. Repetir en caso de no poder dormir
- Vigilar conductas purgativas

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

ANTECEDENTES

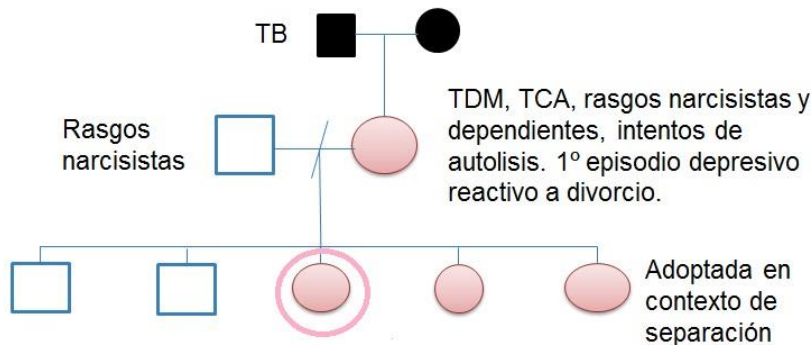
«Los mensajes familiares como vehículos de salud o enfermedad»

Antecedentes personales

La paciente presenta diversos problemas de salud mental desde hace años. En 2013 requirió ingreso de 2 meses de duración en Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, donde fue diagnosticada de Anorexia con conductas purgativas. En 2015 ingresa en Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría, momento en el que es diagnosticada con Trastorno Depresivo. La paciente está en seguimiento por Psicología a nivel privado y lleva pautado tratamiento farmacológico crónico: Enlotril 300, Topiramato 50, Orfidal y Noctamid.

Antecedentes familiares

Estructura familiar



Dinámica familiar y valores parentales

Desde el modelo sistémico estructural de psicoterapia (Soria, 2010) podríamos hablar de una familia desligada con límites rígidos entre sus miembros. En este tipo de estructura y organización familiar, la comunicación es deficiente o difícil; prima el sentido de autonomía e independencia frente a la unión y la interdependencia, influyendo negativamente en los sentimientos de lealtad y pertenencia.

La relación de la paciente con el padre es distante, lo considera un padre exigente y crítico, difícil de satisfacer, sintiendo que nunca hace lo suficiente. La relación con la madre es más afectiva pero también difícil dados los rasgos psicopatológicos y dinámicas disfuncionales de la madre, asumiendo la paciente el rol de cuidadora de ésta. Según refiere la paciente la relación con los hermanos y hermanas también es distante, no parece considerarlos figuras de apoyo relevantes.

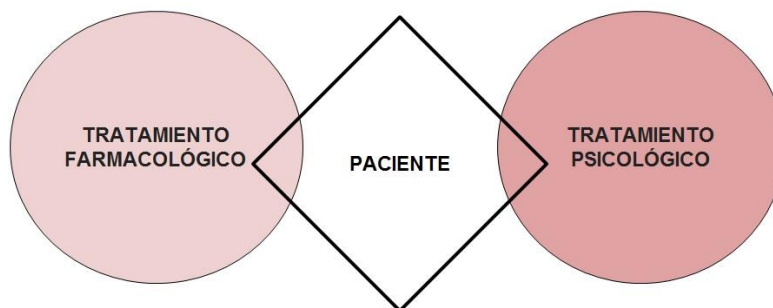
EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Los valores parentales predominantes son el prestigio, el estatus y el éxito, otorgando un papel secundario a los afectos. Algunos de los mensajes relevantes que recibe la paciente en su contexto familiar son: «hay que ser el/la mejor» y «tienes que estudiar en una universidad de prestigio (Cambridge, Oxford,...), como tus hermanos...», lo que le afecta anímicamente y le genera una gran presión.

EVOLUCIÓN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

«Más allá de la mirada familiar: El propio camino»

Abordaje interdisciplinar

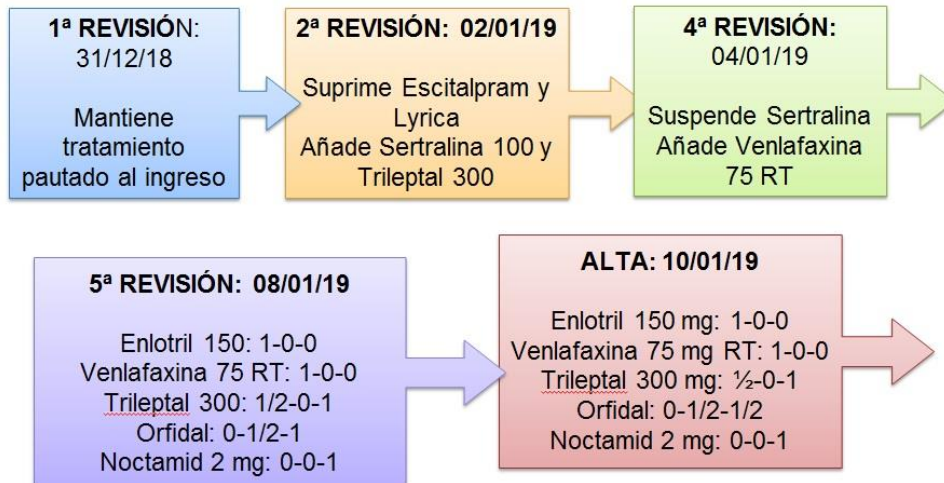


Tratamiento farmacológico

Consistió en la implementación de un tratamiento psicofarmacológico adecuado y en el seguimiento y la observación de la paciente de acuerdo con ello. Este proceso de afinar en la dosis y combinación idónea de psicofármacos es dinámico, ya que conlleva una serie de ajustes y cambios desde el momento del ingreso y hasta el alta. El tratamiento final se basaba en la acción combinada psicofármacos con función antidepresiva, como Enlortril (IRDN), Venlafaxina (IRSN) y Trileptal, y psicofármacos con función ansiolítica y sedante, esto es, benzodiacepinas como Orfidal y Noctamid.

Los cambios más significativos y los resultados de las distintas revisiones del tratamiento están reflejados en el siguiente gráfico.

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO



Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico a constó de tres sesiones, en las que se realizaron funciones de evaluación e intervención, pasando de una fase más evaluativa a otra más interventiva hasta cerrar el proceso terapéutico en la última sesión. Este proceso queda recogido en el siguiente gráfico y se explica detalladamente en el siguiente apartado.



Intervención psicológica

Primera sesión: Triple pregunta

¿Motivo de ingreso?

La paciente refiere como principal motivo de ingreso la inestabilidad emocional, manifestando angustia y desconcierto por tener cambios de humor intensos y rápidos (en un mismo día).

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Explica que estos cambios de humor se inician en Mayo 2018 y a partir de Noviembre se intensifican acompañándose de ideas autolíticas claras, de mayor desánimo y apatía..., en general de un profundo malestar emocional.

¿Preocupaciones actuales?

Al explorar las preocupaciones de la paciente comenta que le preocupa haber sido rechazada en las Universidades Oxford y Cambridge, donde echó la solicitud de ingreso, ya que la paciente estudia 2º de Bachillerato en Cambridge con el fin de estudiar Medicina en alguna universidad de prestigio como éstas. Este rechazo de su solicitud le generaba importantes sentimientos de vergüenza debido al juicio y la desaprobación de sus padres y de su círculo social del Instituto, y también sentimientos de impotencia por no poder cumplir las expectativas que se tienen de ella.

Otra preocupación que manifestaba era el hecho de continuar ingresada después de las vacaciones de Navidad, habiéndose reiniciado el curso en el Instituto y no pudiendo continuar con la dinámica escolar, unido a la preocupación de qué pensarían de ella profesores y compañeros.

¿Qué espera del tratamiento?

Cuando abordamos con la paciente sus expectativas respecto al ingreso y la intervención psicológica comenta que lo que le gustaría sería encontrarse más estable emocionalmente.

Segunda sesión: Entrevista estructural de Kernberg

La Entrevista Estructural se enmarca en el Modelo de los Trastornos de la Personalidad del autor Otto F. Kernberg, que se fundamenta en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales desarrollada por el mismo autor. Este modelo distingue tres estructuras psicopatológicas de personalidad, neurótica, límite y psicótica, graduando dichas estructuras de menor a mayor gravedad respectivamente en función de tres aspectos básicos: la identidad y coherencia del yo, el juicio de realidad y los mecanismos de defensa (Kernberg et al. 2016). Estos tres ejes vertebran el análisis de las respuestas del paciente y permiten orientar el diagnóstico y el juicio clínico. Esta entrevista comprende las siguientes cuestiones:

- ¿Cómo ha llegado la paciente?
- Breve descripción física
- Principal motivo de consulta y síntomas dominantes (suicidio/autolesión, TCA, tóxicos, conductas antisociales activas/pasivas)
- Áreas vitales: académica/laboral, social, sentimental/sexual, familiar, ocio y creatividad.
- Descripción de otro significativo

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

- Descripción de sí mismo
- Descripción de la interacción y transferencia/contratransferencia

Entrevista Estructural de Kernberg: Evaluación

¿Cómo ha llegado la paciente?: Por propia decisión, acompañada de su madre.

Breve descripción física: Muy delgada, expresión amable pero melancólica, actitud calmada.

Principal motivo de consulta y síntomas dominantes (suicidio/autolesión, TCA, tóxicos, conductas antisociales activas/pasivas): Ideas de suicidio parcialmente estructuradas, autolesión (golpes, excoiación y cortes en muñecas y muslos), TCA, nunca ha consumido tóxicos, y expresa que no se ha involucrado en peleas o conflictos.

Áreas vitales:

- Académica/laboral: Toma decisiones propias respecto a los estudios. Quiere estudiar Medicina, por su interés en el trato con personas y en las ciencias biológicas, pero en España, frente a los deseos de los padres de que estudie en alguna universidad de prestigio internacional.
- Social: Refiere tener alguna amiga íntima en España con la que se siente cómoda. Tiene un grupo de amigas en el Instituto, pero ha tenido algún conflicto con ellas y a veces se siente fuera de lugar desde que la rechazaron en dos universidades, hecho que les ha ocultado por sentirse avergonzada.
- Sentimental/sexual: Tiene una relación íntima con un chico, con el que se siente tranquila, apoyada, cómoda. Reconoce en él cualidades positivas y negativas y define de forma ajustada qué espera de la relación.
- Familiar: Relaciones disfuncionales. Según refiere la paciente, el padre es distante y crítico; la madre es más cercana y afectiva, no obstante también se siente presionada por ésta respecto a los estudios y la relación está condicionada por la propia psicopatología afectiva y de personalidad de la madre. Los hermanos no constituyen personas de referencia ni de apoyo.
- Ocio y creatividad: No define claramente actividades que le procuren satisfacción personal, más allá de estar con las amigas o la pareja.

Descripción de otro significativo: Define a su pareja como la persona más significativa en su vida en este momento, por la manera de ser de éste y el apoyo incondicional que siente de su parte.

Descripción de sí misma: Manifiesta confusión respecto a su forma de ser por cambios extremos en el modo de comportarse (introvertida vs extrovertida), «No sé cuál es mi identidad, ni cuál de esas facetas soy». Reconoce dos cualidades en sí misma, exigente y

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

empática, que, según dice, son las que otras personas ven en ella. Se siente presionada por no poder con las expectativas de su familia y amigas.

Descripción de la interacción y transferencia/contratransferencia: Agradable, cómoda, se puede elaborar con ella un proceso terapéutico debido a su cierta madurez emocional e inteligencia.

Entrevista estructural de Kernberg: Análisis

- Identidad
- Mecanismos de defensa
- Juicio de realidad
- Valores morales internalizados
- Agresión y antisocialidad
- Calidad de las relaciones objetales

Identidad: Al realizar la entrevista se aprecia en la paciente cierta confusión respecto a su identidad. No ha construido un autoconcepto sólido y congruente y la imagen que tiene de sí misma se fundamenta en lo que otras personas le devuelven. La paciente es consciente de cómo el valor que otorga su contexto familiar y social al prestigio y el éxito determina el modo en que ella se define y valora.

Mecanismos de defensa: Se observan algunas defensas primitivas que se caracterizan por ser rígidas e inflexibles y propias del desarrollo temprano, infancia y niñez (Kernberg, et al. 2016)

- Escisión: defensa estructural en la organización borderline, separación radical de afectos buenos y malos y objetos buenos y malos. En la paciente se podía observar en la dificultad de integrar distintos aspectos de sí misma o la falta de integración en su experiencia emocional
- *Desvalorización*: devaluación de la propia persona, en todas o en alguna de sus dimensiones. A la paciente le resultaba difícil reconocer cualidades propias y su concepto de valía estaba exclusivamente ligado a sus méritos académicos.

Juicio de realidad: El juicio de realidad está conservado

Valores morales internalizados: En la exploración de los valores de la paciente se advierte que el valor personal, el reconocimiento y el afecto están sujetos a los logros académicos, el éxito y el prestigio, en este sentido "uno ha de ser el mejor" y "lo que uno hace nunca es suficiente".

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Agresión y antisocialidad: La paciente manifiesta un patrón de autoagresividad, ya que se ha realizado autolesiones en varias ocasiones como he comentado anteriormente. No obstante no se advierte antisocialidad en sus conductas, sino más bien lo contrario, cierta evitación de conflicto y disputas.

Calidad de relaciones objetales: algunas relaciones objetales de calidad. Capaz de establecer vínculos y mantener relaciones afectivas, íntimas y duraderas, como se manifiesta con alguna amiga y su pareja.

Intervención

Los focos principales de intervención fueron: Identidad, motivaciones auténticas, rigidez y autoexigencia, sentimientos de vergüenza y desajustes alimentarios

Identidad: La intervención estuvo centrada en definición, integración y aceptación de sus fortalezas, cualidades y limitaciones más allá de la mirada familiar, los méritos académicos y el prestigio. El objetivo es que pudiera construir una imagen de sí misma más completa y coherente con sus propias motivaciones.

Motivaciones auténticas: En esta dimensión ayudamos a la paciente a explorar qué quiere estudiar, dónde y por qué, fomentando en ella una reflexión sobre la dirección que quiere seguir en sus estudios, y animándola a que valide sus propios criterios y decisiones.

Rigidez y autoexigencia: Se interviene sobre la importancia que concede a los méritos académicos, poniendo en valor otros aspectos de su persona y su vida, especialmente su salud emocional y física.

Sentimientos de vergüenza: Se explora con la paciente el malestar emocional asociado a la sensación de fracaso por haber sido rechazada en 2 universidades. En este sentido, se insiste en la importancia de la autoaceptación, es decir, la aceptación de sí misma con todas sus limitaciones y cualidades, y en la importancia de establecer y mantener relaciones que apoyen la aceptación intrínseca de su persona, al margen de los logros.

Desajustes alimentarios: Se abordan los desajustes alimentarios en relación a la rigidez y la autoexigencia y como una forma de sentir que tiene el control de algo en su vida, frente a la sensación de fracaso en otros aspectos como el académico.

Tercera sesión: intervención final y cierre

Los focos principales de intervención fueron: la reincorporación al instituto en Cambridge y a su rutina, la toma de decisiones respecto a dónde continuar sus estudios, la facilitación de recursos de apoyo para la integración de su experiencia emocional y la continuación de la terapia en el contexto de la red de salud mental.

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Reincorporación al instituto en Cambridge y a su rutina: Respecto a este punto, exploramos cómo se siente y le brindamos apoyo emocional. La paciente refería encontrarse tranquila debido a que había pasado cierto tiempo del conflicto con sus amistades y además, estando en época de exámenes, según ella, le sería más fácil centrarse en sus estudios.

Dónde continuar sus estudios: Tras hablar el psiquiatra con su madre, ésta se vuelve receptiva a que estudie en España, lo que deja a la paciente más tranquila por sentirse apoyada. Aunque es consciente de que su padre no estará de acuerdo en esto, la paciente refiere que tampoco espera que lo acepte, por lo que también está tranquila al respecto. En este contexto de los estudios reforzamos la idea de que su valor como persona integran otros aspectos además del profesional y que es importante que también los nutra y refuerce.

Recursos de apoyo para la integración de su experiencia emocional: Le recordamos que para comprender sus propios cambios emocionales, regularlos y manejarlos mejor puede servirse de herramientas expresivas como la escritura o la pintura (escribir o pintar cómo se siente).

Continuación en red de salud mental: Le sugerimos que cuando vuelva a España reinicie seguimiento en Salud Mental y lleve a cabo una psicoterapia de mayor alcance que le ayude a trabajar más en profundidad todos los temas tratados durante el ingreso y otros aspectos que ella pueda necesitar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

«La experiencia emocional del paciente frente a los modelos diagnósticos»

Diagnóstico diferencial

En la reflexión y exploración del diagnóstico diferencial nos planteamos dos cuestiones fundamentales: ¿Qué diagnóstico fenomenológico refleja mejor la experiencia de la paciente: Episodio Depresivo Mayor o Trastorno Límite de Personalidad? ¿Qué modelo diagnóstico es capaz de describir la sintomatología y el malestar de la paciente: DSM-5 o Modelo diagnóstico de Kernberg? Frente a estos interrogantes consideramos tres formas distintas de comprender la psicopatología manifiesta en la paciente:



EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Episodio depresivo mayor

Analizando los criterios de EDM nos damos cuenta de que 2 de ellos son congruentes con la experiencia de la paciente; en concreto: humor depresivo, la disminución del apetito y los pensamientos recurrentes de ideación suicida parcialmente estructurada.

Episodio Depresivo Mayor.

- A) Mínimo 4/9 de los siguientes síntomas has estado presentes en el lapso de dos semanas previas representando un cambio respecto a el funcionamiento previo y por lo menos uno de esos síntomas es: (1).-humor depresivo ó (2) pérdida de interés o placer.
- 1.-Humor depresivo casi todo el día casi a diario, por reporte objetivo (me siento triste, vacío. Desesperanzado, o por reporte subjetivo (se ve triste) NOTA.-En niños o adolescentes puede ser humor irritable.
 - 2.-Marcada disminución en el interés y en la capacidad de sentir placer en las actividades diarias
 - 3.-Pérdida o aumento de peso sin realizar dieta del 5% o aumento o disminución del apetito casi a diario (en niños: fracaso de aumentar el peso establecido para la edad).
 - 4.- Insomnio o hipersomnia casi a diario.
 - 5.- Fatiga o pérdida de energía casi a diario.
 - 6.- Agitación o retraso psicomotriz casi a diario y observado por otros.
 - 7.- sentimientos de inutilidad y culpa casi a diario los cuales pueden ser delirantes.
 - 8.- Indecisión, disminución en la habilidad de pensar y concentrarse.
 - 9.- Pensamientos recurrentes de: muerte, ideación suicida sin planeación, o intento suicida, plan específico

Trastorno Límite de Personalidad-DSM5

Seguindo los criterios del DSM-5 para el TLP podemos observar que 3 de ellos forman parte de las manifestaciones clínicas de la paciente: alteración de la identidad, autoimagen o sentido de sí misma persistentemente inestable, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación, e inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

- Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
 - (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación del criterio 5
 - (2) Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre devaluación e idealización
 - (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). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
 - (5) 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

Trastorno Límite de Personalidad-Modelo de Kernberg-

Basándonos en el modelo de los trastornos de la personalidad de Kernberg, advertimos cierta coherencia con la fenomenología y la estructura del diagnóstico de Trastorno de Personalidad Límite Alto.

ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD				
Criterios	Neurótico	<u>Límite alto</u>	Límite bajo	Psicótico
Identidad del yo	Presente	Ausente •	Ausente	Ausente
Juicio de realidad	Mantenido	Mantenido •	Mantenido, pero con alteraciones	Ausente
Defensas	Avanzadas	Primitivas •	Primitivas	Primitivas
Trastornos de personalidad	•Obsesivo compulsivo •Masoquista depresivo •Histérico	•Sadomasoquista • <u>Ciclotímico</u> •Dependiente •Histriónico •Narcisista	•Paranoide •Hipocondríaco •Esquizotípico •Esquizoide •Límite •Hipomaniaco •Narcisismo maligno •Antisocial	

Desde el modelo de Kernberg el diagnóstico es descriptivo y estructural y se basa en la definición de tres aspectos: nivel de organización, neurótica, límite alta, límite baja, psicótica, categoría diagnóstica, tipo de trastorno de la personalidad, y gravedad, en función del grado de difusión de la identidad, del predominio de defensas primitivas y de

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

la intensidad de la agresión. En este marco teórico el diagnóstico de la paciente sería el siguiente.

- **Nivel de organización:** *Organización borderline superior o de alto funcionamiento*
- **Categoría diagnóstica:** *Ciclotímica*, debido fundamentalmente a la inestabilidad y labilidad emocional.
- **Gravedad:** moderada, ya que la difusión de la identidad es moderada, el predominio de defensas primitivas es moderado y la intensidad de la agresión es moderada.

TLP vs TDM

Una vez expuestas las tres modalidades diagnósticas, consideramos que el Trastorno de Personalidad es más representativo de la psicopatología de la paciente que el Trastorno Depresivo Mayor, ya que se advierte en la historia clínica de la paciente una tendencia estructural en la organización de sus pensamientos, emociones, impulsos y conductas de forma disfuncional y desadaptativa en su vida.

Dentro de la categoría diagnóstica de los Trastornos de Personalidad orientamos el juicio diagnóstico a Trastorno Límite de la Personalidad por varios motivos. Por un lado, la labilidad e inestabilidad emocional, la paciente cambia de un estado de ánimo a otro en poco tiempo, y en este sentido, el ánimo depresivo, la astenia y la anhedonia puede entenderse dentro de este contexto y no como síntomas de Trastorno Depresivo Mayor. Por otro lado, la pérdida de apetito parece ser más congruente con la clínica previa de TCA, que, además, es frecuente su comorbilidad en TLP. Las ideas de suicidio, aunque pueden aparecer en TDM no son exclusivas de éste y además, son frecuentes y congruentes con clínica depresiva en el marco de TLP. Por último, la difusión de identidad, que se aprecia en la paciente como una confusión respecto a su "verdadera" forma de ser y una autodefinición parcial, la presencia de defensas primitivas y la agresividad dirigida hacia sí misma en forma de autoagresiones son características propias de una organización límite de la personalidad.

Kernberg vs DSM-5

A la hora de comprender la experiencia de la paciente, observamos que la psicopatología de la paciente es congruente con la fenomenología clínica del Trastorno Límite de la Personalidad pero no cumple los criterios mínimos necesarios para realizar tal diagnóstico desde el modelo DSM-5.

No obstante, la sintomatología actual y la historia clínica de la paciente hacen pensar en TLP por las razones comentadas anteriormente.

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

En este sentido, el modelo de personalidad de Kernberg y el procedimiento del diagnóstico estructural ofrece un marco más amplio con el que poder comprender la experiencia y el malestar de la paciente a través del diagnóstico "Organización límite alta -Trastorno de Personalidad Ciclotímico-". Esto se debe a que es un modelo más dimensional que el modelo DSM-5, por lo que contiene más matices técnicos y teóricos, facilitando esto el diagnóstico diferencial y la intervención y convirtiéndolo en un modelo más coherente con la evidencia en la práctica clínica. Además, otra de las ventajas que aporta este modelo diagnóstico es que ofrece una teoría explicativa en cuanto al origen y desarrollo de la organización límite de personalidad y una estructura clara para la evaluación, el diagnóstico y la intervención

DISCUSIÓN Y REFLEXIONES

«La mirada puesta sobre el profesional»

El conocer y el tratar con personas con problemas psicológicos nos coloca de frente con nuestras propias luces y sombras y nos lleva a revisar, en muchas ocasiones, los propios criterios personales y profesionales, cómo estamos abordando nuestros asuntos y desde qué lugar ayudamos a las personas a que hallen las respuestas que necesitan.

En este sentido, el caso vuelve a mostrar, igual que otros muchos casos y artículos anteriores, la relevancia del apego y la calidad de las relaciones objetales en el desarrollo temprano por su potencial para influir en la organización de la personalidad y la salud mental adulta. En una sociedad en la que se valora tanto el éxito y la realización profesional, es cada vez más frecuente los problemas psicológicos derivados de esto, especialmente si en las relaciones tempranas el afecto y el cuidado están mediados por el desempeño académico o profesional.

Al final, la vida se puede convertir en una carrera que nunca acaba, donde no terminamos de sentirnos nunca suficientes ni dignos porque "siempre hay que hacer más" o "siempre hay que llegar más alto". Por ello, en la misma línea de la intervención con la paciente, resulta de vital importancia rescatar el valor intrínseco de las personas, más allá de cuán alta cima hayan conseguido subir.

Y en contraposición a los valores de la verticalidad (el poder, el éxito, el ascenso, el estatus...) son los valores de la horizontalidad los que cada vez necesita más esta sociedad y, por tanto, nuestros pacientes. Cuando hablo de los valores de la horizontalidad me refiero al afecto, al compañerismo, a la cooperación, a "caminar con el otro", en lugar de "caminar a costa de otro".

EL PRECIO DEL ÉXITO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Por último, el caso que aquí se presenta pone de manifiesto la necesidad de contrastar varios modelos diagnósticos para encontrar la referencia teórica que mejor se ajuste a la experiencia subjetiva del paciente. En este sentido, y para el caso que nos ocupa, un modelo diagnóstico que parecía reflejar de manera consistente la experiencia de la paciente es el Modelo de Kernberg, ya que el diagnóstico estructural nos permitía entender mejor el mundo interno de ésta. Otro modelo interesante es el "Marco de Poder, Amenaza y Significado" de Johnstone, L. & Boyle, M. (2018) publicado por la Division of Clinical Psychology del organismo The British Psychological Society.

En dicho modelo los cuadros psicopatológicos y los síntomas clínicos son considerados como experiencias plenas de significado que reflejan mecanismos de supervivencia y estrategias de afrontamiento frente a traumas y experiencias difíciles, por lo tanto los diagnósticos son descriptivos de estas estrategias y no meras etiquetas que difícilmente pueden lograr captar la experiencia profunda del paciente y su sufrimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Echeburúa, E. & Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria y los Trastornos de la Personalidad. *Psicología Conductual*, 9, pp.513-525.
- Trujano, Rocio. (2010). Tratamiento Sistémico en problemas familiares: análisis de caso. *Psicología*, 13, pp.87-104.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J (2018). *Resumen del Marco Poder, Amenaza y Significado (PAS), sus principios básicos, objetivos y alcance*. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada (pp.11-13). Leicester: British Psychological Society.
- Yeomans, F., Clarkin, J. & Kernberg, O (2016). *La naturaleza de la organización normal y anormal de la personalidad*. Psicoterapia centrada en la Transferencia (pp.21-59). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ortiz, M. (2019). *Psicopatología Clínica. Adaptado al DSM-5*. Madrid: Editorial Pirámide, S.A.