

## Datos clínicos clave para el diagnóstico diferencial entre inicio de Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de Personalidad

Yolanda E. Román<sup>1</sup>  
 Mauro Garcia-Toro<sup>2</sup>  
 Margalida Gili<sup>2</sup>  
 Miquel Roca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari San Joan d'Alacant. Alicante, España

<sup>2</sup>Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS-IDISPA), RedIAPP, UIB, Mallorca, España

Correspondencia:

Correo electrónico: mauro.garcia@uib.es

Estimado Editor,

El diagnóstico diferencial entre Trastorno bipolar y Trastorno límite de la personalidad es con frecuencia difícil, sobre todo en las primeras fases de su evolución<sup>1-3</sup>. Tras realizar una revisión bibliográfica sobre la última evidencia científica disponible hemos confeccionado una tabla donde se sintetizan elementos clínicos clave que pueden ayudar en la práctica diaria<sup>1-10</sup>.

Para probar la utilidad de esta tabla la hemos utilizado como apoyo al diagnóstico en un caso clínico en el que se planteaba este diagnóstico diferencial entre Trastorno Límite y Trastorno Bipolar. Lo describimos a continuación:

### Caso Clínico

Mujer de 28 años que acude a urgencias, traída en ambulancia por aviso familiar tras intoxicación medicamentosa voluntaria. Como antecedentes personales, destacan trastorno de adaptación, duelo y rasgos patológicos de personalidad. Como antecedentes familiares, tía materna afecta de Trastorno afectivo-psicótico. El episodio actual está precipitado por una ruptura sentimental. Se caracteriza por un distanciamiento progresivo de sus familiares y del cuidado de sus hijos. Permanece aislada, sin ingesta. En urgencias la paciente no colabora adecuadamente en la entrevista. Durante el turno de noche ha presentado agitación psicomotriz y riesgo de fuga. No realiza crítica del gesto autolítico.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias; Detección de drogas de abuso: negativo. MCMI-III. Inventario Clínico Multiaxial de Milon- III. Perfil de personalidad en el que destaca la apatía, desgana, falta de iniciativa y auto-

	T Bipolar	T Límite Personalidad
Historia familiar de bipolaridad	Frecuente	Rara
Infancia traumática	Posible	Probable
Ruptura biográfica en debut	Habitual	No
Curso	Episódico y fásico	Mantenido pero fluctuante
Síntomas nucleares	Exaltación o tristeza, con cambios lentos y graduales (salvo cicladores rápidos)	Rabia o ansiedad, con cambios muy rápidos (minutos, horas...)
Períodos depresivos	Largos y persistentes, con posibilidad de enlentecimiento psicomotor y alteración de ritmos biológicos	Cortos y fluctuantes, con patrón atípico, y donde destaca la intensidad de la hostilidad y la ira. No hay merma cognitiva
Episodios hipomaniacos	Característicos. Es típico que no haya ansiedad	No. Síntomas maniformes no suficientemente duraderos o claros (eg: con ansiedad)
Síntomas psicóticos	Posibles, asociados a fases depresivas o maniacas graves	Posibles, tipo disociativo, asociados a periodos de desbordamiento emocional
Conducta autolítica	Suele aparecer en periodos de exacerbación de sintomatología afectiva, sin desencadenantes relacionales obvios, y con posible culpabilidad por afectar a otros con su conducta	Muy reactiva, utilizada para disminuir el estrés, con desencadenantes ambientales frecuentes, sobre todo conflictos interpersonales en los que suelen proyectar su responsabilidad
Consumo de tóxicos	Si aparece suele estar limitado a periodos de descompensación afectiva	Más habitual y mantenido, con frecuente patrón adictivo
Relaciones interpersonales	Habitualmente preservadas y contenedoras	Habitualmente patológicas; dependientes, disruptivas...
Respuesta a antidepresivos	Posible, pero añaden riesgo futuro de inestabilidad afectiva	Posible. Pueden mejorar emociones negativas e impulsividad
Respuesta a eutimizantes	Sí	Escasa
Respuesta a antipsicóticos	Sí	Escasa
Papel de la psicoterapia	Coadyuvante	Prioritaria

mía y la tendencia a establecer relaciones de dependencia con los demás. Presenta criterios de alteración del estado de ánimo de larga evolución, encontrándose en este momento deprimida. Test de factor "g". Escala 2. Nivel intelectual dentro de lo normal en comparación con las personas de su edad y grado de escolaridad, pero en el intervalo inferior. Test de supresión con dexametasona: dentro de la normalidad. EEG: Trazado dentro de la normalidad.

Hay muy pocos cambios mantenidos en su evolución durante las primeras semanas de ingreso. La paciente apenas sale de la habitación y se muestra abatida. Se aumenta y potencia el tratamiento antidepressivo, llegando a dosis de venlafaxina de 450 mg/día, mirtazapina 45 mg/día, quetiapina 400 mg/día, lamotrigina 200 mg/día. La orientación diagnóstica inicial es síndrome depresivo en el contexto de Trastorno Límite de Personalidad. Se plantea su traslado a un centro socio-sanitario para trabajar con más tiempo la autorregulación emocional, la planificación de actividades diarias, así como la restauración de objetivos vitales. No obstante, dicho centro no considera indicado el ingreso por riesgo autolítico. Sin embargo, pocos días después la paciente refiere encontrarse mucho mejor. De hecho, inicia un episodio de hipomanía en el que se muestra muy comunicativa, sonriente y activa. A veces presenta episodios de irritabilidad con rotura de objetos, que son limitados en el tiempo, volviendo a su estado basal en unas horas. El personal sanitario se sorprende del viraje en la afectividad de la paciente. Se cambia la presunción diagnóstica hacia Trastorno del Espectro Bipolar. Poco a poco se va estabilizando la psicopatología descrita por lo que se da el alta a la paciente para seguimiento terapéutico ambulatorio, habiéndose instaurado tratamiento con 600 mg/día de sales de litio (litemia: 0.48 mMol/l).

### Discusión

El caso presentado es un ejemplo del desafío clínico que suponen los pacientes con características compatibles tanto con trastorno límite de personalidad como con trastorno afectivo. En un primer momento se dio un mayor peso en el diagnóstico al trastorno de personalidad porque los diagnósticos previos iban en esta línea y por el acontecimiento precipitante de la conducta autolítica (ruptura sentimental). Sin embargo, desde el inicio había otros datos clínicos que apuntaban a Trastorno Afectivo. Así, podemos observar en la tabla que los antecedentes familiares, el curso, así como los síntomas nucleares y características del periodo depresivo eran más característicos de bipolaridad. La aparición del episodio hipomaniaco aclaró definitivamente el diagnóstico y motivo el cambio de orientación terapéutica.

El caso que aportamos creemos que ejemplifica muy bien la importancia de hacer un correcto diagnóstico diferencial entre Trastorno Límite de Personalidad y Trastorno Bipolar lo más precozmente posible, dada su transcendencia en la elección del mejor plan terapéutico a corto y largo plazo<sup>3</sup>. Considerar los datos clínicos que se resumen en la tabla presentada puede ser de ayuda en este reto, que además puede inducir una mejor adherencia y evolución<sup>11</sup>.

### Agradecimientos

A Gordon Parker por su contribución esencial a las ideas de este trabajo durante la estancia docente de la primer firmante en el Black Dog Institute (Sydney, Australia). También agradecemos a la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental haber becado dicha estancia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bayes A, Parker G, Fletcher K. Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(1):14-20.
2. Fletcher K, Parker G, Bayes A, Paterson A, McClure G. Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: differences and relationships with perceived parental style. *J Affect Disord*. 2014;157:52-9.
3. Bayes AJ, McClure G, Fletcher K, Ruiz Y, Hadzi-Pavlovic D, Stevenson JL, et al. Differentiating the bipolar disorders from borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2016 Mar;133(3):187-95.
4. Little J, Richardson K. The clinician's dilemma: borderline personality disorder or bipolar spectrum disorder? *Australas Psychiatry*. 2010;18:303-8.
5. Antoniadis D, Samakouri M, Livaditis M. The association of bipolar spectrum disorders and borderline personality disorder. *Psychiatr Q*. 2012;83(4):449-65.
6. Bassett D. Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(4):327-39.
7. Renaud S, Corbalan F, Beaulieu S. Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Compr Psychiatry*. 2012;53(7):952-61.
8. Reich DB, Zanarini MC, Fitzmaurice G. Affective lability in bipolar disorder and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53(3):230-7.
9. Perugi G, Fornaro M, Akiskal HS. Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*. 2011;10(1):45-51.
10. Herbst L. Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Vertex*. 2010;21(91):294-300.
11. Serrano MJ, Vives M, Mateu C, Vicens C, Molina R, Puebla-Guedea M, et al. Therapeutic adherence in primary care depressed patients: a longitudinal study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(3):91-8.

## Terminología mindfulness en la literatura científica española: expresiones y definiciones utilizadas

Fernando Urcola-Pardo<sup>1,2</sup>  
Bárbara Oliván-Blázquez<sup>3,4</sup>  
Concepción Germán-Bes<sup>1,2</sup>  
María C. Pérez-Yus<sup>4</sup>  
Javier García-Campayo<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Fisiatría y Enfermería,  
Universidad de Zaragoza. Zaragoza, España

<sup>2</sup>Parasitología, Autocuidados y Salud Ambiental (DGA-B124)

<sup>3</sup>Departamento de Psicología, Universidad de Zaragoza

<sup>4</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza, España

<sup>5</sup>Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Miguel Servet.  
Universidad de Zaragoza

Correspondencia:

Javier García-Campayo  
Hospital Universitario Miguel Servet  
Avda. Isabel la Católica I  
50009 Zaragoza

Correo electrónico: jgarcamp@gmail.com

Estimado Editor,

El término *mindfulness* se ha incorporado al vocabulario científico en los últimos años. El incremento de literatura científica específica durante la última década<sup>1</sup> se ha traducido en programas formativos amparados por universidades<sup>2-4</sup>, y la organización del primer congreso monográfico<sup>5</sup>. Además, concepto y prácticas de *mindfulness* están superando la barrera académica, adentrándose en diferentes ámbitos sociales y aumentando la información en los medios de comunicación generalistas, llegando el tema a ser portada de la revista Time<sup>6</sup>. En origen, este término se encuentra relacionado con prácticas contemplativas de la tradición budista<sup>7</sup>. En este contexto, *mindfulness* se utilizó por primera vez como traducción del término pali *sati* (*smṛti* en sánscrito) en 1881<sup>8</sup>. La elección de este término no resultó sorprendente, dadas anteriores aproximaciones para la traducción de *sati*, y la definición del término *mindfulness* en el Oxford English Dictionary<sup>9</sup>. Sin embargo, en español aparece un problema en la traducción de este término, no solo por ausencia de término correspondiente en castellano<sup>10</sup>, sino por la dificultad que supone hacer una doble traducción (de pali a inglés, y de inglés a castellano)<sup>11</sup>. Que la expresión *mindfulness* pueda describir un constructo teórico, un proceso psicológico, o bien prácticas encaminadas a cultivar dicho proceso<sup>12</sup>, no favorece el consenso en la elección terminológica. La ausencia de una traducción consolidada puede suponer una dificultad en la difusión del conocimiento, cuyo objetivo es la transmisión adecuada del mensaje<sup>13</sup>. En este caso, los destinatarios finales son los potenciales usuarios de los

recursos, convirtiéndose los profesionales en transmisores intermedios del mismo, debiendo garantizar que el mensaje es transmitido con claridad. En base a estas dificultades, se propuso un trabajo de revisión y análisis de la literatura científica (artículos y tesis doctorales) producida en España hasta 2014.

### Método

Se realizó una búsqueda de artículos científicos y tesis doctorales en las bases de datos habituales, cuya fecha de publicación fuera anterior al 1 de enero de 2015. La búsqueda se realizó mediante los términos habituales en español ("atención consciente", "atención plena", "conciencia plena" y "meditación") y el término sin traducir ("mindfulness"). Se analizaron las diferentes expresiones utilizadas, la mención a la dificultad de traducción, y las diferentes definiciones utilizadas.

### Resultados

#### Artículos científicos

Se analizaron 85 artículos, publicados entre 1992 y 2014. Solamente 13 referencias (15,3%) explicitan la dificultad de traducción. La expresión más utilizada es *mindfulness*, que aparece en 73 (85,9%) referencias. La traducción más utilizada es "atención plena", en 32 (37,6%) referencias, seguida por "conciencia plena", en 28 (32,9%), y el término meditación, en 21 (24,7%). El resto de traducciones presentan utilización residual (1,2%-2,4%). Cincuenta de los artículos analizados (58,8%) presentaron al menos una definición, siendo la más común la propuesta por Kabat-Zinn, en 30 referencias (35,3%).

#### Tesis doctorales

De las 19 tesis propuestas para el análisis, solo se pudo acceder a 13 a texto completo. Seis (46,1%) mencionan la dificultad de traducción. La expresión más utilizada es *mindfulness*, utilizada en 12 (92,3%), seguida por "atención plena", en 4 (30,7%) y "conciencia plena", en 2 (15,3%). Once de las referencias (84,7%) presentan al menos una definición, siendo la más utilizada la de Kabat-Zinn, citada en 9 ocasiones (69,2%).

### Discusión y Conclusiones

Parece clara la tendencia a la no traducción manteniendo la forma original, especialmente en los últimos años. Sin embargo, huir de la posible ambigüedad resultante de la traducción no debería ser la única explicación posible a esta

tendencia. No se debe olvidar que se utiliza en el contexto de las ciencias de la salud, en el que se mantiene un lenguaje profesional especializado no solo por facilitar la comunicación entre sus profesionales, sino por el mantenimiento de estatus. En tal caso, no se puede obviar que "los lenguajes de especialidad son los instrumentos básicos de comunicación entre los especialistas"<sup>14</sup>. Conviene recordar estas palabras, ya que los textos técnicos se caracterizan por dirigirse a un receptor experto, utilizando una terminología específica, al contrario que los divulgativos, dirigidos a un público mayoritario y requiriendo un vocabulario estándar<sup>15</sup>. Encontrar la misma terminología en textos técnicos y divulgativos sugiere que la introducción del vocablo *mindfulness* se encuentra ya entre la segunda y tercera fase del cambio lingüístico<sup>16</sup>.

Llama la atención que más de un 40% de artículos analizados no presenten definición, teniendo en cuenta la importancia de definir el objeto de estudio en las publicaciones científicas. También resulta relevante que la propuesta de definición operacional realizada por Bishop haya sido escasamente aceptada en los artículos analizados, utilizándose en menos del 15%.

En el caso de optar por una expresión en español, la más utilizada es la de "atención plena". Sin embargo, no fue objeto de este trabajo realizar una propuesta de traducción para el vocablo *mindfulness*. Resultaría oportuno ampliar la revisión a publicaciones del contexto iberoamericano, comparando la terminología utilizada en diferentes países. Incluir el análisis del lenguaje utilizado por los medios de comunicación en la divulgación científica, así como el utilizado por la población general, contribuiría a mejorar la comunicación entre la comunidad académica y clínica y los usuarios, potenciales beneficiarios de los avances de la ciencia. En cualquier caso, parece necesario un enfoque multidisciplinar, no solo de ámbito científico-académico del área sanitaria, sino incluyendo especialistas del lenguaje y de la divulgación científica, aunando diferentes metodologías exploratorias de la realidad con la finalidad de facilitar la comunicación entre profesionales y de estos con los usuarios.

### Agradecimientos

A la profesora Consuelo Miqueo y a Carlos Navas Ferrer, cuyas discusiones sobre este tema fueron el germen para la realización de este trabajo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cebolla A, Demarzo M. ¿Qué es mindfulness? In: Cebolla A, García-Campayo J, Demarzo M, coord. *Mindfulness y Ciencia*. Madrid: Alianza Editorial; 2014. p. 19-40.
2. Universidad de Málaga. Curso de Mindfulness [internet]. Málaga [cited 2015 May 19]. Available from: <http://www.uma.es/servicio-de-atencion-psicologica/noticias/curso-de-mindfulness/>
3. Nirakara Mindfulness Institute. *Mindfulness en Contextos de Salud (2015-2016)*. [internet]. Madrid: Nirakara Mindfulness Institute. [cited 2015 May 19]. Available from: <http://nirakara.org/mindfulness-en-contextos-de-la-salud-experto-universitario-universidad-complutense-de-madrid/>
4. Universidad de Zaragoza. Máster Propio en Mindfulness [internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. [cited 2015 May 19]. Available from: <http://webmindfulness.com/docs/MASTER-EN-MINDFULNESS.pdf>
5. Farré Martí JM, editor. *1st International Meeting on Mindfulness: Ponencias/Comunicaciones/Pósters*; 2014 jun 11-14; Zaragoza, España. Madrid, España: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014.
6. Pickert K. The mindful revolution. *Time Magazine*, Monday February 3, 2014.
7. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq*. 2007;18(4):211-37.
8. Rhys-Davids TW. *Buddhist suttas*. Oxford: Clarendon Press; 1881.
9. Gethin R. On some definitions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*. 2011;12(1):263-79.
10. Vallejo Pareja MA. Mindfulness. *Papeles del Psicólogo*. 2006; 27(2):92-9.
11. Simón VM. Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*. 2007;17(66-67):5-30.
12. Germer CK. Mindfulness: What is it? What does it matter? In: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. ed. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: The Guilford Press; 2005. p. 3-27.
13. Guerrero Martínez MC, Añón Marín MJ, Fernández Vía M, Castro-Martínez E. Estrategia de divulgación para la transferencia de resultados y capacidades científicas al entorno socioeconómico. [Internet]. ALTEC 2005 TR52159314. Madrid: Repositorio Digital del CSIC. [cited 2015 May 20] Available from: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/3121/1/estategia.pdf>
14. Cabré Castellvi MT. (1993). *La Terminología: Teoría, metodología, aplicaciones*. Barcelona: Ed. Antártida; 1993.
15. Congost Maestre N. *El Lenguaje de las Ciencias de la Salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español*. [PhD dissertation]. Universidad de Alicante, Departamento de Filología Inglesa; 2010.
16. Alcaraz Ariza MJ. *Anglicismos en el lenguaje de las ciencias de la salud*. [PhD dissertation]. Universidad de Alicante, Departamento de Filología Inglesa; 1998.