

## **COMBATIENDO LA INESTABILIDAD EMOCIONAL: TERAPIA ICÓNICA PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

*Aurora Gardeta Gómez<sup>1</sup>*



Salvador Dalí Atavistic Vestiges After the Rain

Los trastornos de la personalidad suponen un problema en el abordaje de la clínica de especial mención con los que el terapeuta debe enfrentarse en su labor profesional y que está suscitando un interés creciente de la investigación.

Algunos de los términos utilizados en el DSM-IV-TR para referirse a sus patrones comportamentales desadaptativos aparecen junto con calificativos tales como: permanentes, persistentes, inflexibles, estables, de larga duración. Pero si además destacamos su comorbilidad tanto dentro del Eje II como con el Eje I, el reto en

---

<sup>1</sup> Coordinadora de la Unidad Clínica Psicoanalítica de Psicoterapia de la Universidad de Salamanca. [uclippsi@usal.es](mailto:uclippsi@usal.es)

su tratamiento va cobrando peso en el marco de la clínica cualquiera que sea su enfoque.

Si atendemos al factor intrínseco como una de las diferencias fundamentales entre los trastornos de la personalidad y los trastornos del estado mental, podemos pensar que la capacidad iatrogénica puede verse mermada y tal como señala Aaron T. Beck y Arthur Freeman (2005), se hace necesaria una relación terapéutica más estrecha y cálida que en los trastornos agudos del Eje I donde el terapeuta debe poner en marcha un mayor esfuerzo para ganarse la confianza del paciente así como para entender los límites o barreras de sus esfuerzos.

Pero será el trastorno límite de la personalidad del que nos ocuparemos en este artículo, no sin antes hacer un breve recorrido introductorio a partir del cual poder encuadrarlo.

El término límite tiene sus orígenes en las escuelas psicodinámicas, precisamente por entender que el cuadro sintomatológico que lo caracteriza se encuentra al borde entre las estructuras psicóticas y neuróticas de la personalidad siendo en el DSM-III la primera vez que aparece recogido con este nombre. Fueron diversos los nombres que se le asignaron en los primeros intentos, desde esquizofrenia límite, latente o pseudoneurótica, hasta personalidades como sí, en referencia a los pacientes cuyos síntomas sugerían cuadros neuróticos que no respondían al tratamiento analítico tradicional y por tanto no podían etiquetarse como las neurosis tradicionales (G. Cervera, G. Haro, J. Martínez-Raga) .

Son múltiples las respuestas que desde las distintas perspectivas se han dado para explicar la etiología del TLP. Haremos un resumen de alguna de ellas sin pretensiones de realizar una revisión exhaustiva.

Desde el psicoanálisis, Otto Kernberg (1987) pone el énfasis en la formación del superyo, siendo el fallo en el proceso de síntesis de

los dos tipos de imágenes internalizadas (persecutorias por una parte y representaciones ideales del self por otra) el momento en el que se gestan las distintas patologías. Así, la organización límite de la personalidad se manifiesta en una difusión de la identidad caracterizada por aspectos contradictorios de los demás y de sí mismo. De esta forma, los niños incapaces de integrar aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres durante la fase de separación-individuación (Mahler 1975), perciben tanto a la madre como al self de forma alternativa como completamente buenos y completamente malos (Glen O.Gabbard).

Bergeret (1996) por su parte, considera la organización límite como un fracaso en el proceso de estructuración del psiquismo. Podemos hablar de estructuras psicótica y neurótica pero no podemos hacerlo del límite ya que no sería una estructura verdadera sino una organización de carácter inestable y fluctuante.

Siguiendo a Gunderson (2001), más centrado en los criterios diagnósticos descriptivos, es la soledad experimentada como una terrible pérdida del yo la que da lugar a actuaciones o distorsiones de la realidad que solo puede aliviarse mediante objetos que simbolizan la persona a la que se sienten vinculados.

Masterson y Rinsley (1975), se fijaron al igual que Kernberg, en la fase de separación-individuación pero siendo en este caso la conducta de la madre responsable del crecimiento conflictuado del niño, transmitiendo en su comunicación el mensaje de que independizarse determinará la pérdida de apoyo y amor maternal.

Para Adler (1985), es también la relación materno-filial inconsistente y no confiable la causa del fracaso del paciente límite en desarrollar un objeto interno sostenedor-tranquilizador que deriva en una predisposición de éste a la fragmentación del self.

Aunque todos los teóricos están de acuerdo en que es imprescindible para el tratamiento de los trastornos de la personalidad el abordaje e identificación de los problemas nucleares,

los psicoanalistas, a diferencia de las terapias cognitivas, consideran a estas estructuras inconscientes (Aaron Beck y Arthur Freeman). Sin embargo, desde el punto de vista cognitivo, son los individuos los que al evaluar, clasificar y meta-analizar el mundo que les rodea, asignan un significado a los estímulos. No es tan importante que el suceso sea objetivo o subjetivo, real o deformado sino la vivencia que el sujeto tiene del mismo. (de Santiago, F.J y Monfragüe G.M, 2005) y esa vivencia viene determinada en función de unos esquemas cognitivos fácilmente accesibles mediante la reflexión y entrenamiento.

Algunas de las terapias planteadas desde esta orientación son: la terapia de conducta dialéctica de Marsha M. Linehan (1993) por la que las raíces del TLP estarían justificadas por factores biológicos que posicionan al sujeto en situación vulnerable en cuya interacción con un entorno invalidante promovería un procesamiento cognitivo sesgado.

Aaron Beck con su terapia cognitiva de la depresión enfatizaba la relación terapéutica como punto esencial a partir del cual se puede empezar a trabajar sobre los pensamientos dicotómicos, no sin antes haber abordado cuestiones primordiales tales como los comportamientos autolesivos o el establecimiento de límites.

Siguiendo a estos autores, el modelo de Young (1994), en su terapia focalizada en los esquemas, se centra más en el origen prematuro de la infancia como determinante de la conducta adulta. El niño tras haber sufrido abuso, desarrolla 4 modos característicos: protector distante, niño abandonado, infante enfadado y padre punitivo. Y son sobre los esquemas que están en la base de estos estilos los que habría que trabajar en la terapia.

Y por último, la terapia icónica, de la que nos ocuparemos a partir de aquí, elaborada por Soledad Santiago, que desde 1999 investiga su eficacia para el tratamiento de la inestabilidad emocional, y en concreto para el trastorno límite de la personalidad, pudiendo

incluirse en el grupo de las terapias efectivas a la luz de unos resultados que reflejan la disminución de las conductas inestables, especialmente en los casos en los que predominan las conductas autoagresivas, y al mismo tiempo, el aumento de las de afrontamiento. (S. Santiago López, S. Castro Lucena, D. Cañamero Peral, A. Goody y Avila, S. Valverde Thomsem, V. Artacho Gómez, C. Marcos Márquez).

Para ello, se han integrado en el modelo técnicas ya conocidas y otras diseñadas específicamente que se dirigen a cualquier población que desee mejorar su estabilidad emocional exceptuando aquellos casos en los que el paciente no quiera colaborar en su mejoría o cuente con rasgos antisociales que dificulten su aplicación.

En términos generales, podemos dividir la terapia en tres grandes bloques:

Por un lado la parte educativa, donde se conceptualiza junto con la participación activa de los usuarios el modelo explicativo de la conducta inestable elaborado a partir de la correspondencia con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno límite, en el que las respuestas inadaptadas precedidas por situaciones de frustración se identifican con conductas o características clasificadas en tres categorías: la primera de ellas son las conductas primarias inadaptadas, esto es, conductas autoagresivas, heteroagresivas o de escape, cuyo desencadenante se encuentra en las verbalizaciones que el sujeto utiliza en su particular análisis de la situación.

La segunda son las conductas secundarias o compensatorias por las que se intenta escapar del circuito de conductas inadaptadas o bien idealizando de forma dicotómica las relaciones interpersonales y/o la imagen de uno mismo, o manipulando a los otros para evitar el abandono real o imaginario.

La tercera se refiere a los factores de vulnerabilidad que facilitan la aparición de la sensación de vacío tales como baja

autoestima, pensamiento dicotómico, esquemas cognitivos negativos y dependencia.

El segundo bloque podemos identificarlo con el entrenamiento en sesión del modelo terapéutico. Éste se refiere a las alternativas propuestas para frenar desde el inicio la pérdida de control de impulsos que desencadena las conductas problema. Para ello, y tras haber asimilado el modelo explicativo, se muestran el conjunto de técnicas cognitivo conductuales que permitan un manejo situacional adecuado en términos de afrontamiento. Este trabajo tendrá lugar principalmente en las sesiones grupales, sirviendo las individuales como apoyo a las primeras, estableciendo la relación terapéutica y fomentando el salto de la práctica de habilidades en contexto artificial por la generalización de lo aprendido en la vida real necesario para la progresiva adaptación del sujeto y la ruptura con los hábitos de conducta anteriores.

El tercer bloque tiene que ver con el trabajo personal que el sujeto debe realizar en su día a día para afianzar unos hábitos nuevos con los que no se está familiarizado.

Tras muchos años en los que se han mantenido unos patrones rígidos e inflexibles de comportamiento impulsivo, romper la dinámica resulta harto complicado y requiere necesariamente de una práctica continuada. Llegados a este punto, cabe preguntarse cuales son las razones que justifican el mantenimiento de estas conductas insalubres, siendo el resultado perjudicial tanto para el sujeto como para el resto de relaciones que sostiene, y aun más, cuando teniendo conciencia de ello siguen repitiéndose someramente. La respuesta, que nos daría la clave de actuación terapéutica, vendrá determinada por el enfoque adoptado en función del abordaje que se pretenda y aunque este no es el objetivo del presente artículo, si se dedicará una sucinta explicación en la línea que estamos siguiendo. Algunas de las múltiples hipótesis que podríamos plantearnos son: el desconocimiento de otras vías para reaccionar ante la frustración,

falta de recursos u oportunidades de refutación de hipótesis apoyadas en pensamientos distorsionados y la prevalencia ligada a la frecuencia que se ha utilizado para explicar éste y otros trastornos de la personalidad, según la cual la frecuencia se mantiene en la población por el uso de estrategias no reconocibles por el grupo mayoritario que en determinadas circunstancias pueden posicionar al sujeto en ventaja. (Mealy L., 1995)

Para la elaboración de la terapia icónica, se han tenido en cuenta un gran número de técnicas recogidas de diferentes modelos y adaptadas a la población para la que se dirige, bajo unos límites temporales cuyos resultados favorables solo pueden ser atribuibles a la intervención.

Como una forma de facilitar el recuerdo de las técnicas sobre las que trabajar se sirve de diversos iconos que serán el elemento central de la terapia y que da nombre a la misma. Estas imágenes ayudan en el proceso de asimilación y comprensión y han sido diseñadas de forma específica para la intervención en esta patología en concreto aunque su interés sea aplicable a otras.

Se propone para los momentos iniciales en los que la persona con inestabilidad, al exponerse a una situación que provoca malestar, comenzaría a responder a nivel tanto cognitivo como comportamental de manera ineficaz para la consecución de sus metas. Es aquí cuando el diálogo interno que el sujeto establece consigo mismo será decisivo en la manifestación conductual. Por ello, el paso del circuito del modelo de conducta inadaptada al de conducta adaptativa pasa por la frase llave, esto es, una autoinstrucción elaborada previamente por el paciente para su uso en el momento en que aparece una situación problema. Si la carga emocional del momento requiere por su intensidad de un manejo mayor, se puede recurrir además al "enfriamiento emocional" que le sirva para mantener el control de sus impulsos. Para ello, se cuenta con diversas técnicas como la del *vecino*, por la que el sujeto imagina lo que le aconsejaría a un amigo

en su misma situación o *darse tiempo* aplazando el análisis para evitar decisiones precipitadas mientras se distrae con otras actividades.

Una vez se está en disposición de enfrentarse a la situación, entra en juego la aplicación de técnicas específicas según sea el tipo de problema:

Cuando el problema se refiere a la toma de decisiones se utiliza la técnica del ramillete o torrente de ideas para generar alternativas.

Si el problema tiene que ver con las relaciones interpersonales, para fomentar la competencia social se usa la técnica del grano donde se establecen los pasos básicos para expresar y recibir una queja.

Y por último, cuando el problema gira alrededor de la autoculpabilización se contrarresta con la técnica del teléfono o aprendizaje de errores consistente en rescatar los aspectos realizados adecuadamente tras haber cometido una equivocación.

Dentro del marco asistencial público en el que Soledad Santiago desempeña su labor profesional, la implantación de la terapia icónica cuenta con ventajas indudables.

La creciente demanda de los servicios de salud mental que desborda al sistema sanitario con graves aumentos en las listas de espera no puede permitirse más que dar cabida a los tratamientos de corta duración.

En este sentido, la terapia icónica que además compagina de forma paralela las intervenciones individuales con las grupales, resulta una alternativa útil dentro de este contexto, ocupándose no sólo del tratamiento y rehabilitación que ya de por sí son objetivos ambiciosos, sino también de la prevención de futuras recaídas, con el consiguiente seguimiento en la evolución de las mejoras.

Y lo lleva a cabo a través de un modelo integrado que se sirve del trabajo cognitivo por una parte, basado en la discusión socrática como referencia de actuación en las técnicas que trabaja y sin



descuidar aspectos sociales en su entrenamiento en habilidades, inclusión del trabajo con la familia, reformulación de los pilares básicos para el bienestar, etc.

Pero somos un compendio interrelacionado de factores psicológicos, fisiológicos y sociales que no podemos pasar por alto con independencia del enfoque que adoptemos o la problemática a la que tengamos que enfrentarnos. Es por ello que sería interesante contemplar la posibilidad de entrenar aspectos que afectan al resultado de las emociones, cogniciones y conductas, esto es, la activación fisiológica en los momentos de crisis. Antes de la explosión emocional y de la consecuente pérdida de control de impulsos, tiene lugar una activación de nuestro sistema nervioso autónomo en los que se ponen en funcionamiento síntomas ansiógenos que dificultan el "enfriamiento". Aprender a reconocer esos síntomas anteriores al desbordamiento y la práctica de las técnicas de relajación, que una vez incluidas al abanico de recursos con los que cuenta la persona resultan de fácil aplicación, se podrían reforzar los resultados obtenidos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Adler G. (1985). *Bordeline Psychopathology and Its Treatment*. New York: Jason Aronson.

Beck, A. T. y Freeman, A. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós (Org. 1990).

Beck, A. T. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee De Brouwer. (Org. 1979).

Bergeret, J. (1996). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.

Cervera, G., Haro, G., Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

De Santiago Herrero, F.J., Montfragüe, G.M. (2005). *Cuaderno de prácticas de teoría psicoanalítica*. Signum, Salamanca.

*DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, (2002).

Ellis, A., Grieger, R. (1997). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer. (Org. 1981)

Gabbard, G.O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Gunderson, J. (2001). *Bordeline personality disorder. A clinical guide*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. Mejioco: Fondo de Cultura Económica.

Labrador, F.J., Cruzado, J.A., Muñoz, M. (2005). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide. (Org. 1993).

Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of bordeline personality disorders*. New York: Guilford.

Masterson J.F, Rinsley D.B. (1975) *The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality* *Int J Psychoanal* 56: 163-177.

Mealy L. The sociobiology of sociopathy: an integrated evolutionary model. *Behav Brain Sci* 1995; 18: 523-99.

Santiago López, S. (2006). *Tratando inestabilidad emocional. Terapia icónica*. Madrid: Pirámide.

Santiago López, S., Castro Lucena, S., Cañamero Peral, D., Goody y Avila, A., Valverde Thomsem, S., Artacho Gómez, V., Marcos Márquez, C.(2005). *Terapia icónica en inestabilidad emocional estudio preliminar*. Cuaderno de psiquiatría comunitaria, vol 5, nº 2, pp.151-164.

Young JE. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders*. Florida: Profesional Resource Press.

