

www.soyborderline.com

RECORRIENDO LOS LÍMITES

**Guía práctica para familiares
y pacientes con trastorno límite
de personalidad**

1.ª edición: 2005

2.ª edición: 2009

© De los autores

Edita: EdikaMed S.L.

www.edikamed.com

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los autores, titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por la leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Juan Carlos Azcárate

Psicólogo. Director del Hospital de Día. Hospital de la Princesa. Madrid.

Carmen Bayón Pérez

Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Rafael Casas Rivera

Psiquiatra Coordinador del Hospital de Día y Responsable del Proceso de Intervención Compleja Prolongada. Instituto Psiquiátrico José Germain. Madrid.

Carmen Costi Goyeneche

Psicóloga. Especialista en TLP.

José Jaime Melendo Granados

Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Madrid.

José Manuel Montes Rodríguez

Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital del Sureste. Madrid.

Esther Pérez Pérez

Psiquiatra. Instituto Psiquiátrico José Germain. Madrid.

Ana Ruiz Sancho

Psiquiatra. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Nestor Szerman Bolotner

Psiquiatra. Hospital Virgen de la Torre. Madrid.

PRÓLOGOS.....	5
DEFINICIÓN.....	11
CAUSAS.....	27
CONDUCTAS.....	35
DIAGNÓSTICO.....	41
TRATAMIENTO.....	47
CUIDADOS.....	67
COMO ACTUAR.....	81
APÉNDICES.....	93

PRÓLOGOS

Uno de los pocos textos traducidos al castellano que, en la década de los 70, abría sus páginas para el estudio de los pacientes con trastorno límite de personalidad recogía en uno de sus párrafos: «Así mismo existe en psiquiatría un extenso territorio fronterizo que comprende individuos aún más heterogéneos que los situados en el ámbito etiquetado de esquizofrenia. Aquí y allá, en esta «tierra de nadie», los clínicos están empezando a descubrir personas que, según ellos, merecen una identificación...».

Efectivamente la «modernidad» de esta enfermedad se corresponde, entre otros datos, con el hecho de que no es hasta 1994 cuando el diagnóstico de estos pacientes entra en pleno derecho en la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales. No es que, de alguna forma, no estuviera detectada pero llegar a un acuerdo fue trabajos.

Pero las dificultades se convierten en estímulo o incentivo para adentrarse con más vigor en los obstáculos. Por ello, en los últimos años, la investigación y las experiencias se multiplican y hoy por hoy el campo de los trastornos límite de personalidad es prioritario en los programas asistenciales.

Consciente de ello, un grupo de profesionales de la Red Asistencial, formalizando así uno de los objetivos planteados para los próximos años por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, se reunieron para impartir un seminario sobre los aspectos generales (diagnóstico, tratamientos, recursos, etc.) de los trastornos límites de la personalidad. Acabado el mismo y tras una segunda edición demandada por la Red, pensamos que sería de utilidad redactar una «Guía Informativa» que, cumpliendo un propósito fundamental de divulgación/ayuda para las familias de estos pacientes, sirviera también de referencia consensuada para los mismos profesionales, aunque estos, lógicamente utilizan otros vehículos más técnicos para su información. Ello, además, por una razón básica: creo que esta enfermedad, por las propias dificultades que en los profesionales genera, ha favorecido la confluencia (y por tanto, el consenso) de diversas corrientes psiquiátricas, lo que no es común en nuestra actividad cotidiana.

La guía que, en opinión de sus autores, pretende lo suscrito más arriba, se ha realizado en forma de preguntas con la intención de que en un futuro,

y en razón de la demanda de pacientes y familias, pudiera incorporar nuevas cuestiones. Además, esta forma de presentación literaria les ha permitido cruzarse las respuestas y corregirse entre ellos. Por este motivo figuran los integrantes del grupo que las redactó sin referencia a ningún capítulo (preguntas) en concreto porque, además, ese fue el espíritu que animó continuamente a sus miembros: un trabajo en común, durante todas las sesiones que llevaron hasta su redacción final.

Se ha intentado, sin pérdida del rigor necesario, acercar la terminología empleada al lenguaje común de la calle, y aunque es posible la repetición de algunas cosas, creemos que ello favorecerá su mejor conocimiento.

Sólo queda decir que la pretensión modesta de lo que está en sus manos es comparable al entusiasmo que todos han puesto en la tarea. Se espera con ello aportar un grano más de arena en el tortuoso camino que el paciente y su familia recorren en compañía de los profesionales para así llevar a buen puerto su intenso malestar, malestar que se ha procurado describir en sus justos y realistas términos.

José Jaime Melendo Granados

COORDINADOR DEL ÁREA ASISTENCIAL
OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN
DE SALUD MENTAL. MADRID

www.soyborderline.com

En el año 2005 y como resultado del trabajo hecho en Madrid por un grupo de expertos en Trastorno Límite de Personalidad (TLP) bajo el amparo de las autoridades sanitarias de la Comunidad de Madrid, salió a la luz esta Guía práctica para familiares y pacientes con TLP.

En esos años, el TLP era una entidad clínica a la cual aun se volcaban pocos recursos humanos y materiales en España, y los pacientes y familiares demandaban, con razón, el disponer de cualquier material que pudiera serles de utilidad.

Preguntas como cuáles son los síntomas del trastorno, las causas, la forma de diagnosticarlo y, sobre todo, cómo actuar y cuidar de los afectados eran recibidas continuamente por los profesionales.

La aparición de esta guía fue uno de los primeros pasos que precedió a una serie de actuaciones que, poco a poco, han ido cobrando forma no sólo en recursos materiales sino, sobre todo, en una mayor conciencia social sobre la necesidad de dedicar ingentes esfuerzos a una patología que afecta a una parte de nuestra sociedad, que ha venido reclamando atención.

El éxito de este material pedagógico y de orientación fue importante, no sólo entre quienes eran sus destinatarios, los pacientes y sus familias, sino también entre los profesionales de las redes sanitarias, que encontraban un vehículo de apoyo a las actuaciones clínicas que se ponían en marcha.

Esta difusión traspasó los límites de Madrid, quizás de la mano de las asociaciones de familiares, y comenzamos a tener solicitudes desde distintos lugares de España.

Es así como decidimos volcarnos en elaborar y editar esta segunda edición de *Recorriendo los Límites* con el objeto de su difusión sin límites territoriales, allí donde nos lo demandan los pacientes y familiares con TLP.

Básicamente hemos mantenido el texto inicial y sólo hemos incorporado, junto con las pertinentes correcciones, un nuevo apéndice que facilite el entendimiento de esta difícil encrucijada que nos afecta a todos: el paciente, la familia, los profesionales y las instituciones.

José Jaime Melendo Granados

PSIQUIATRA
OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN
DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Nestor Szerman

PSIQUIATRA.
HOSPITAL VIRGEN DE LA TORRE. MADRID

www.soyborderline.com

DEFINICIÓN

www.soyborderline.com

¿Qué es la personalidad?

Todos tenemos una personalidad, esto es, una forma personal y particular de vivenciar e interactuar con nuestro entorno y con los demás. La personalidad implica un estilo de percibir, sentir y actuar, que se manifiesta en todos los niveles de nuestro funcionamiento (familiar, laboral o social) y no depende de unas circunstancias concretas, sino que es habitual en nosotros.

Tiene que ver con la forma en que percibimos y pensamos sobre nosotros mismos, los demás y los acontecimientos (cognición), sobre cómo sentimos y respondemos emocionalmente (los afectos), cómo nos relacionamos con los demás (relaciones interpersonales) y cómo controlamos nuestros impulsos (control de los impulsos).

¿Qué es un trastorno de personalidad?

Un trastorno de personalidad se caracteriza en general, por ser un patrón permanente e inflexible de pensamiento, emociones y comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta. Es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar y perjuicios para el sujeto.

Podría decirse que un sujeto presenta un trastorno de la personalidad cuando tiene dificultades para responder de manera adecuada, flexible, adaptativa a los cambios y demandas con los que la vida nos desafía cada día. Esto conduce a que estos sujetos presenten dificultades para establecer y mantener relaciones interpersonales y para conseguir un sentido de identidad, «del sí mismo» estable que se manifiesta en un deterioro de la actividad social, familiar y laboral.

¿En qué se diferencia de una enfermedad?

A diferencia de un «estado» de enfermedad que se desencadena en un momento concreto de la biografía de una persona, discreto y limitado en el tiempo como puede ser un trastorno depresivo, un trastorno de este tipo

hace referencia a «rasgos» que no precisan de un desencadenante concreto, y describe un patrón general de comportamiento y de experiencia interna (sentir y pensar), que se inicia pronto en la adolescencia o al comienzo de la vida adulta y son persistentes o crónicos a lo largo del tiempo. En la mayoría de los casos y sobre todo en el trastorno que nos ocupa, suele mejorar y moderarse a lo largo del tiempo.

¿Hay muchos tipos de trastornos de personalidad?

La psiquiatría y la psicología clínica actual han establecido por consenso una serie de categorías que permiten conocer cuál es el trastorno de personalidad que presenta una persona y en qué sentido debe, por tanto, orientarse el tratamiento. Se dispone de manuales diagnósticos que orientan esta tarea: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por uno de los organismos más prestigiosos y con mayor autoridad en la psiquiatría y la psicología clínica como es la Asociación Americana de Psiquiatría, conocida por sus siglas como DSM-IV TR, y la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 apadrinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El primero de ellos, el DSM-IV TR, es el manual con el que los clínicos suelen estar más familiarizados. Contempla once posibles diagnósticos que se aplican al afectado en caso de que éste cumpla un número mínimo de criterios o condiciones. Diez son específicos y una última categoría de trastorno de la personalidad no especificado.

Se agrupan en tres dimensiones denominadas de la siguiente manera:

Grupo A. Personalidades extrañas, excéntricas y raras

1. Trastorno paranoide de personalidad
2. Trastorno esquizoide de personalidad
3. Trastorno esquizotípico de personalidad

Grupo B. Personalidades caracterizadas por llamar la atención, mostrarse dramáticas, emotivas e impulsivas

1. Trastorno antisocial de personalidad
2. Trastorno límite o borderline de personalidad
3. Trastorno histriónico de personalidad
4. Trastorno narcisista de personalidad

Grupo C. Sujetos ansiosos, temerosos, neuróticos

1. Trastorno evitativo de personalidad
2. Trastorno de personalidad por dependencia
3. Trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad

¿Es el trastorno límite un trastorno nuevo?

El trastorno límite de personalidad es un trastorno con una breve historia pero con un largo pasado. El término fue utilizado por primera vez hacia 1930, pero no fue definido como tal hasta finalizar los años setenta y, es en 1980 con la edición del DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición), cuando se le reconoce como una categoría diagnóstica definida.

¿Pero qué pasaba antes? No existía como enfermedad reconocida? ¿Es quizás un trastorno de nuestro tiempo o es una nueva presentación de la psicopatología? ¿Se puede diagnosticar en todas las culturas? Preguntas difíciles y controvertidas a las que se puede intentar dar respuestas.

Una de las razones por las que fue ignorado es porque no existían sistemas clasificatorios como los actuales. Por este motivo, los clínicos tendían a incluir a estos pacientes en otras categorías diagnósticas diferentes (ej. esquizofrenia, trastornos del ánimo, etc.) Por otra parte, si se atiende a los síntomas considerados en el momento de la evaluación (transversalmente) y no se atiende a la perspectiva evolutiva (longitudinal) puede pasar desapercibido dada la inexistencia de un síntoma específico que lo defina.

Hoy se acepta el trastorno límite por consenso y su diagnóstico ha superado barreras culturales e idiomáticas y de escuelas psiquiátricas/psicológicas (cognitivo-conductual, psicoanálisis, neurobiológica, etc.) Este acuerdo facilita una mejor orientación terapéutica para los afectados y sus familias.

Respecto al mayor número de casos que se diagnostican en el momento actual (mayor incidencia), algunos autores plantean que las sociedades modernas han provocado una dilución de las familias extensas y otras estructuras sociales contenedoras que aportaban mayor nivel de protección y seguridad, factores protectores compensadores de posibles factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno.

¿Es el trastorno borderline muy frecuente?

El trastorno límite de personalidad es el más frecuente de entre todos los trastornos de la personalidad en ámbitos clínicos y se encuentra presente en las culturas de todo el mundo. Existe un consenso de que, más allá de las diferencias culturales, conforma una entidad clínica significativa con importantes repercusiones para la Salud Pública.

Se estima que afecta a alrededor del 2% de la población general. Podría alcanzar un 10% de los sujetos atendidos en consultas ambulatorias y Centros de Salud Mental (CSM) y se estima que en torno al 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados podrían tener este diagnóstico. Es el más común y habitual de los trastornos de personalidad.

Se diagnostica predominantemente en mujeres, con una relación estimada por sexos 3:1. Es más frecuente entre los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) que en la población general. Este trastorno se asocia a otros, como el abuso y dependencia de alcohol y otras drogas, trastorno antisocial de la personalidad, trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastornos del control de impulsos.

¿Como evoluciona el trastorno borderline de personalidad?

Los estudios de seguimiento a largo plazo de los pacientes con trastorno límite de personalidad sometidos a tratamiento indican que el curso es variable. Se manifiesta, en general, en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Se caracteriza por inestabilidad afectiva, descontrol afectivo e impulsivo y consultas médicas repetidas. En etapas posteriores, una gran parte

de los sujetos alcanza una mayor estabilidad en el funcionamiento social y profesional, lo que se consigue mediante un fortalecimiento de su identidad con sustitución de las conductas autolesivas, la ira inapropiada y las relaciones tormentosas por patrones de conducta más maduros y modulados.

Los gestos autodestructivos e intentos de suicidio deben tomarse muy en serio, pues aproximadamente un 9% de los pacientes pueden llegar a suicidarse. El riesgo es mayor en los primeros años de la edad adulta.

Es importante destacar que en estudios de seguimiento se ha detectado que al cabo de unos años existe un elevado porcentaje de sujetos que ya no pueden ser diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, es decir, con el paso de los años tiende a producirse una mejoría notable de los síntomas.

¿Porqué se utiliza en ocasiones la palabra inglesa *borderline* en lugar de la traducción española de límite?

Denominarlo «trastorno borderline de personalidad» es una tradición de los clínicos y expertos familiarizados con el concepto, pues es como se denomina en los países de habla inglesa, de donde surge (EE.UU.).

Además, algunos clínicos opinan que el vocablo límite, que es usado también para referirse a un grado de retraso intelectual, es un término poco afortunado pues puede llevar a confusión con ese otro trastorno que nada tiene que ver con el trastorno límite de personalidad. Otro aspecto importante es que el manual de la OMS, antes mencionado y conocido por sus siglas CIE-10, conceptúa de forma diferente el trastorno clasificándolo como una subcategoría del llamado «Trastorno por Personalidad Emocionalmente Inestable» que no se corresponde totalmente con el concepto *borderline* del manual DSM-IV.

¿ Pero, cómo se define el trastorno *borderline* de personalidad?

El trastorno límite es un concepto hipotético, o dicho en otras palabras, no es algo directamente observable, sino que el especialista infiere

su existencia a partir de la observación de conductas concretas de las personas.

Las características principales que definen al trastorno límite son la inestabilidad e impulsividad en las relaciones interpersonales, en el estado de ánimo y en la imagen de sí mismo. Estas comienzan habitualmente en la adolescencia y tienden a perdurar durante largos períodos de tiempo. Las personas con trastorno límite de personalidad parecen personas inconstantes en su relación con los demás, lo que no debería sorprendernos, ya que la inconstancia es la clave de una persona con un trastorno borderline. El diagnóstico, acordando con el mencionado manual DSM-IV-TR (generalmente aceptado en todo el mundo), está basado en los siguientes nueve criterios. Un sujeto debería tener cinco de ellos para recibir el diagnóstico de trastorno borderline.

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de una inminente separación o rechazo, o la pérdida de la contención externa, pueden ocasionar cambios profundos en el concepto de sí mismo, la afectividad, la cognición y el comportamiento. Estos sujetos son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Experimentan intensos temores a ser abandonados y una ira inapropiada incluso ante una separación que, en realidad, es por tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (por ejemplo, reacción de desesperación brusca cuando el clínico les anuncia el final de su tiempo de visita, angustia o enfurecimiento cuando alguien importante para ellos se retrasa aunque sólo sea unos minutos o cuando tiene que cancelar su cita). Pueden creer que este «abandono» implica el ser «malos». Estos temores a ser abandonados están relacionados con la intolerancia a estar solos y a la necesidad de estar acompañados de otras personas. Sus frenéticos esfuerzos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como las conductas autolesivas (cortes en las muñecas por ejemplo) o suicidas, lo que genera con frecuencia una respuesta de culpa o de protección temerosa en los otros.

2. Patrón de relaciones interpersonales inestables, intensas y turbulentas, caracterizado por los extremos de idealización y devaluación. Puede idealizar a quienes se ocupan de ellos las primeras veces que se trata de pedirles que estén mucho tiempo a su lado y compartir muy pronto detalles más íntimos. Sin embargo, pasan rápidamente de idealizar a los demás a devaluarlos, pensando que no les prestan suficiente atención, no les dan demasiado o no están lo suficiente. En ocasiones, los pacientes con trastorno límite de personalidad pueden empatizar y ofrecer algo a los demás, pero sólo con la expectativa de que la otra persona «esté allí» para corresponderles satisfaciendo sus propias necesidades o demandas. Son propensos, asimismo, a los cambios dramáticos en la opinión que tienen sobre los demás, alternando entre ver a otras personas como apoyos beneficiosos o cruelmente punitivos. Tales cambios suelen reflejar la desilusión que sienten cuando alguien, del que dependen y cuyas cualidades positivas han sido idealizadas, deja de proporcionarles esos cuidados que precisan y pasan a ser percibidos como alguien del que se recibe sólo rechazo o abandono.
3. Problemas de identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable. La mayoría de los pacientes con trastorno límite de personalidad nunca desarrollan un sentido de sí mismos cohesivo y duradero, «yo no sé quién soy». Esto hace que presenten cambios bruscos y exagerados de la autoimagen lo que se manifiesta por cambios en sus objetivos, valores y aspiraciones profesionales. También suelen presentar cambios bruscos en sus opiniones, los planes de futuro, la identidad sexual, la escala de valores y el tipo de amistades que buscan con personas con las que se relacionan. Muchos se obsesionan con su apariencia física y manifiestan el desagrado que sienten hacia sí mismos rechazando su imagen física, lo que puede conducirles a desarrollar un trastorno de alimentación. Si bien lo habitual es que su autoimagen esté basada en ser malo o desgraciado, a veces los individuos con este trastorno pueden llegar a tener el sentimiento de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el sujeto percibe una falta de relaciones significativas, de

ayuda y de apoyo. Estos sujetos pueden presentar un mal rendimiento laboral o escolar.

4. Impulsividad en, al menos, dos áreas y que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos autolesivos. El suicidio consumado puede acontecer en un 8-10% de estos sujetos. Los actos autolesivos (cortarse o quemarse) y las amenazas e intentos suicidas son aún más frecuentes. El intento de suicidio recurrente es, a menudo, uno de los motivos por los que estos sujetos reciben tratamiento. Estos actos autodestructivos suelen estar precipitados por los temores a la separación o al rechazo, o por la expectativa de tener que asumir una mayor responsabilidad. Las conductas autolesivas pueden ocurrir en el contexto de experiencias disociativas (estados alterados de conciencia que implican cierto grado de desconexión con el entorno). En estos casos, el daño autoinfligido puede llegar a suponerles un alivio pues les «re-conecta con la realidad» reafirmando en su capacidad para sentir. En otras ocasiones suponen un alivio porque les sirve como un acto de expiación de su sentimiento de maldad interna que a veces presentan.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intenso malestar, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). Este estado de ánimo básico de los sujetos con un trastorno límite de la personalidad suele ser interrumpido por períodos de ira, angustia o desesperación, y son raras las ocasiones en las que un estado de bienestar o satisfacción llega a tomar el relevo. Estos episodios pueden reflejar la extrema reactividad de estos individuos al estrés interpersonal.
7. Sentimientos crónicos de vacío. Los sujetos con trastorno límite de personalidad pueden estar atormentados por sentimientos crónicos de vacío. Son descritos como una falta de sentido o vacío emocional

que no puede llenarse con nada, que puede conducir a dolor físico o a una especie de parálisis mental que inmoviliza al sujeto durante días.

8. Ira inapropiada e intensa a dificultades para controlarla (por ejemplo, muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). Es frecuente que los sujetos límites expresen ira inapropiada e intensa o que tengan problemas para controlarla. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Frecuentemente, la ira se desencadena cuando consideran que las personas que se ocupan de ellos y de las que dependen emocionalmente se comportan de forma negligente, como represores despreocupados o que de una forma u otras les abandonan. Estas expresiones de ira suelen ir seguidas de pena y culpabilidad y contribuyen al sentimiento que tienen de ser malos.
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Durante períodos de estrés extremo se pueden presentar ideación paranoide transitoria (desconfianza, suspicacia exagerada, etc.) o síntomas disociativos (sentirse extraño), pero generalmente estos no son de duración e intensidad suficiente para merecer un diagnóstico adicional. La más habitual es que estos episodios ocurran como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser pasajeros y duran entre minutos y horas. Con la vuelta real o percibida de la ayuda de la persona que se ocupa de ellos puede producirse la remisión de los síntomas.

¿Hay alguna posibilidad de saber si yo o alguien de mi entorno sufre el trastorno límite?

Sin la presencia de un profesional experto no hay posibilidades de tener un diagnóstico seguro que oriente un tratamiento adecuado. Sin embargo, cuando alguien presenta un cúmulo de circunstancias, actitudes o conductas alteradas de entre las que se recogen a continuación, podría ser conveniente que se plantease, al menos, consultar con un especialista:

- Experiencias traumáticas infantiles (abuso físico/sexual).
- Conductas autodestructivas (a nivel interpersonal, social, trabajo, etc.)
- Pensar en el suicidio como algo tentador de forma reiterada.
- Discurso victimista: «que mala suerte tengo siempre, que desgraciado soy».
- Historia de relaciones conflictivas: con personas agresivas, sádicas, alcoholísticas, controladoras, narcisistas.
- Relaciones románticas muy inestables.
- Frecuentes cambios de trabajo, estudios, objetivos, relaciones de pareja, etc.
- Historia de relaciones conflictivas: con personas agresivas, sádicas, alcoholísticas, controladoras, narcisistas.
- Utilización de determinados objetos, como osos de peluche, muñecas, amuletos, etc., que aportan confianza y seguridad.
- Confusión sexual (por ejemplo bisexualidad).
- Conductas peligrosas que podrían ser percibidas como excitantes: abuso de drogas, promiscuidad, robos en tiendas, bulimia, anorexia).
- Conflictos frecuentes (especialmente con figuras importantes como jefes, colegas, amigos, familia, etc.).
- Historia de situaciones violentas repetidas, como víctima, como agresor o ambas.
- Cambios bruscos habituales en actitudes (por ejemplo idealizar a un amigo y después despreciarlo).
- Funcionar casi con exclusividad en entornos en las que las actividades están muy estructuradas y dirigidas (como cuando a uno le dicen lo que tiene que hacer) y mostrar enormes dificultades para funcionar cuando depende de uno mismo (estudios, por ejemplo).

¿Hay famosos que puedan ser valorados como sujetos con un trastorno borderline?

Podría ser un paso en la lucha contra la estigmatización del trastorno, que personas de reconocido prestigio que hayan sufrido del mismo se identificasen como tales. Es público que así ha sucedido con otros trastornos psiquiátricos graves como los trastornos bipolares, alcoholismo y otros que

han hecho público sus dificultades y han mostrado como rehicieron sus vidas de un modo productivo y satisfactorio. Es verdad que muchas personas que han sufrido un trastorno límite de la personalidad son en ocasiones muy disfuncionales y, si alcanzan la fama, se sienten muy inseguras y con vergüenza de su pasado.

¿Es una enfermedad de las mujeres?

Es verdad que los estudios epidemiológicos señalan que por cada varón afecto con trastorno límite de personalidad hay tres mujeres que presentan el trastorno. Estas cifras han dado lugar a que se planteen enormes controversias sobre los motivos por los que el trastorno límite de personalidad es más frecuente en mujeres. En ese sentido se han aducido desde factores constitucionales hereditarios y biológicos que podrían explicar que las mujeres fuesen más proclives a padecer el trastorno, a aspectos sociales y culturales que, entre otras cosas, podrían inducir a los psiquiatras a diagnosticar con mayor frecuencia el trastorno en mujeres y menos en los hombres. La incidencia de abusos sexuales, mayor en niñas que en varones, es otro factor a tener en cuenta pues, como se verá en el apartado de esta guía que se refiere al origen del trastorno borderline de personalidad, el antecedente de haber sufrido malos tratos físicos y sexuales, en la infancia, es más frecuente en estos pacientes que en la población general.

Es un hecho comprobado clínicamente (y también con estudios de neuroimagen cerebral) que los actos auto-agresivos son más frecuentes en mujeres mientras que los hetero-agresivos lo son en los hombres. Algunos autores opinan que algunos de los comportamientos propios del trastorno límite de personalidad son manifestados en varones de diferente manera, orientando el diagnóstico de estos últimos al trastorno antisocial de la personalidad.

Otro factor importante que pudiera afectar a los datos de frecuencias del trastorno en uno y otro género es el hecho de que muchos hombres que pudieran tener el trastorno borderline están diagnosticados de abuso-dependencia del alcohol y otras drogas y siguen tratamientos en dispositivos específicos contra estas enfermedades obviando el diagnóstico del trastorno de personalidad.

¿Se puede confundir con otros trastornos psiquiátricos?

La posibilidad de ser confundido con otros trastornos mentales existe siempre, aunque es mayor al inicio de la evolución del trastorno. Por ejemplo, es muy frecuente que un paciente haya recibido previamente otros diagnósticos como depresión, abuso de sustancias, bulimia. De hecho, todas estas patologías pueden ser las formas de inicio del trastorno o incluso la presentación predominante en otros momentos de la evolución. Numerosos estudios relacionan el trastorno borderline con otros trastornos psíquicos, como los trastornos afectivos (depresión, distimia, trastorno bipolar), suicidio adolescente, psicosis (esquizofrenia, etc), trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia), trastorno por estrés postraumático, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno por abuso-dependencia al alcohol y otras drogas, otros trastornos de personalidad como el antisocial y el narcisista, neurosis polisintomática como crisis de pánico con agorafobia, hipocondría, etc. Estos síntomas son tan habituales en los pacientes que es muy poco frecuente la falta de asociación: algún estudio ha señalado que sólo el 37% de los pacientes son borderline «puros». De hecho, muchos pacientes que sufren el trastorno borderline no reciben el diagnóstico de trastorno límite y sí, en cambio, cualquiera de los otros diagnósticos concurrentes. No identificar el problema de personalidad de base puede tener consecuencias perjudiciales para el paciente, pues no se orienta el tratamiento teniendo en cuenta dicha dificultad.

¿Es un problema frecuente el abuso de alcohol y otras drogas?

Sí lo es, y se ha definido como un síntoma relacionado a la impulsividad de estos sujetos con potencialidad autodestructiva, que tendrá influencia negativa sobre el tratamiento, dando lugar a resultados más pobres, aumentando el riesgo de suicidio y la mortalidad por daños y accidentes. También el abuso de alcohol y otras drogas puede dar lugar a síntomas paranoides (a los que están predispuestos), al mismo tiempo que disminuye el umbral para otras conductas autodestructivas, como son las automutilaciones, promiscuidad sexual, conducción temeraria o conductas provocativas que exponen a los pacientes a ataques de todo tipo.

Otra forma de consumo descrita no es impulsiva sino compulsiva: para aliviar el malestar y el sufrimiento típicos de los pacientes, Y al probar el alcohol (o cocaína, etc.) sienten el deseo irrefrenable de seguir consumiendo se «les calienta el paladar» como dicen algunos y ya no pueden parar pese a su firme determinación de hacerlo

¿Puede haber dependencia al alcohol y otras drogas?

La dependencia a sustancias, definida por la búsqueda irrefrenable de éstas, pese a la firme, en ocasiones, determinación de dejarlas, es un hecho clínico en algunos pacientes borderline. En muchas ocasiones se ha puesto en un primer plano de forma errónea sólo esta conducta, desconociendo el trastorno límite y valorando los trastornos típicos de éste, como producto del estilo de vida derivado de la dependencia a drogas legales o ilegales.

CAUSAS

www.soyborderline.com

El trastorno límite de la personalidad es un constructo (concepto) complejo que tiene su origen en múltiples factores. Basado en una vulnerabilidad biológica, desarrollado en el contexto de ciertos tipos de experiencias precoces de la infancia, modulado por otros factores del entorno de índole psicológico y social. Cada uno de estos aspectos es necesario, pero no suficiente, para que se desarrolle el trastorno. Además, dentro de cada área, biológica, psicológica y social, pueden existir factores protectores que compensan los déficits y vulnerabilidades, de forma que su ausencia puede conducir al desarrollo de la psicopatología.

La mayoría de los expertos en la materia opinan que es necesaria una comprensión bio-psico-social del trastorno. Una parte del sustrato biológico de la personalidad se decide desde el primer momento de la gestación y está escrito en el código genético, heredado de los padres y que se conoce como el genotipo de la personalidad. La otra parte biológica se constituye a partir de las vivencias de la infancia y la adolescencia, que modelan el cerebro y sus circuitos neuronales de una manera muy plástica. Estas vivencias llegan a modular la activación de los genes. El genotipo puede determinar el impacto que los diferentes estímulos ambientales tienen sobre el desarrollo de la personalidad y el resultado final, es decir la expresión final de la personalidad, genes más ambiente, se conoce como fenotipo de la personalidad.

De forma esquemática, se hace referencia a que las tendencias heredadas, llamado temperamento, interacciona con los aspectos adquiridos, medioambientales, llamado carácter, para dar lugar a la personalidad: Temperamento + Carácter = Personalidad.

¿Tiene por tanto el trastorno borderline un origen genético?

El conocimiento del genoma humano ha abierto nuevas fronteras para el conocimiento y tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, hemos de saber que los espectaculares avances de la genética, no implican que ésta pueda explicar las enfermedades como debidas a un único gen responsable o a la aparición de una mutación. Esto es extensible al trastorno límite de personalidad. La hipótesis poligénica, que involucra a diferentes genes tam-

poco podría ser la explicación exclusiva del trastorno, aunque algunos investigadores han intentado establecer la relación entre particulares conductas borderline y genética. Por ejemplo, los trastornos de la identidad, los cambios de humor, la impulsividad y la agresividad tienen fuertes componentes hereditarios. De hecho, la heredabilidad de ciertos componentes de la personalidad (temperamento) se ha llegado a cifrar casi en un 50%.

También se podría decir que, en cierto sentido, algunos genes «se encienden o apagan» influenciados por factores ambientales (influencia de los padres, cuidados maternos, etc.), que darán lugar a cambios cerebrales-bioquímicos. Un sujeto puede nacer con un cerebro vulnerable para modular los cambios de humor bruscos o la impulsividad y los factores ambientales antes mencionados (protectores o no) podrían afectar a la activación de los genes de tal manera que esta persona manifieste o no sus rasgos de trastorno borderline.

¿Se conocen las bases biológicas y anatómicas del trastorno borderline?

Algunos de los más recientes y excitantes descubrimientos en este trastorno se han hecho empleando las modernas técnicas de exploración que valoran el funcionamiento cerebral in vivo por medio de la neuroimagen funcional. Los científicos han centrado su atención en el estudio de una parte del cerebro, llamado sistema límbico, que tiene influencia en la memoria, aprendizaje, estados emocionales (como la ansiedad) y conductas (particularmente agresivas y sexuales), demostrando una disminución en el volumen de la amígdala y el hipocampo en sujetos con trastorno borderline.

También los estudios con tomografía de emisión de positrones, conocida por sus siglas en inglés, PET, demuestran que existen cambios en la actividad de algunos neurotransmisores cerebrales como la serotonina, dopamina etc., que se implican en la regulación de los estados anímicos, el control de los impulsos, el déficit cognitivo, etc. y que sientan las bases para la utilización de psicofármacos adecuados que regulen estas alteraciones

Todos estos datos nos indican que, al igual que el resto de los trastornos psíquicos, los rasgos que definen el trastorno límite tienen una base en fe-

nómenos cerebrales. Esto de ninguna manera debe ser considerado como una forma de excluir la mente y los factores medioambientales que juegan un papel decisivo en el origen del trastorno. Tampoco debe llevar a concluir erróneamente que puede encontrarse «una cura médica» de la enfermedad en forma de fármaco o remedio; no existe ningún «tratamiento farmacológico curativo», como se verá en el apartado dedicado a los tratamientos, y los medicamentos sólo tienen un efecto sintomático.

¿Que otras influencias prenatales debemos considerar?

Recordemos que durante la gestación se genera el total de las células nerviosas de que dispondremos durante toda la vida y que, a pesar de ello, nacemos con un sistema nervioso totalmente inmaduro. A partir del nacimiento las redes neuronales (conexiones nerviosas entre las células del cerebro) experimentarán un desarrollo rapidísimo, se potenciarán las más usadas y se reducirán o eliminarán las que no se utilicen. Por tanto, diversos factores pueden afectar a este cerebro en formación y por ello a la personalidad.

La utilización de sustancias psicoactivas, como alcohol y otras drogas, afectará al desarrollo del cerebro fetal. Si pensamos que los estudios señalan, por ejemplo, el papel del tabaco (nicotina) fumado por la madre en la aparición del TDA e hiperactividad en niños, y la alta asociación entre este diagnóstico y el trastorno borderline, comprenderemos mejor la importancia de agentes externos.

El comportamiento y las emociones de la madre en este periodo sustancial de formación tendrán un correlato en cambios biológicos y hormonales que modificaran el fenotipo de la personalidad.

¿La infancia es un periodo importante en el riesgo de desarrollar el trastorno borderline?

Estudios en animales de experimentación y también en humanos señalan la inequívoca importancia de esta etapa. A modo de ejemplo, un estudio de-

mostró que los músicos que habían aprendido a tocar el violín antes de los doce años poseían circuitos neuronales para controlar la mano izquierda más complejos que los que aprendieron con mayor edad, o en otras palabras, un tipo determinado de estimulación o comportamiento provoca un desarrollo diferenciado del cerebro.

Es así como los padres intervienen en la formación de la personalidad de sus hijos, no sólo pasivamente a través de los genes, sino de forma activa exponiéndoles a determinados estímulos, emociones y conductas que marcarán su desarrollo.

Las experiencias infantiles han sido objeto de múltiples estudios sobre su influencia en el trastorno borderline. Las teorías psicológicas han enfatizado fracasos en las relaciones y experiencias precoces del niño pre-borderline con sus primeros cuidadores. Las primeras teorías psicológicas enfatizaban el papel de los padres, más comúnmente de la madre (pues suele ser ésta la principal cuidadora y figura de apego en el desarrollo de los infantes) y su contribución a los procesos normales de separación e individuación. De manera que cuando los primeros cuidadores se manifestaban de forma demasiado cercana (quizás por sus propios temores de abandono), o de forma demasiado distante e indiferente (quizás por sus propios temores de un vínculo tan íntimo) podrían inducir un desarrollo anómalo. Según dichas teorías esto generaría un crecimiento caótico, produciéndose dificultades en el sujeto para constituir un sentido constante y predecible de sí mismo y del mundo exterior.

Algunos estudios retrospectivos que han indagado sobre las experiencias precoces de las personas con trastorno límite de personalidad han encontrado que estos pacientes presentan tasas más elevadas que otros pacientes (por ejemplo, pacientes depresivos o con otros trastornos de personalidad) de experiencias traumáticas precoces del tipo abuso físico y sexual. Algunos estudios han encontrado que alrededor de un 75% de los pacientes con trastorno límite de personalidad recuerdan haber sufrido alguna de estas experiencias. Esto no quiere decir que todos los pacientes con trastorno límite de personalidad hayan sufrido malos tratos ni que todas las personas que han sufrido malos tratos en su infancia desarrollen trastorno límite de perso-

alidad. Se sabe que las experiencias traumáticas tienen un mayor efecto inductor de patología cuando son repetidas y se mantienen durante largos períodos de tiempo. También se sabe que la falta de figuras protectoras en el entorno del niño que las sufre y la ausencia de experiencias reparadoras y benefactoras tienen gran influencia en que aparezca esta patología posteriormente.

¿Que papel juega el medioambiente en el que se desarrolla un sujeto borderline?

Imaginemos dos individuos con la misma predisposición genética. Uno de ellos criado en una familia estructurada y el otro en una familia que no puede proveerle de los cuidados suficientes a nivel económico, educacional, emocional y psicológico. Es evidente que este último individuo tendrá más dificultades para desarrollar las mismas habilidades necesarias para controlar sus impulsos y canalizarlos a actividades socialmente aceptadas.

Algunos estudios familiares han señalado que los pacientes con trastorno límite de personalidad han crecido en familias con elevados niveles de conflicto, gran expresividad emocional, elevados niveles de hostilidad y dificultades comunicativas. Los profesionales sabemos que los resultados de estos estudios deben ser interpretados de acuerdo al contexto y a las limitaciones de su diseño y metodología empleada. Desde luego, vienen a iluminar el conocimiento de posibles factores que intervienen en el desarrollo y o mantenimiento del trastorno límite de personalidad. Una crítica que puede hacerse a los estudios de clima familiar es que, en muchos casos, no pueden llegar a diferenciar entre causa y efecto. Algunos autores señalan que conviene no olvidar que la convivencia con un paciente, no siempre fácil, podría condicionar que los parámetros que miden dichos estudios, tales como la hostilidad o la expresividad emocional, pudieran verse modificados por dichas dificultades. Desde el punto de vista terapéutico, los resultados de los estudios familiares ayudan a identificar áreas de mejora que puedan ser objeto de intervenciones que mejoren el curso y pronóstico del trastorno.

¿Significa esto que es un trastorno de las clases sociales mas desfavorecidas?

Los datos de la epidemiología señalan que afecta a todas las clases sociales y culturas, aunque las condiciones adversas seguramente marcarán el curso evolutivo como factor de peor pronóstico.

CONDUCTAS

www.soyborderline.com

¿Cómo sienten y cómo se sienten?

Su modo de sentir resulta intenso, cambiante y altamente reactivo, es decir, reaccionan al mínimo estímulo y lo hacen rápida e intensamente. Esto ocasiona cambios bruscos de un estado de humor básico a otro depresivo, con ansiedad, pesimismo, irritabilidad, hiperactividad.

Los sentimientos más lacerantes se centran en torno a dos experiencias básicas:

- el miedo al abandono, que los lleva a vivir cualquier alejamiento temporal como una soledad perpetua, y
- la ira inapropiada ante las frustraciones que, aunque puedan ser triviales, se asientan sobre un arsenal de miedos a la desilusión y al abandono.

Y, a su vez, estas reacciones emocionales se construyen sobre sentimientos crónicos de vacío que:

- se viven como una sensación visceral sentida en el abdomen y en el pecho, y
- se relacionan con anomalías en el desarrollo afectivo del apego que imposibilita la introyección de otro tranquilizador e incapacita para tranquilizarse a sí mismo o evocar representaciones tranquilizadoras de los otros.

¿Que vivencia tienen de sí mismos?

Carecen de un sentido de sí mismo central y constante. Reciben imágenes y representaciones de sí mismos oscilantes y extremas a tenor de sus sentimientos y conductas y se sienten perdidos y confusos acerca de quienes son.

La lucha por establecer una identidad consistente les lleva a formar parte de grupos que prometen una aceptación incondicional junto con un entorno

estructurado pero manteniendo un sentimientos prevalente de inautenticidad e impostura y un temor constante a ser descubiertos.

Esto se asocia con cambios frecuentes de amigos, carrera, pareja e incluso de sexo.

¿Cómo piensan?

Tienden a mostrarse extremistas y cambiantes en sus valoraciones de las cosas. Su pensamiento se caracteriza por una gran dificultad para integrar formas ambivalentes de concebir la realidad, lo que les sitúa ante las cosas de forma dicotómica y extrema, dejando escaso espacio para la empatía y la comprensión.

A su vez, se muestran poco realistas en el planteamiento de metas y en la solución de problemas, aunque su capacidad intelectual puede ser alta. No obstante, no consideran las dificultades, ni las consecuencias de sus acciones, ni planifican su conducta.

En el plano cognitivo pueden llegar a aparecer síntomas transitorios de pérdida de juicio crítico de realidad asociados a momentos de estrés agudo (despersonalización, estados paranoides, pensamiento mágico, fenómenos alucinatorios...).

¿Cómo actúan?

Ante la intensa emergencia emocional y la confusión acerca de sí mismos, su comportamiento se caracteriza por:

- La impulsividad en relación con la rabia, los cambios bruscos de humor y la necesidad de gratificación inmediata que les alivie desde fuera, incluyendo el consumo de tóxicos, episodios bulímicos, sexo...
- El suicidio y las autolesiones, que generalmente no conllevan un deseo de muerte sino una comunicación dolorosa y petición de ayuda. Comienza como algo impulsivo, una acción autopunitiva, pero

puede llegar a ser un procedimiento ritualista y estudiado con componentes de negación del dolor («anestesia natural») y de comunicación con el entorno,

- La mimesis con el entorno desarrollando funcionamientos «como si» o camaleónicos y, a su vez, inestables, caracterizados por cambios bruscos.

¿Cómo se relacionan?

En la relación con los demás están muy presentes el miedo a la intimidad y la intolerancia a la separación. Si se unen, significa la pérdida de autonomía y el sentimiento de no existencia y si se separan, lo viven como un abandono.

Su vivencia del otro oscila entre la idealización y la denigración-el que satisface o el que frustra, alguien en quien confiar o de quien desconfiar... Carecen de la llamada «constancia de objeto», esto es, la habilidad para comprender a los otros como seres humanos complejos pero con los que se pueden relacionar de manera consistente.

Se muestran cambiantes y poco realistas en sus demandas pudiendo resultar caprichosos y manipuladores, generando angustia, rechazo y frustración a su alrededor.

Las amenazas y gestos autolíticos se usan para obtener atención y rescate.

DIAGNÓSTICO

www.soyborderline.com

¿Cuál es el método diagnóstico para los trastornos mentales?

Desgraciadamente, en psiquiatría no contamos con pruebas diagnósticas definitivas que permitan concluir que un enfermo padece tal o cual trastorno. Aunque la realización de un escáner cerebral puede permitir en algunos casos que así lo aconsejen excluir la presencia de otras enfermedades cerebrales, no nos va a ofrecer un patrón de alteración característico del trastorno límite de la personalidad. Por esta razón, para diagnosticar un trastorno mental se utilizan sistemas de clasificación basados en la presencia de una serie de síntomas y alteraciones conductuales que se denominan criterios operativos. Los más utilizados son los de la Sociedad Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) y los de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). Cuando un paciente presenta un número de estos criterios definidos para un determinado trastorno y se pueden excluir otros trastornos mentales o enfermedades médicas, se realiza el diagnóstico.

Por tanto, el método diagnóstico fundamental con el que contamos para realizar el diagnóstico correcto es la entrevista clínica con el paciente y la formación aportada sobre su conducta por parte de sus allegados.

Entonces, ¿cómo se establece el diagnóstico de trastorno límite de personalidad?

Mediante una historia clínica en la que, a lo largo de una o varias sesiones, se recojan no sólo los aspectos más actuales que han motivado la consulta (por ejemplo, intento de suicidio o alteraciones de la conducta alimentaria), sino también la evolución biográfica del sujeto. En este sentido es muy importante la información aportada por los familiares y allegados.

La historia clínica ¿es un método fiable para diagnosticarlo?

Como es lógico, cualquier profesional puede equivocarse, sobre todo en una primera impresión durante las primeras entrevistas, pero es menos pro-

bable que así ocurra cuando se realizan entrevistas sucesivas. Además, hay que tener en cuenta que tanto los psicólogos clínicos como los psiquiatras han dedicado un tiempo muy extenso de su formación al dominio de la técnica de la entrevista diagnóstica. Por si esto no fuera poco, contamos con la ayuda de una serie de entrevistas más o menos estructuradas que permiten evitar el sesgo que se puede introducir por la subjetividad en la interpretación de la información por parte de un entrevistador. Estas entrevistas han sido elaboradas para que su utilización por parte de profesionales distintos permita llegar a conclusiones diagnósticas similares. Un ejemplo de ello es la entrevista semiestructurada elaborada para este diagnóstico conocida por sus siglas: DIB-R.

¿Existe alguna otra prueba diagnóstica que pueda utilizarse?

No es infrecuente que los familiares de los pacientes demanden del profesional la realización de las modernas técnicas de neuroimagen, como el escáner cerebral (TAC) o la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) en la búsqueda de una alteración que justifique la conducta de los pacientes con trastorno límite de la personalidad. De nuevo hay que decir que estas pruebas no van a proporcionar la confirmación del diagnóstico, sino que van a permitir excluir la existencia de otros procesos cerebrales como tumores, infecciones, etc. Debe ser el profesional el que determine la necesidad de su realización cuando la atipicidad del caso o la presencia de determinados síntomas así lo aconsejen. Estas situaciones son perfectamente conocidas y no inducen a confusión, por lo que se debe estar tranquilo cuando no sean consideradas oportunas por parte de los profesionales que tratan al paciente. En la práctica, la presencia de estos síntomas suele ser bastante infrecuente y, por lo tanto, la información que aportan estas técnicas es totalmente irrelevante para el diagnóstico.

¿Alguna otra prueba más sofisticada puede aportar más información?

En pacientes con trastorno límite de la personalidad se ha podido relacionar la existencia de ciertos cambios en los neurotransmisores cerebrales

con determinados rasgos temperamentales. Estos cambios son susceptibles de poder ser visualizados con sofisticadas técnicas de neuroimagen, como la Tomografía de Emisión de Positrones (PET). Sin embargo, en la práctica clínica diaria no se utilizan de forma habitual, reservándose para la investigación. De hecho, aunque pudiéramos tener acceso a esta técnica, su utilidad para realizar el diagnóstico es limitada y no nos permite por el momento aportar información añadida para mejorar el plan terapéutico en un paciente.

Tampoco existe un análisis concreto que permita en estos pacientes medir un parámetro en sangre alterado. Los resultados que se obtienen son inespecíficos y pueden encontrarse en otras muchas enfermedades. De cara a la investigación se podrán realizar otras exploraciones que quizás permitirán en un futuro mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento en los pacientes con trastornos de la personalidad.

TRATAMIENTO

www.soyborderline.com

Al igual que en las restantes patologías psiquiátricas y la mayoría de enfermedades orgánicas, el tratamiento siempre debe hacerse bajo prescripción médica.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer las diversas alternativas existentes, con el doble fin de fomentar la colaboración de los interesados en el momento de decidir el tratamiento más idóneo, aspecto muy importante en este tipo de procesos, y de aclarar las dudas que puedan surgir al ponerlo en práctica.

A. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

¿Qué son los llamados tratamientos biológicos?

Los tratamientos biológicos incluyen todas aquellas terapias que tratan de modificar la fisiología del cerebro. Aunque se puede decir que en la fisiología del cerebro influyen también las experiencias del sujeto y, por lo tanto, las psicoterapias también pueden contribuir a modificarla, este tipo de tratamientos actúa a través de la palabra y no a través de un fármaco o de procesos físicos como la Terapia Electroconvulsiva (TEC) o la Estimulación Magnética Transcraneal.

En la práctica diaria, los tratamientos biológicos que se utilizan en el entorno límite de la personalidad son fundamentalmente los farmacológicos.

¿Existe un fármaco antiborderline?

En la actualidad no existe un fármaco que actúe de forma específica sobre el trastorno borderline de la personalidad (como puede hacer un antihipertensivo reduciendo la tensión arterial). Resulta difícil que en un futuro cercano pueda existir un fármaco de estas características si tenemos en cuenta el carácter dual del trastorno, con causalidad biológica y medioambiental. El hipotético fármaco antiborderline actuaría controlando determinados rasgos temperamentales del sujeto –más genéticamente condicionados– como la inestabilidad emocional o la impulsividad. Posteriormente sería preciso rees-

estructurar desde el punto de vista psicológico las alteraciones cognitivas y conductuales derivadas de la inadecuada adaptación del sujeto a su entorno. Por lo tanto, el objetivo del tratamiento farmacológico se limita al control de alguna dimensión de la personalidad, así como al de otros trastornos intercurrentes que puedan aparecer (depresión) y no al trastorno de personalidad en sí mismo.

Entonces ¿es necesario el tratamiento farmacológico?

El tratamiento farmacológico es importante de cara a controlar algunos periodos de descompensación, así como los rasgos temperamentales de origen genético-biológico, ya comentados anteriormente. Debe aclararse que el tratamiento farmacológico, siendo importante, no es mágico ni sustituye a la actitud activa del sujeto en el proceso terapéutico.

El objetivo del tratamiento sería la atenuación de las manifestaciones de estos rasgos temperamentales o el control puntual de situaciones de crisis, tratando de mejorar el funcionamiento del paciente como objetivo final. Sin embargo, hay que insistir en que la medicación no cura el carácter. Por lo tanto, el tratamiento psicofarmacológico modula la intensidad de los síntomas pero no los elimina, puede mejorar el funcionamiento del paciente pero no «tratar» la enfermedad, constituyendo un aspecto del plan terapéutico general que precisan estos pacientes. Hay que tener en cuenta que la eficacia de un plan terapéutico es mayor si se incluye un tratamiento psicofarmacológico, siempre y cuando no se transmita al paciente la idea errónea de que sus respuestas emocionales están condicionadas exclusivamente de forma biológica y los fármacos van a ser la única solución a sus dificultades.

¿Cuáles son los rasgos que se pueden controlar?

Son tres fundamentalmente:

1. La disregulación afectiva: modificaciones del humor (malestar, euforia), hipersensibilidad al rechazo por parte de otras personas, ataques de ira.

2. La impulsividad, con todas las conductas derivadas de la misma: intentos de suicidio, amenazas o gestos suicidas, agresividad, conductas de abuso (comida, sexo, drogas, alcohol) que pongan en riesgo su integridad.
3. Las distorsiones cognitivo-perceptivas. Estas últimas incluyen las alteraciones en la percepción que pueden llevar a estos pacientes a interpretar incorrectamente la realidad, desde pensar que algunas personas actúan de mala fe contra ellos (susplicacia) hasta ocasionales ideas delirantes en las que creen firmemente sentirse perseguidos.

¿Qué fármacos se utilizan para el control de la disregulación afectiva?

1. Fundamentalmente, los llamados antidepresivos:

- Antidepresivos tricíclicos. Son los más antiguos y presentan una gran eficacia antidepresiva pero se asocian con más efectos secundarios y tienen un elevado riesgo de letalidad en sobredosis, por lo que su utilización se reservaría a situaciones concretas y bajo control estricto.
- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina(ISRS). Se trata de unos psicofármacos muy utilizados en psiquiatría por su amplio abanico de eficacia en diversos trastornos. Son los antidepresivos más utilizados y han demostrado su eficacia en diversos ensayos clínicos de gran rigor científico realizados en pacientes con trastorno borderline. Son fármacos bien tolerados y seguros en sobredosis, lo cual es de gran importancia en estos pacientes con gran riesgo de realizar ingestas masivas con fines suicidas.
- Antidepresivos con mecanismo dual (serotoninérgico y noradrenérgico). Como venlafaxina, por ejemplo, suelen ser muy útiles.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). No están comercializados en España. Se reservarían para casos resistentes a los previos debido a la necesidad de realizar el paciente una dieta estricta para evitar la aparición de crisis hipertensivas potencialmente letales.

2. Estabilizadores del humor.

- Litio. El más conocido y estudiado, y cuya principal indicación es el trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva). Presenta dificultades en su administración a pacientes con trastorno límite debido a su estrecho margen terapéutico, de tal forma que bajas dosis por mal cumplimiento serían insuficientes y altas dosis son tóxicas. El litio podría tener utilidad en el control de la impulsividad y agresividad de estos pacientes, aunque debido a la dificultad de manejo y el riesgo de intoxicaciones mortales, la utilización es reducida.
- Antiepilépticos. Hay estudios que dan a la carbamazepina eficacia en el control de la impulsividad, así como al valpróico también en el control de la irritabilidad y la hipersensibilidad al rechazo. Respecto a los nuevos antiepilépticos, existe un número de datos aún más limitado a pesar de que su indicación aprobada en España es sólo para la epilepsia, (en otros países tienen también la indicación como estabilizadores del estado de ánimo). Respecto a su utilidad en el trastorno límite, resultan prometedores los datos relativos a la utilidad de la lamotrigina en las oscilaciones depresivas, el topiramato en el control de la impulsividad, agresividad y la gabapentina y pregabalina cuando existen síntomas de ansiedad predominantes.

¿Y para el control de la impulsividad?

- ISRS. Su eficacia es independiente de la existencia de depresión o ansiedad, aunque algunos estudios recientes lo ponen en duda, destacando su eficacia en la impulsividad agresiva.
- Cuando fracasan se puede intentar el tratamiento con venlafaxina o añadir dosis bajas de antipsicóticos o alguno de los antiepilépticos anteriormente comentados.
- Aunque la eficacia de los antidepresivos IMAO está bien establecida, su uso está limitado por el riesgo de mal control de la dieta o interacción con otros fármacos ya comentados.

¿Y para el control de las distorsiones cognitivo-perceptivas?

Antipsicóticos en dosis variables en función del grado de distorsión de la realidad que aparezca. Este grupo de fármacos presentan una acción fundamentalmente antipsicótica, por lo que constituyen el pilar fundamental de los trastornos psíquicos donde aparecen estos síntomas (como puede ser la esquizofrenia). Tanto su efecto terapéutico como sus efectos adversos radican en el bloqueo dopaminérgico que producen.

- Los antiguos antipsicóticos, también denominados clásicos, típicos o neurolépticos, producían, como efecto indeseable en mayor o menor medida, un cierto efecto similar al que acontece en la enfermedad de Parkinson, que también sufren los pacientes a nivel mental como consecuencia del enlentecimiento psicomotor. Además, pueden producir una detención de las menstruaciones (amenorrea) en las mujeres.
- Los nuevos antipsicóticos, también denominados atípicos, minimizan estos efectos de forma notable o en algunos casos están totalmente carentes de ellos, sobre todo a dosis bajas. En este último grupo se encuentran la olanzapina, risperidona oral o inyectable, quetiapina, ziprasidona, amisulpride y aripiprazol. La eficacia de estos psicofármacos está demostrada ampliamente por ensayos clínicos realizados con rigurosa metodología.

Cuando las distorsiones cognitivas son derivadas de un estado afectivo (p. ej., están tristes y por lo tanto piensan que la gente no les presta la atención debida) resultan menos útiles, precisando en estos casos el tratamiento con fármacos adecuados para el control afectivo.

¿Y para el control de la ansiedad?

Los pacientes con TBP presentan con frecuencia síntomas de ansiedad e insomnio. Los fármacos utilizados en el control de estos síntomas en medicina son las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas deben ser utilizadas con precaución en los pacientes con trastorno borderline por varias razones:

- Son fármacos cuyo potencial adictivo es muy alto para pacientes con ansiedad crónica, por lo que estos pacientes precisarían una dosis cada vez mayor para obtener el mismo beneficio.
- Los síntomas de ansiedad representan únicamente la punta del iceberg en estos pacientes, por lo que su control no estimularía la voluntad de cambio en la dinámica de estos pacientes que resulta primordial, sobre todo teniendo en cuenta que la ansiedad volverá requiriendo mayor dosis de ansiolítico.
- Son fármacos con potencial letalidad en sobredosis y, por lo tanto, requieren un control en su utilización.
- En algunos casos pueden dar lugar, en pacientes con TLP, a efectos paradójicos, distintos a los observados en el resto de las personas, como un mayor descontrol de las conductas.
- Presentan interacción con el alcohol y otras drogas sedantes amplificando su efecto nocivo.

Por todo ello, las benzodiazepinas deben utilizarse con precaución en estos pacientes, seleccionando y controlando los casos que puedan beneficiarse de ellos. Las alternativas de tratamiento ansiolítico radican en la utilización de dosis bajas de antipsicóticos por su efecto tranquilizante inespecífico, antiepilépticos como la gabapentina, oxcabazepina, etc.

¿Existen otros tratamientos biológicos?

Existen, aunque la base empírica para su utilización es muy limitada. Podemos destacar los siguientes:

1. Naltrexona(antagonista opiáceo). Algunos estudios demuestran su eficacia en el control de las autolesiones, pero la experiencia por el momento es limitada.
2. Terapia electroconvulsiva (TEC) o electrochoque. Se trata de una técnica muy denostada popularmente por el abuso del que fue objeto en algunos momentos de la historia de la psiquiatría. Sin embargo, hoy en día está demostrada su eficacia en determinadas situaciones, sin que se haya podido demostrar un efecto nocivo. Pero para que

sea útil conviene ceñirse a las indicaciones donde tiene demostrada su eficacia. En el caso de los pacientes con trastorno límite de la personalidad estos casos son exclusivamente cuando existe un trastorno depresivo asociado, que no debe ser confundido con las manifestaciones derivadas de su personalidad, como los gestos o ideación suicida, verbalizaciones de tristeza o vacío, etc. El profesional encargado del tratamiento del paciente sabrá interpretar adecuadamente estos síntomas.

3. Como dato curioso se puede decir que la utilización de ácidos grasos omega-3 se ha asociado con una disminución de la agresividad y mejoría del humor en pacientes depresivos, con trastorno bipolar y límite de la personalidad.

¿Se pueden asociar medicamentos?

Debido a que muchos pacientes presentan alteraciones en varias dimensiones de la personalidad, es lógico pensar que puedan utilizarse varios fármacos a la vez. Su uso siempre debe ser racional, prescritos por el psiquiatra y sin seguir pautas de automedicación, muy extendidas entre estos pacientes.

¿Cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento?

El tratamiento debe iniciarse de forma gradual, intentando alcanzar dosis terapéuticas, salvo, probablemente, el caso de los antipsicóticos, que pueden ser suficiente con dosis bajas. Se debe mantener por un periodo de entre 4 y 8 semanas antes de pensar que ha sido ineficaz. Transcurrido este tiempo y toda vez que no se ha producido el efecto deseado, se puede realizar otro ensayo con otro fármaco de la misma o distinta familia farmacológica. Si por el contrario se obtiene un beneficio, lo razonable es mantenerlo por un tiempo indefinido, que nunca debe ser inferior al tiempo que el paciente precise para aprender estrategias de afrontamiento de situaciones más saludables mediante la psicoterapia. Siempre se debe ser cauto a la hora de retirar un fármaco que logró un objetivo terapéutico, ya que en muchos casos que no han

seguido una evolución favorable se puede observar una reaparición de los síntomas que motivaron su aplicación tras la supresión.

¿Los fármacos provocan dependencia?

Ya se ha comentado anteriormente el riesgo de dependencia que pueden tener las benzodiazepinas, utilizadas sin el debido control en este tipo de pacientes. Si exceptuamos este tipo de fármacos, el resto de los que se utilizan habitualmente en el trastorno límite de la personalidad no provocan dependencia. Aunque son muchos los comentarios que se pueden escuchar de otras personas sobre los psicofármacos, lo cierto es que lo que más dependencia puede generar en el sujeto son las drogas a las que puede recurrir en muchos casos para aliviar el sufrimiento, por ejemplo, o el resto de las conductas maladaptativas a las que su trastorno le hace más susceptible.

B. TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Los tratamientos psicológicos ofrecen al paciente una esperanza real para poder vivir de una manera nueva en la que se reemplacen los viejos hábitos y una oportunidad para desarrollar nuevas formas de aprendizaje y de relación con otras personas que hagan del vivir una experiencia que reduzca su infelicidad, lo comprometan a mantener trabajos o estudios de un modo responsable, incrementen su capacidad de amar a los demás y le proporcione las satisfacciones necesarias para un mejor vivir.

¿Realmente es efectiva la psicoterapia en el trastorno límite de personalidad?

Los resultados de revisiones de investigaciones llevadas a cabo durante la última década, no sólo demuestran la eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas sino que apoyan la tesis de que el eje del tratamiento es la psicoterapia. Esto ha sido expuesto en numerosas publicaciones científicas.

Los tratamientos psicológicos del trastorno límite de la personalidad han experimentado una importante evolución en las últimas dos décadas. La necesidad de dar respuesta a los pacientes y familiares ha supuesto un reto que ha movido los esfuerzos integradores desde las distintas orientaciones y actualmente existe un consenso entre las distintas escuelas psicoterapéuticas sobre los aspectos más esenciales del tratamiento. La pluralidad de los matices en la conceptualización teórica desborda las pretensiones de esta guía, pero baste decir que los principales autores han hecho, y siguen haciendo, un declarado intento de aunar esfuerzos y explorar e integrar aportaciones mutuas en un trabajo que busca un lugar común: el lugar del paciente.

¿Qué principios guían el tratamiento?

Todo tratamiento supone, inicialmente, una declaración de principios que oriente y permita reconducir continuamente a paciente y terapeuta acerca de su tarea en común. Si de por sí es difícil confiar la intimidad y confiarse, estas sensaciones se acentúan en este tipo de problemática, lo que hace aún más preciso declarar, e incluso explicitar lo máximo posible, las condiciones del encuadre terapéutico.

Los principios comunes del tratamiento se resumen en:

1. evaluación del paciente
2. identificar problemas y objetivos
3. crear una alianza terapéutica
4. desarrollar planes de trabajo
5. aceptar expectativas y limitaciones mutuas
6. confirmar la confianza, confidencialidad y seguridad dentro de los límites terapéuticos
7. ofrecer explicaciones claras y educación acerca del trastorno y
8. coordinarse y cooperar con todos los implicados en las diferentes fases del tratamiento.

¿Qué funciones desempeña el terapeuta?

El terapeuta desempeña a lo largo del tratamiento una serie de funciones, algunas complementarias, dirigidas a hacer pensar y buscar significados, y otras suplementarias, encaminadas a proporcionar apoyo psicológico hasta que el paciente vaya desarrollando esas habilidades.

- **Contención:** asegurar seguridad. Cuando una persona se siente persistentemente en crisis, necesita alguien que le dé seguridad, proveerle de lo que Winnicott, un psiquiatra inglés, denominó «ambiente de contención». Un entorno que permita salvaguardar la seguridad del paciente con flexibilidad suficiente y que resuelva dos obstáculos contradictorios: el miedo a ser abandonado y, al mismo tiempo, los temores tan intensos de sentirse controlado y atrapado. El buen atar no necesita de cuerdas y nudos; resolver estos dilemas con honestidad, paciencia, respeto, decisión y pericia por parte del terapeuta proveerán al paciente de la seguridad necesaria para el sostenimiento de una relación que presentará múltiples vicisitudes. Denominamos a esta actitud: **SOSTENER SIN APRESAR**.
- **Apoyo:** aumentar la autoconfianza. El paciente necesita aumentar la confianza en sí mismo, lo que incluye creer que sus sentimientos y la realidad que percibe son reales y tienen sentido. Aquí es importante matizar que sus sentimientos son reales, pero aún así, la realidad puede ser otra distinta, ya que el sentido de nuestros actos muchas veces sobrepasa la capacidad de comprensión de los mismos. Entender algo significa poder predecir las consecuencias de un comportamiento y los juicios emitidos sobre la realidad están teñidos de emociones, muchas veces en blanco y negro, que borran los matices de la complejidad de la realidad y, por lo tanto, del sentido percibido de la misma. El trabajo terapéutico permite que el paciente dé un nuevo valor a sus percepciones y sentimientos, aumentando el contenido global de la autoconfianza.
- **Estructura:** ordenar el caos. La importancia de los límites debe ser enfatizada porque de ello depende la buena marcha del tratamiento,

hecho que no se le escapa a ningún terapeuta entrenado. Las crisis frecuentes y la ausencia de continuidad marcan la vida de estos pacientes. Es necesario ayudarles a adquirir un mayor control del entorno sin planteamientos idealizados y a organizar su tiempo, su espacio y su propia persona. Han de gestionar el entorno interpersonal sin resultar invasivos o negligentes, y han de reorientar sus conductas desadaptativas. El terapeuta ha de ser preciso en el establecimiento del encuadre terapéutico: horarios, objetivos, claridad de papeles, manejo de las situaciones de crisis y otras eventualidades de acuerdo con las características y circunstancias que presente el paciente. Todo esto permite tener un marco de referencia al que volver cuando surgen problemas, crisis o desacuerdos.

- **Implicación:** hacer que haga. A menudo, estos pacientes adoptan una actitud de pasividad activa ante lo que les sucede y ante su propia vida y hacen que otros hagan, al creer que ellos no van a poder. El terapeuta ha de procurar la implicación del paciente en su trabajo terapéutico. Esto supone enseñar al paciente a que preste atención a su entorno e interactúe con él y que pueda, entonces, identificar y modificar sus rasgos desadaptativos. El proceso de implicación ha de hacerse cuidando que no se viva como una intromisión que rebase los límites de la intimidad del paciente y tratando de respetar sus tiempos. **LO APRENDIDO EN LA TERAPIA DEBE LLEVARSE A LO COTIDIANO, LOS CAMBIOS TIENEN QUE VER»**
- **Validación: dar valor y sentido a lo vivido.** El sentido de la vida, su propio cuestionamiento del existir, proviene de la dificultad para experimentar los detalles, generalmente pequeños, pero que se sobredimensionan por la vivencia y expresión dramática de los mismos, acompañado por las frustraciones provenientes de sus apreciaciones, errores de juicio o de una realidad realmente traumatizante. De este modo, es frecuente experimentar desconfianza en la manera de sentir, actuar y ver la realidad, que a menudo se asocia a buscar «fuera» las claves que confirmen las propias vivencias. El terapeuta ha de ayudar al paciente a afirmar y consolidar su individualidad, prestando atención

a su historia pasada, fomentando nuevos aprendizajes y esforzándose en áreas con competencias o consecuencias inciertas. Todo ello reconociendo empáticamente su dolor y desgracias pasadas. Aprender a convivir con lo ambiguo e incierto, sin que la angustia y las emociones lo desborden todo. La propia vida es incertidumbre.

¿Qué cualidades ha de tener la relación?

El terapeuta ha de aportar consistencia, constancia y disponibilidad. Ha de mostrarse honesto y comprometido en la relación. Es indispensable desarrollar perspectiva, paciencia y un adecuado sentido del humor, mostrando flexibilidad y apertura. Requiere empatía por el dolor que se inflige y respeto por el coraje para iniciar el cambio, así como habilidades técnicas: que le permitan una cercanía realmente percibida y una distancia suficiente para poder pensar con claridad. ENTENDER ALGO ES PODER PREDECIR SUS CONSECUENCIAS.

¿Qué lugar tiene la psicoterapia de grupo?

La psicoterapia de grupo es una modalidad terapéutica con una larga tradición de efectividad en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Los tratamientos, tanto individuales como grupales, tienen sus ventajas y desventajas. Los beneficios de la privacidad y la confidencialidad, así como la relación individual no se dan, tan significativamente, en los grupos. Los grupos, sin embargo, ofrecen otras posibilidades que no pueden darse en la psicoterapia individual. En ellos se producen contactos con otra gente que tiene problemas parecidos a los suyos. El no sentirse solo y relacionarse con personas que están pasando por conflictos similares incrementa la sensación de bienestar. En los grupos, las personas ofrecen compartir respuestas creativas y las habilidades necesarias para la solución de los problemas de los otros.

Existen dos grandes modalidades de terapia grupal, según se centren en las habilidades sociales o en los procesos grupales.

En la modalidad centrada en las habilidades sociales, el foco está en las habilidades interpersonales, sociales, de asertividad y de manejo del estrés. También se fomentan las interacciones interpersonales y la observación de lo que ocurre simultáneamente en el grupo.

En la modalidad centrada en los procesos grupales lo importante es la interacción y lo que ocurre en el aquí y ahora, así como la exploración de las dinámicas subyacentes en relación con el pasado y el presente.

En la práctica clínica cotidiana ambas modalidades se secuencian de acuerdo al momento del tratamiento o pueden coexistir o combinarse según las capacidades y habilidades del terapeuta. Es una experiencia constatada que la «magia» de los grupos proviene de la interacción recíproca (feedback) con los otros miembros. Esta es la herramienta más poderosa que poseen los grupos, la capacidad de ofrecer en el aquí y ahora una respuesta moduladora por parte de los miembros del grupo a un comportamiento desajustado, desadaptado o intempestivo.

¿Qué puede ofrecer el grupo?

El grupo ofrece como modalidad terapéutica, entre otras, las siguientes posibilidades:

- Juicio de realidad: el feedback es más fácilmente aceptado cuando proviene de sus compañeros que cuando lo hace de una figura cargada de autoridad, como por lo general, se percibe al terapeuta. Es el feedback ayuda a disminuir las distorsiones interpersonales y la intensidad de la expresión de miedos y necesidades tan características de estos pacientes.
- Observar cómo se relaciona con los otros: los pacientes tienden a recrear con los miembros de su grupo, formas de relación y dinámicas interpersonales que mantienen con su familia o con personas significativas de su entorno o trabajo. Esto provee de una información valiosa al terapeuta para trabajar sobre esas dinámicas.

- Reducir la intensidad de las reacciones: proviene de que el número de personas amortigua la posibilidad de reacciones impetuosas, agresivas o violentas, ya que actúan a modo de juicio de realidad sobre la calidad y contenido de dichas reacciones. Los límites dados por el terapeuta al hablar del encuadre incluyen la necesidad de pensar y de hablar antes de actuar. Esta regla probablemente se explicitó nuevamente por algún miembro del grupo cuando esta eventualidad se produzca.
- El sanar: el grupo ofrece también un aspecto curativo, al ser tratado el miembro con seriedad y respeto.
- Identificación: durante la terapia de grupo los pacientes observan como el terapeuta interactúa con otros miembros y hacen propios algunos de esos comportamientos, incrementando así su capacidad de introspección y habilidades interpersonales. También el grupo participa, al mismo tiempo, de este proceso de identificación. Habitualmente los miembros del grupo prefieren incorporar los aspectos positivos de sus compañeros, dado que los negativos les conducen, en general, a callejones sin salida.
- Estimulación: para aquellos pacientes con tendencia al aislamiento resulta beneficioso la interacción con los otros.
- Presión grupal: la presión de los otros compañeros ayuda a poner límites a aquellos miembros que tienen un pobre control de los impulsos, incluso llegando a anticiparse a los comportamientos impulsivos y ayudándoles a evitarlos.
- Cambios: los cambios son alentados, favorecidos y estimulados, siendo un factor importante de apuntalamiento de la identidad y la autoestima.

La confidencialidad y la privacidad deben quedar reflejadas en la regla del encuadre que presenta el terapeuta. Es muy simple: LO HABLADO EN EL GRUPO QUEDA SIEMPRE «DENTRO DE ÉL».

C. TRATAMIENTOS FAMILIARES

¿Qué importancia tienen los tratamientos familiares?

Como hemos visto en capítulos anteriores el trastorno límite de la personalidad se concibe como un trastorno resultante de la concurrencia de múltiples factores entre los que se destacan el temperamento de la persona, acontecimientos traumáticos de la infancia, así como influencias familiares y del entorno. Especialmente son sensibles al entorno más inmediato y a su vida cotidiana, y por tanto una de las características más destacables de este trastorno es que sus rasgos de carácter y sus síntomas están influenciados por circunstancias externas. Los trabajos realizados con familias de pacientes graves mostraron que era posible intervenir tanto en la manifestación de los síntomas como en el curso de la enfermedad cuando se «educaba» a la familia acerca de las formas de la enfermedad y se intentaba que se modificasen formas de comportamiento frente a la misma. Los clínicos sabemos que convivir con una persona que padece un trastorno de la personalidad resulta difícil y a menudo sobrepasa la capacidad de la familia para poder tener respuestas adecuadas, dada la sobrecarga que implica una vida en constante estrés.

¿Qué tipos de tratamiento familiar existen?

Existe una variedad de intervenciones familiares. En las últimas décadas se ha desarrollado por parte de John Gunderson y colaboradores, experto mundial en este campo, un método de intervención con componentes psicoeducativos (ver guía en apéndice B y C) y una orientación pragmática según la cual las diferentes intervenciones se pueden ir utilizando de acuerdo al momento de la evolución de la enfermedad y adecuada a la gravedad o no de los síntomas.

Las primeras intervenciones van dirigidas a ofrecer asesoramiento y apoyo, creando una relación para futuras intervenciones. Estas primeras fases coinci-

den en general con los primeros contactos en los ámbitos sanitarios. Las familias en general se sienten desbordadas y desconcertadas por las manifestaciones sintomáticas del familiar enfermo. La información que reciben sobre la enfermedad y el apoyo de los clínicos alivia su propia confusión y desconcierto.

¿Qué necesitan las familias?

Según Valery Poor, experta que ha trabajado durante muchos años con la terapia conductual dialéctica, lo que la familia necesita lo resume en cinco puntos:

1. Las familias necesitan que se les hable claro. Esto incluye una descripción del diagnóstico con todas sus facetas, tanto orgánicas, psicológicas, familiares y sociales, ya que el impacto del trastorno en la familia resulta tan confuso como frustrante. En general solicitan también una evaluación realista del pronóstico.
2. Las familias necesitan psicoeducación. Esto comprende ayudarle a componer el rompecabezas que significa para ellos la enfermedad y como los diferentes sistemas interactúan entre sí.
3. Las familias necesitan apoyo. No es posible esperar que una familia pueda por sí sola hacer frente a las dificultades que presenta un trastorno de personalidad. Necesitan una red sanitaria de servicios y conectarse también, no sólo con el personal sanitario, sino con otros familiares que se están enfrentando a dolores, frustraciones y problemas similares de manera que sientan que no son los únicos que enfrentan esos problemas.
4. Las familias necesitan ser escuchadas. Los clínicos, los investigadores, se benefician de escuchar a los miembros de la familia, ya que proveen información de primera mano que sirve tanto para el tratamiento como para abrir nuevas líneas de investigación.
5. Las familias necesitan poder hacer el duelo. Tal vez éste sea uno de los aspectos más importantes del trabajo con las familias. La profunda pena que produce el pensar lo que hubiese podido llegar a ser si no

hubiese enfermado. Esto, en general, barre con las esperanzas y sueños que la familia había depositado en esa persona. Frente a las dificultades y avatares que sufren durante el desarrollo de la enfermedad del familiar, estas familias terminan aislándose. La reunión con otros que enfrentan los mismos problemas y dificultades, así como los modos más saludables de resolver los problemas, infunde esperanzas y es en sí mismo un factor terapéutico inestimable.

¿Qué fases podemos distinguir en el tratamiento?

Existen factores comunes que conectan el distinto abordaje familiar e incluso que pueden secuenciarse según las diferentes fases del tratamiento:

1. La conceptualización relacional: es el proceso de comprender tanto los problemas como las soluciones en términos de interacciones que se producen dentro del sistema. Pensar en sistemas mantiene un foco más abierto que pensar en un individuo.
2. Expandir el tratamiento directo: significa comprometer a personas significativas y encontrar entre todos el llamado «corazón de la familia», la capacidad para producir los cambios que conducen a la curación. De esta manera se asegura la alianza terapéutica y es en sí misma un factor de estabilización. Este factor nos proporciona el apoyo necesario para poder trabajar los problemas y encontrar soluciones preventivas.
3. Alentar la regulación de los comportamientos: fortalecer aquellos comportamientos positivos que producen cambios en el sistema familiar. La regulación de los comportamientos forman parte de una triología de habilidades que se dirige al comportamiento, la cognición y el afecto, lo que las personas hacen, piensan y sienten.
4. Promover el pensar: facilitar la comprensión y razonamiento acerca de los temas relacionados con las dificultades familiares. Encontrar nuevos significados y sentidos a la relación entre ellos. Enfatizar «que la persona no es un problema, que un problema es un problema, algo

a resolver». Promover, entonces, la búsqueda de soluciones novedosas para aquellos comportamientos «saturantes».

5. Apoyar las experiencias emocionales: facilitar la expresión de las emociones en un ambiente seguro de manera tal que sentimiento y pensamiento puedan unirse. Reconocer la necesidad de apego e intimidad junto con la necesidad de crecer que la enfermedad ha interrumpido.
6. Privilegiar la experiencia del paciente y su familia: entrar en detalles de como ellos ven la situación, recoger cada una de las perspectivas, explorar sus explicaciones, sus propios recursos y su propio conocimiento. Trabajar su propia teoría del cambio, cómo debe ocurrir y cómo encaja con nuestra propia teoría. El terapeuta se presenta como un aliado, un facilitador, un colaborador de la familia y ofrece su experiencia y su saber clínicos cuando es apropiado a las circunstancias externas. Los trabajos realizados con familias de pacientes graves mostraron que era posible intervenir tanto sobre la manifestación de los síntomas como en el curso de la enfermedad cuando se «educaba» a la familia acerca de las formas de la enfermedad y se intentaba que modificara formas de comportamiento frente a la misma. Los clínicos sabemos que convivir con una persona que padece un trastorno de la personalidad resulta difícil y a menudo sobrepasa la capacidad de la familia para poder tener respuestas adecuadas, dada la sobrecarga que implica una vida en constante estrés.

CUIDADOS

www.soyborderline.com

Como hemos expuesto en capítulos anteriores, estamos hablando de un trastorno complejo, en cuya aparición pueden intervenir múltiples causas, y en el que, lógicamente, también hay que combinar diferentes tipos de tratamiento (biológicos y psicológicos).

Las personas con trastorno límite de la personalidad, aún teniendo el mismo diagnóstico, son lógicamente diferentes entre sí, no sólo en sus características personales, sino también en la expresión de sus síntomas y en la frecuencia e intensidad de éstos.

Estas diferencias entre pacientes también se pueden observar en un mismo paciente en diferentes momentos o etapas de su vida, o también con las diferentes personas, grupos de personas o instituciones con los que se relacionan a lo largo de su vida.

Esta variabilidad hace que necesariamente haya que particularizar el tratamiento para cada paciente (eso sí, dentro de, unas líneas generales comunes), y para cada situación o momento evolutivo del trastorno en cada uno de los pacientes.

¿Puede haber diferentes dispositivos asistenciales para un mismo trastorno?

En España la atención en salud mental, (al igual que en el resto de las especialidades médicas), se realiza de manera habitual por equipos multidisciplinarios en los que trabajan diferentes profesionales (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc.). A su vez cada uno de estos profesionales puede desarrollar su trabajo en diferentes dispositivos asistenciales, como pueden ser centros de salud mental, unidades de hospitalización, centros de rehabilitación, hospitales de día, etc.

Habitualmente estos dispositivos se sitúan geográficamente en cada una de las áreas o zonas de salud, trabajando los profesionales de cada área en equipo, coordinados entre sí, y a su vez también coordinados con los equi-

pos de atención primaria (médicos de cabecera), y por supuesto con los de otras especialidades cuando se considera necesario.

En ocasiones, algunos dispositivos de salud mental pueden ser compartidos por varias áreas. Existen ahora dispositivos monográficos especializados en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, para aquellos casos de mayor gravedad.

Vayamos ahora a describir los diferentes dispositivos de salud con los que puede entrar en contacto a lo largo de su vida una persona con trastorno límite de personalidad:

¿Puede haber personas que no reciben tratamiento?

Algunas personas quizá no lleguen a contactar nunca con un profesional de la salud mental debido a que ni ellos ni su entorno consideran que puede ser útil recibir ayuda psicológica o farmacológica, o quizás porque han encontrado unas determinadas circunstancias favorables en su vida que han permitido que sus síntomas sean muy leves o se compensen por estar en un ambiente muy contenedor. Por ejemplo, una persona que podría tener un profundo malestar al sentirse solo y/o abandonado, puede haber encontrado una pareja y/o un trabajo que le den una sensación de seguridad, protección y compañía casi continua, por lo que nunca necesita consultar. Esta misma persona al quedarse sin pareja o sin empleo, o bien al variar las circunstancias de su trabajo o de su relación de pareja, puede tener una crisis e intentar suicidarse, iniciándose en este momento las consultas en salud mental.

¿Puede un médico de cabecera tratar un trastorno límite de personalidad?

Algunas personas con rasgos de trastorno límite de la personalidad pueden presentar durante determinados períodos de su vida síntomas menores como insomnio, ansiedad, tristeza, o síntomas psicósomáticos. Muchas de

estas patologías pueden y deben ser tratadas por el médico de atención primaria sin necesidad de recurrir a la atención especializada en salud mental. Sólo cuando aparecen síntomas más importantes, como intentos de suicidio o agresividad hacia las personas del entorno, es cuando se suele hacer la derivación al equipo de salud mental.

¿Los dispositivos asistenciales específicos para alcohol y otras drogas tienen alguna función?

El abuso de alcohol, cocaína, cannabis, etc. puede ser una conducta habitual en los pacientes borderline, aunque al igual que otras conductas impulsivas, no finaliza obligadamente en una adicción. Este consumo suele ser ocultado por los pacientes en un marco terapéutico habitual o por el contrario, puesto en un primer plano. Esta última posibilidad lleva a los pacientes en muchas ocasiones a entrar en contacto con el sistema sanitario a través de estos dispositivos, que pueden valorar de forma equívoca esta sintomatología.

Cuando esta conducta se organiza en una dependencia o adicción al alcohol u otras drogas (heroína y cannabis fundamentalmente), definida por la búsqueda compulsiva de la sustancia, aunque sea claramente una consecuencia del trastorno límite, se debe fijar el foco terapéutico principal en la conducta adictiva, a la que deben dirigirse ingentes y vigorosos esfuerzos por personal especializado en Patología Dual (la concurrencia de una conducta adictiva y una enfermedad mental).

Los dispositivos de drogas con sus programas e ideología dirigidos al drogodependiente, procuran en ocasiones beneficios muy importantes al sujeto borderline, tanto si se conoce este diagnóstico como si lo desconocemos lo que ocurre muy a menudo.

¿Y los grupos como Alcohólicos Anónimos?

Los grupos de autoayuda para dependientes al alcohol y otras drogas como Alcohólicos Anónimos, Alcohólicos Rehabilitados, etc. dan amparo a

pacientes alcohólicos que presentan dependencia o consumos compulsivos episódicos acompañados de violencia y agresividad, aportando en muchas ocasiones beneficios indudables a los sujetos borderline.

¿Cuándo debo acudir al centro de salud mental?

Una gran parte de los pacientes con trastorno límite de personalidad van a seguir por períodos largos de tiempo tratamiento en el centro de salud mental de su zona de residencia, habitualmente con psicofármacos y/o entrevistas psicoterapéuticas de apoyo.

Habitualmente, es el médico de atención primaria, o un profesional del servicio de urgencias del área sanitaria, el que realiza la primera derivación.

Generalmente no se puede acudir directamente al centro de salud mental sin haber sido derivado previamente por otro médico.

¿En qué circunstancias se puede hacer una psicoterapia?

En algunos casos se podrán utilizar técnicas psicoterapéuticas más específicas (especialmente grupales y familiares). En cualquier caso, para seguir cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico reglado es necesario un compromiso del paciente en cuanto a asistencia a las sesiones, puntualidad, sinceridad en cuanto las manifestaciones verbales sobre uno mismo, capacidad de autocrítica y de aceptar las intervenciones del terapeuta, y/o de los compañeros de grupo en caso de terapia grupal, etc. y sobre todo motivación para un cambio personal en la forma de verse uno mismo y de relacionarse con los demás.

Lo mismo podemos decir con respecto a los miembros de una familia que aceptan realizar una terapia familiar.

La oferta de técnicas psicoterapéuticas en el sector público está forzosamente condicionada por la demanda, la lista de espera y la disponibilidad de tiempo de los profesionales. En cualquier caso, la mayoría de las técnicas psicoterapéuticas deben limitarse en el tiempo de duración y en los objetivos

que se pretenden conseguir con ellas, que lógicamente deben ser proporcionados, realistas, y adaptados a las peculiaridades individuales de cada caso.

¿Cuándo y cómo se deben utilizar otros dispositivos?

En algunos casos podría ser necesaria la utilización por un tiempo determinado de otros dispositivos asistenciales existentes en el área de residencia del paciente, como, por ejemplo, unidades de hospitalización, servicio de urgencias psiquiátricas del área, hospital de día y/o centro de día, centro de rehabilitación psicosocial, unidades de rehabilitación y mini residencia.

Salvo situaciones de urgencias inmediatas, la utilización de estos dispositivos debería ser indicada siempre que sea posible por el terapeuta responsable del tratamiento del paciente en el centro de salud mental. Para que estas medidas terapéuticas sean eficaces es imprescindible el acuerdo y la motivación del paciente para su utilización.

¿Se deben realizar ingresos involuntarios?

Sólo en casos extremos estaría justificada la hospitalización involuntaria de pacientes con trastorno límite de personalidad, y únicamente por el tiempo mínimo imprescindible para que cesen los síntomas que dieron lugar al ingreso.

Las agresiones a terceras personas, cuando suponen una infracción de las normas legales vigentes, deben ser valoradas cuidadosamente en cada caso, en el sentido de que muchas veces no es conveniente eximir al paciente de responsabilidad legal, ya que esto puede generar a largo plazo una perpetuación de tales conductas.

Desde luego, no es incompatible recibir un tratamiento y al mismo tiempo ser considerado legalmente responsable de sus actos. En cualquier caso, las posibles responsabilidades legales deberían ser determinadas por un juez con asistencia de peritos.

La función de perito debería ser incompatible con la del terapeuta de un mismo paciente, sin perjuicio de que el terapeuta, a petición del juez, pueda emitir un informe sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente.

¿Cuándo está indicada la hospitalización psiquiátrica?

Con independencia de estas consideraciones legales, en algunos casos, y ante algunas conductas, podría estar indicada la hospitalización por el tiempo mínimo necesario para que mejoren estas conductas.

La hospitalización debe ser indicada siempre por un profesional de salud mental (a ser posible el que trata habitualmente al paciente). En casos de urgencia inmediata, la indicación la haría el psiquiatra de guardia del área de residencia del paciente.

Hay que evitar, siempre que sea posible, que el paciente utilice el ingreso hospitalario o el alta como chantaje emocional frente a terceras personas, ya sean familiares o profesionales. No se ha demostrado que los ingresos largos sirvan para cambiar a los pacientes o solucionar los graves problemas que presentan las personas con trastorno límite de la personalidad.

Hay un consenso entre la mayoría de los profesionales en que se deben evitar los ingresos de estos pacientes siempre que sea posible.

Algunos pacientes, en determinadas épocas de su vida, presentan situaciones de crisis, desencadenadas por factores internos y/o externos. Esto puede generar durante un tiempo determinado (generalmente varias semanas o varios meses) frecuentes y repetidos ingresos breves en unidades de hospitalización.

En cualquier caso, pasados los momentos o días de urgencia, y tras el alta, el paciente, debería continuar tratamiento con el terapeuta asignado en el servicio de salud mental, correspondiente a su área de residencia.

¿Qué es el hospital de día?

El hospital de día es un dispositivo asistencial, que está empezando a desarrollarse recientemente en algunas áreas de salud mental. En otras áreas existe desde hace varios años, en algunos casos compartidos por varias áreas.

Puede ser un dispositivo adecuado para el tratamiento de algunos casos de trastorno límite de la personalidad en algunos momentos con-

cretos. Como todos los dispositivos, tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones.

Es un centro al que los pacientes acuden varias horas al día, durante varios días por semana. El número de plazas es limitado (entre 15 y 30), y la estancia suele estar limitada en el tiempo alrededor de unos meses en la mayoría de las ocasiones. La duración media de la estancia se establece para cada área de acuerdo con los objetivos propuestos para cada paciente, en este recurso, la demanda asistencial y el resto de recursos terapéuticos existentes en el área.

¿Cuándo se debe utilizar el hospital de día?

Dado que el trastorno límite de personalidad es un cuadro de larga evolución, el tratamiento en el hospital de día es sólo una etapa, dentro de un proceso terapéutico mucho más largo que empieza antes de la derivación y continúa después de ella.

Un paciente que no tenga historia clínica previa y lleve un tiempo mínimo en tratamiento en el centro de salud mental, no puede acudir a tratamiento directamente a este dispositivo, ya que debe ser derivado por un profesional del equipo de Salud Mental.

No se puede hacer una derivación de urgencia, pues no es una unidad de urgencias.

¿En qué pacientes está indicado el hospital de día?

El hospital de día no está indicado para todos los pacientes con trastorno límite de la personalidad y, además, habría que elegir cuidadosamente el momento de la derivación.

Las indicaciones de tratamiento en hospital de día pueden ser ligeramente diferentes en cada área de salud, de acuerdo con el programa terapéutico existente en esa área, y también en coordinación con el resto de los recursos sanitarios y sociales disponibles, y en todo caso, deben establecerse por el equipo de Salud Mental de cada área.

Habitualmente los pacientes deberían reunir unos requisitos mínimos para ser derivados a un hospital de día:

1. Disponibilidad de tiempo y posibilidad real de acudir al centro dentro del horario de actividades establecido.
2. El tratamiento tiene que ser totalmente voluntario, y el paciente tiene que tener motivación para el cambio.
3. Tiene que haber un compromiso de asistencia y de respeto a las normas del centro.

¿Por qué son necesarias las normas?

El tratamiento en hospital de día es sobre todo un tratamiento grupal, que se basa en la realización de diversas terapias y actividades grupales, coordinadas por uno o varios profesionales del equipo terapéutico del hospital de día (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, etc.) con el objetivo de crear un «ambiente terapéutico». Con este término queremos decir que las relaciones establecidas dentro del dispositivo tienen un objetivo terapéutico (tanto las establecidas entre pacientes y personal sanitario, como la que establecen los pacientes entre sí).

En resumen, se trata de conseguir un medio que propicie una libertad y facilidad para la expresión verbal de los propios problemas y de los problemas interpersonales que surjan de la convivencia entre pacientes y de estos con el equipo terapéutico. Se requiere también tolerancia y capacidad para escuchar los problemas de los demás, y por supuesto (y esto es importante) capacidad de tolerar los comentarios que puedan hacer las demás (pacientes y terapeutas) sobre la propia conducta y/o el modo de relacionarse con disposición a poder cambiar algunas de estas pautas, que pueden ser disfuncionales, y causar problemas en las relaciones interpersonales.

Para crear este ambiente de mutuo respeto, tolerancia, comprensión, y disponibilidad para el cambio, se necesitan unas reglas de juego comunes respetadas por todos.

¿Cuáles son las normas habituales en los hospitales de día?

Estas normas suelen ser elaboradas por el equipo terapéutico de cada centro. Aunque puede haber matices diferenciales entre las normas de diferentes hospitales de día, habitualmente se centran en evitar el consumo de drogas y alcohol durante el tratamiento, prohibir las agresiones entre pacientes, y de éstos hacia el personal sanitario, y propiciar un respeto mutuo en las relaciones de los pacientes entre si y de éstos con el personal sanitario.

La ruptura de esas normas podría ser motivo de interrupción del tratamiento, si así lo considerara oportuno el equipo terapéutico responsable.

¿Puede estar contraindicado el hospital de día como tratamiento?

En algunos casos sí, sobre todo cuando un paciente no puede soportar el esfuerzo psicológico que supone este tratamiento, o cuando su funcionamiento es demasiado disruptivo, no adaptándose a las normas grupales, e interfiriendo con el tratamiento de los demás.

Estas situaciones deberán ser valoradas en cada caso por los profesionales responsables del tratamiento.

¿Puede crear problemas el tratamiento en el hospital de día?

Si bien el tratamiento en un hospital de día puede ayudar a un determinado número de personas con trastorno límite de la personalidad, en algunos casos también pueden producirse complicaciones que hay que tener en cuenta para poder manejarlas adecuadamente:

- Es posible que algunos pacientes utilicen el dispositivo como una especie de club social, donde hacer amigos, olvidando el objetivo fundamental del tratamiento.
- En pacientes fácilmente sugestionables, hay disponible un amplio abanico de modelos patológicos para imitar, lo cual, puede hacer que acaben presentando síntomas que no tenían previamente.

- En algunos casos se puede producir un empeoramiento de los síntomas en el momento del alta, como forma inconsciente de evitarla, en base a la percepción de que se recibe una mayor atención en el hospital de día que en el centro de salud mental.

¿Pueden ser útiles las Unidades de Rehabilitación y mini-residencias para el tratamiento de este trastorno?

Existen otros dispositivos como las Unidades de Rehabilitación o las mini-residencias. En ambas un paciente psiquiátrico puede estar ingresado un periodo de tiempo más largo (generalmente varios meses).

Las Unidades de Rehabilitación han sido diseñadas fundamentalmente para el tratamiento de pacientes psicóticos. En ellas existe personal sanitario (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, etc.) y se suele establecer un programa individualizado de rehabilitación para cada paciente.

Es difícil que un paciente con trastorno límite de la personalidad se pueda adaptar a estos programas de rehabilitación, diseñados en principio para personas con trastornos psicóticos graves, y en muchos casos con importantes deterioros cognitivos y alteraciones de la percepción e interpretación de la realidad.

A pesar de esta inadecuación entre los programas terapéuticos y la psicopatología, en los últimos años se están produciendo ingresos de pacientes con trastorno límite de la personalidad en estas unidades, ante la falta de otros recursos específicos, en pacientes con graves dificultades de convivencia en su medio habitual, y que no han conseguido estabilizar sus síntomas con otros tratamientos previos.

Lo mismo podríamos decir de las mini-residencias, aunque en este caso, al no disponer de personal sanitario específico, se trata de un recurso social exclusivamente residencial, y que requiere que el paciente siga su tratamiento en otro dispositivo de la red asistencial (habitualmente el centro de salud mental) y en caso de descompensación o crisis sea atendido en el servicio de urgencias psiquiátricas más cercano a la residencia.

Para estos ingresos en una mini-residencia o Unidad de Rehabilitación, es imprescindible haber sido derivado por un profesional del servicio de salud mental correspondiente, después de una evaluación del caso, y haber tenido en cuenta las ventajas e inconvenientes de la utilización de este dispositivo.

Es imprescindible la aceptación voluntaria del paciente y la capacidad para respetar las normas del dispositivo.

¿Qué es la comunidad terapéutica (CT)?

Últimamente se está procediendo a la puesta en funcionamiento de unidades de internamiento específicas para trastorno de la personalidad, basadas en los principios de la comunidad terapéutica.

Dichas unidades, en régimen de internamiento y con estrategias terapéuticas determinadas basadas en los principios de la CT pueden ser muy útiles en un periodo de tratamiento cuando la gravedad y las características del proceso lo requiera. Esta hospitalización, tanto a la hora del ingreso como del alta, debe estar estrechamente conectada al Centro de Salud Mental, como un recurso más, diferenciado, en el sistema de seguimiento de estos pacientes.

Estos principios se basan en la participación de los pacientes en las decisiones de la unidad, la tolerancia a las conductas de los otros y también a las reacciones de los demás a la propia conducta (cómo es visto nuestro comportamiento por los demás), y la capacidad de compartir pensamientos y sentimientos íntimos en las diferentes actividades grupales que se desarrollan en la unidad.

Para desarrollar este ambiente terapéutico son necesarias unas normas que deben ser aceptadas voluntariamente por los pacientes que estén en ese momento en el dispositivo. Tiene muchos aspectos similares al hospital de día, pero con un funcionamiento de 24 horas al día.

Un paciente que no acepte o no cumpla estas normas, no puede recibir tratamiento en un centro basado en los principios de la comunidad terapéutica.

En cualquier caso, la derivación a este dispositivo no se puede hacer por vía urgente, y tiene que ser indicada por el profesional responsable del tratamiento en el centro de salud mental.

¿Existe algún dispositivo asistencial o algún tratamiento que solucione todos los problemas de los pacientes con trastorno límite de personalidad?

El tratamiento del trastorno límite de la personalidad es un proceso complejo y de larga duración. En algunos casos los pacientes pueden permanecer compensados en su sintomatología sin recibir tratamiento específico, o sólo con el apoyo farmacológico del médico de atención primaria.

La mayor parte del tiempo, el tratamiento se realizará en el centro de salud mental, pero en algunos momentos puede ser necesario la intervención de otros dispositivos y otros profesionales.

Este proceso debe ser coordinado y no fragmentado, de forma que el tratamiento en un dispositivo sea la continuación del tratamiento en otro.

La situación ideal sería que la utilización de alguno de estos dispositivos fuese decidida por el terapeuta responsable del centro de salud mental (psiquiatra o psicólogo) salvo situaciones imprevistas de urgencia, que deberán ser tratadas por el psiquiatra de guardia.

No olvidemos, no obstante, que debido a la especial patología de estos pacientes muchas veces se provoca -de forma inconsciente- una urgencia, para boicotear una decisión terapéutica tomada previamente.

En esta continuidad de cuidados que debemos seguir a lo largo del proceso de tratamiento, no debemos olvidar nunca la importancia de la colaboración de la familia con los profesionales responsables del caso.

COMO ACTUAR

www.soyborderline.com

¿Cómo es la convivencia familiar con un paciente con trastorno borderline?

Vivir con un familiar con trastorno borderline no es tarea fácil y puede convertirse en una carga mayor que la de asumir el cuidado de un familiar con una enfermedad física grave. Los familiares suelen expresar con frecuencia sentimientos de:

- Ansiedad y miedo, especialmente ante las conductas más arriesgadas que entrañan peligro físico real o ante los comportamientos autodestructivos.
- Rabia, en respuesta a los roces que surgen en la convivencia diaria (p. ej., en respuesta a ataques de ira de los pacientes o las acusaciones o recriminaciones frecuentes).
- Estigma/aislamiento, cuando los familiares viven por y para el familiar que presenta el trastorno, intentando resolver crisis tras crisis, abandonando amigos y relaciones sociales.
- Duelo. Los pacientes con trastorno límite son personas con dificultades para adaptarse y presentar buenos niveles de funcionamiento psicosocial. Sin embargo, estas dificultades no son aparentes o fácilmente observables. Por el contrario, en muchos casos son personas con grandes habilidades, recursos, inteligencia y atributos positivos. Sus déficits no son fácilmente apreciables y se manifiestan sólo en determinadas circunstancias. Por este motivo, a sus familiares y personas allegadas les cuesta llegar a reconocer estos «déficits emocionales» y comprender que han de renunciar a muchas de las expectativas que para sus hijos se habían creado (p. ej., terminar una carrera universitaria, fundar una familia, etc.). Estas reacciones de duelo pueden expresarse de muy diversas formas (rabia, tristeza, incompreensión, etc.).

En nuestra experiencia, los familiares de los pacientes con trastorno borderline llegan a la consulta cansados y muy escépticos y, a menudo, sus contactos con los servicios de salud mental resultan frustrantes. Esto se

debe en parte a las dificultades que el propio trastorno entraña, sobre todo, dificultades en el establecimiento de un diagnóstico y en el tratamiento. También puede ocurrir que tanto los familiares como los pacientes esperen de los profesionales unas intervenciones cuyos efectos sean rápidos y alcanzables sin grandes esfuerzos; sin embargo, los tratamientos del trastorno límite son complejos y sus frutos tardíos.

¿Cómo se comunican los pacientes con trastorno borderline?

Su estilo comunicativo podría ser calificado de excesivo y dramático y muy a menudo indirecto, lo que hace especialmente difícil sus relaciones interpersonales. Los problemas de comunicación son, después de los comportamientos autodestructivos, los problemas más complicados con los que han de enfrentarse en su convivencia diaria los familiares y allegados de los pacientes con trastorno borderline. En nuestra opinión, las formas de respuesta de los familiares a las comunicaciones de los pacientes con trastorno límite o a sus comportamientos influirán en el curso del trastorno y en su manifestación. Aprender a comunicar será, pues, un medio de colaborar en el tratamiento y contribuirá a que el pronóstico sea más o menos favorable.

¿Cómo es una crisis?

Las crisis que caracterizan las vidas de los pacientes con trastorno borderline no son tan imprevisibles como pudiera parecer a primera vista. Suelen responder a dificultades surgidas en las relaciones interpersonales o a situaciones en las que éstos han de comportarse de forma autónoma o asumir mayores niveles de responsabilidad (por ejemplo, una entrevista de trabajo). Conocer las especiales sensibilidades de estos pacientes y, por tanto, las situaciones que les generan tensión ayudarán a anticipar las crisis y, de esta manera, evitarlas.

Las situaciones críticas a menudo son formas de comunicar el malestar interno y formas indirectas de pedir ayuda del entorno.

¿Cómo prevenir las?

Los pacientes con trastorno límite son especialmente sensibles y reactivos a todas aquellas situaciones cargadas emocionalmente. Uno de los mejores modos de evitarlas es procurando mantener un ambiente familiar lo más relajado y tranquilo como sea posible. Para ello es conveniente utilizar formas de comunicación neutras y sencillas.

Muy a menudo, en nuestro intento de animar o reforzar a nuestros familiares, utilizamos frases alentadoras como ¡tú puedes hacerlo! o expresiones de admiración cuando hacen algo bien, muy enfáticas o exageradas. Contrariamente a lo que cabría esperar, estas frases de aliento pueden generarles tensión pues, para ellos, llevan el mensaje implícito «tú puedes hacerlo» «no nos necesitas» lo que desencadena el temor al abandono y, en consecuencia, la posibilidad de que se precipite una crisis. Por este motivo, es muy importante que cuando deseemos expresar nuestra alegría o alentar a nuestro familiar lo hagamos de forma modulada. Lo mismo es aplicable en la situación contraria, cuando hemos de expresar nuestro disgusto o malestar. En estas situaciones debemos procurar usar un tono neutro.

Cuando la tormenta está aquí: ¿qué hacer?

Cuando las cosas se ponen difíciles una reacción habitual es «querer salir corriendo» o el típico «tierra trágame». Muy a nuestro pesar, sin embargo, la mejor forma de resolver las situaciones críticas es «plantándoles cara». En estos casos conviene prestar atención y tratar de mantener la calma.

Los que conviven con pacientes con trastorno límite saben que a menudo manifiestan ataques de ira en los que acusan, recriminan o critican intensamente. En estas situaciones los familiares quieren defenderse, clarificar los malentendidos o expresar la injusticia de la situación. Por difícil que pueda resultar, la forma más beneficiosa de resolver estos momentos de tensión es evitando ponernos a la defensiva. Por muy injusto que nos parezca es mejor no decir nada en el momento, permitir que nos ataquen y admitir la parte de realidad que existe en la crítica (casi siempre suele haberla) que

nos hace. Es fundamental dar indicios de que se está escuchando con frases tales como «lamento mucho que te sientas así o que pienses eso» o «lo sé».

Una de las habilidades de comunicación que los familiares de los pacientes con trastorno borderline han de mejorar para intentar canalizar las crisis y conflictos es la ESCUCHA, especialmente la de los sentimientos negativos tales como el miedo, los sentimientos de soledad, de incomprensión o de inadecuación. Es mejor «hablar» que «actuar» los sentimientos negativos. Todos necesitamos que se nos escuche cuando nos sentimos mal; el saber nos escuchados nos calma y reconforta. Pero escuchar bien es una tarea difícil y que requiere entrenamiento. En ocasiones, cuando alguien nos expresa su malestar, intentamos mejorar las cosas con intervenciones aclaratorias como «eso no es así» o «no es para tanto». Estos comentarios pueden tener un efecto contraproducente pues pueden dar la impresión de que no estamos comprendiendo o estamos quitando importancia a dicho malestar. Otras veces, queremos «hacer algo» para que esta persona se sienta mejor, lo que no revierte en un beneficio tampoco. En realidad, lo mejor que podemos hacer en estas circunstancias es PRESTAR ATENCIÓN, ESCUCHAR Y DAR INDICIOS DE QUE ESTAMOS COMPRENDIENDO EL MENSAJE QUE SE NOS CONFÍA.

¿Qué trascendencia tienen las conductas suicidas para los pacientes y sus familias?

Los comportamientos y conductas suicidas son muy frecuentes en los pacientes con trastorno límite. Tanto es así que constituyen uno de los «síntomas» que se usan como diagnóstico en la clínica. Aunque no todos los pacientes con trastorno borderline los presentan, su frecuencia y el hecho de que cuando aparecen su presencia sea ineludible, hace que se haya llegado a considerar la «especialidad conductual» de estos pacientes. Existen datos que apuntan a que alrededor de un 67-76% de los pacientes con trastorno límite tienen historias de, al menos, un intento de suicidio en su vida. Aquí hay que distinguir entre intento real y gesto suicida con otras finalidades, como la llamada de atención. Así, la intención real en la mayoría de estos in-

tentos autolíticos es cuestionable pues en muchos casos el riesgo real es bajo o la posibilidad de ser rescatado/a alta («controlado»). Sin embargo, conviene tener presente que hasta un 9% de pacientes con trastorno borderline consuman finalmente el suicidio, una cifra próxima a la de los pacientes con esquizofrenia o depresión.

Los comportamientos autodestructivos y conductas suicidas son, de entre todas las características de los pacientes con trastorno límite, los que inducen reacciones emocionales más intensas en los que conviven con ellos y también en los profesionales que los tratan. Por este motivo, hemos creído importante dedicar un apartado específico a los mismos. En nuestra experiencia, ésta es una de las mayores preocupaciones de los familiares cuando se les pregunta. La posibilidad de que el paciente se dañe a sí mismo y en el caso más extremo, pudiera suicidarse, genera gran angustia y terror a sus familiares, lo que supone una carga insoportable para ellos. Con el tiempo, cuando esta amenaza es constante y como la mayoría de los comportamientos autodestructivos no tienen como objetivo morir, los familiares pueden dejar de tomárselos en serio.

¿Existen otras formas de comportamientos autodestructivos?

Los comportamientos autodestructivos pueden incluir: cortes, quemaduras, golpes, etc. Otras formas de comportamientos autodestructivos no son intencionales o son indirectos, nos referimos a los actos impulsivos (p. ej., conducción temeraria), al abuso de sustancias, o a otras formas de daño auto-infligido, como los trastornos de la alimentación (anorexia, conductas bulímicas).

¿Qué motivaciones puede haber para estos comportamientos?

Los comportamientos autodestructivos pueden ser clasificados en base a las funciones que cumplen, que a menudo son varias:

- a) Comunicación de malestar. Generalmente estos actos tienen lugar cuando el paciente siente el peligro de perder a alguien importante

para ellos (por ejemplo, cuando un terapeuta termina el tratamiento o se va de vacaciones, los padres salen de viaje, ruptura de una relación sentimental etc.).

Estos gestos suelen ser formas de reclamar la atención y al mismo tiempo una forma de protesta rabiosa por la inatención o abandono. Terminan provocando intensos sentimientos en los demás, generalmente sentimientos de culpa, y una respuesta específica por parte de la otra persona. En realidad, estos comportamientos son formas desadaptativas de aliviar sentimientos intolerables de soledad y abandono y establecer algún tipo, por patológico que sea, de conexión con los otros.

- b) Alivio de sentimientos dolorosos. Los pacientes con trastorno borderline experimentan emociones de forma muy intensa y, ante situaciones que para otros pueden ser nimias, ellos se sienten desbordados y aterrorizados. En ocasiones, los comportamientos autodestructivos no son más que un intento de «quitarse de en medio» o «dejar de sentir dolor». Otras veces, los pacientes tratan de recobrar el sentido de la realidad perdido (experiencias de desconexión de la realidad en forma de sentimientos de «no estar vivo» u otros sentimientos de culpabilidad). En estos casos, el dolor o sensación física les permite regresar a un estado de conciencia normal, lo que es experimentado con sensación de alivio. Además, existen datos que indican que los cortes estimulan la liberación de endorfinas, lo que explica la sensación placentera y el carácter repetitivo de los mismos.

¿Qué pueden hacer los familiares frente estas situaciones?

Cuando ocurran los comportamientos autodestructivos los familiares pueden seguir estas sugerencias:

- 1 No ignorar estos actos. Es necesario responder. Estas respuestas deben mostrar preocupación, ya que ignorar puede conllevar a una escalada de las mismas. Deben expresar sus miedos al paciente y

no dejarse calmar fácilmente con negaciones (un ejemplo: cuando encuentran restos de sangre, o cuchillas de afeitar en la mesilla de noche, botellas de alcohol vacías, etc.). La familia debe entender estos gestos como un «grito de socorro». Deben asegurarse que otros miembros de la familia están al tanto, y tratar el tema conjuntamente. Deben informar a los profesionales, incluso cuando el paciente les quite importancia.

- 2 La familia debe aprender a prestar atención al paciente no solamente en momentos de crisis y cuando aparecen estas conductas. Esto sólo refuerza y mantiene estas formas de expresión de emociones inadecuadas.
- 3 La familia debe escuchar cual es el problema subyacente. El primer paso para reducir la posibilidad de que una amenaza se siga de una materialización de la misma es invitar al paciente a expresar los sentimientos que se ocultan «detrás del síntoma» (por ejemplo, sentimientos de rabia) y escucharlos atentamente.
- 4 Reconocimiento y validación. Después de escuchar, la familia tiene que dar una señal de que se reconocen dichos sentimientos. No es necesario admitir o negar acusaciones cuando éstas tienen lugar, tampoco dar muestras de simpatía o comentarios como «eso no es nada», «ya verás cómo se pasa» o «tú puedes intentarlo». Como hemos indicado anteriormente, estos comentarios no reconocen el grado de malestar emocional del paciente y son percibidos como rechazo o abandono.
- 5 Los familiares no deben asumir la responsabilidad. Siempre que haya signos de que existe riesgo se debe informar a un profesional. El riesgo de suicidio no puede ser evaluado, monitorizado o proveniente en la familia.

¿Cómo se pueden afrontar los problemas?

No es fácil para los pacientes con trastorno límite tomar decisiones, actuar de forma independiente y a la vez responsable y saber como y cuándo pedir ayuda. La toma de decisiones es un proceso difícil que requiere que la persona pueda pararse a pensar y sopesar pros y contras. Como sabemos, los pac

tes con trastorno borderline se caracterizan por tener una gran impulsividad y sobre todo ser «muy intensos y emocionales». De forma coloquial podríamos decir que les cuesta «mantener la cabeza fría», lo que les conduce a tomar decisiones precipitadas y llevadas por impulsos o «deseos del corazón».

Por otra parte, el temor a la soledad y a ser abandonados que les caracteriza suele determinar que cuando toman decisiones independientes y responsables (por ejemplo, conseguir un trabajo), lo que supone un paso adelante en el proceso de autonomía, se sientan invadidos por un intenso sentimiento de inseguridad y en ocasiones de pánico. Una reacción «sensata» o saludable que cabría esperar en cualquier persona ante el miedo e inseguridad sería la de apoyarse en los seres queridos para la resolución de los dilemas y pedir consejo a las personas que nos aprecian y estiman. No obstante, esto es un asunto problemático para los pacientes con trastorno límite porque cada vez que acuden a otros en busca de ayuda ven peligrar su sentimiento de independencia y su ya maltrecha autoestima se viene abajo aún más, pues el pedir ayuda los hace sentir más «pequeños» e inadecuados.

En resumen, cuando un paciente con trastorno borderline tiene un problema o dilema suele:

- actuar impulsivamente y/o emocional mente;
- actuar por su cuenta o pedir ayuda o asesoramiento a extraños;
- cuando piden ayuda, lo hacen a «hechos consumados» y muy habitualmente, cuando las cosas se han puesto muy difíciles;
- en esos casos su petición de ayuda vendrá precedida de una recriminación (recuerda que para ellos es muy conflictivo pedir ayuda) y el deseo que subyace es «ser rescatado» de la situación;
- cuando se le ofrece soluciones éstas son descartadas y rechazadas (en el mejor de los casos) o terminarán haciendo lo opuesto a lo que se le ha aconsejado (en el peor de los casos).

Cuántas veces os encontráis exclamando: "¡es que no se deja aconsejar!", "¡hace lo que le da la gana sin consultar con nadie!", "¡es que no le importa nada ni nadie!", "¡es que no piensa en las consecuencias!".

En definitiva, ayudar a vuestro familiar a resolver problemas que se le van presentando en la vida no es tarea fácil. En su guía para las familias, Gunderson y Berkowitz sugieren que se cumplan las siguientes premisas:

- 1 Afronta la resolución de problemas con un talante de cooperación y procurando evitar las incoherencias. Los miembros de la familia deben actuar de acuerdo los unos con los otros para así evitar conflictos. Cuando se alcancen acuerdos acerca de cómo ha de afrontarse una situación-problema, debemos procurar que todas las personas implicadas estén en condiciones de cumplirlos.
- 2 Implica a tu familiar con el diagnóstico de trastorno borderline a la hora de identificar lo que necesita hacerse para solucionar el problema.
- 3 Pregúntale si él o ella pueden hacerlo por sí mismos.
- 4 Pregúntale a ese familiar sí quiere que lo ayudes a hacer lo que precisa hacerse.

Al final de la guía adjuntamos tres apéndices, A, B y C que, mediante ejemplos concretos, aclaran algunas estrategias eficaces en la comunicación. En particular, hemos seleccionado cómo confrontar y afrontar un comportamiento inaceptable, cómo mantener conversaciones cuando la persona muestra una elevada emocionalidad en su conducta y unas pautas para familias. En nuestra experiencia todas resultan especialmente útiles.



APÉNDICES

www.soyborderline.com



APÉNDICE A

GUÍA PARA CONFRONTAR UN COMPORTAMIENTO INACEPTABLE

Cuando los miembros de una familia viven juntos, las situaciones conflictivas, es decir aquellas en las que se contraponen los intereses y deseos de unos y de otros, son inevitables y las confrontaciones necesarias. Al hablar de CONFRONTACIÓN nos referimos al hecho de llamar la atención de alguien acerca de un asunto o comportamiento que no quieren afrontar.

A menudo tratamos de mantener un ambiente familiar tranquilo, «haciendo la vista gorda» y evitando las situaciones conflictivas. Sin embargo, los conflictos que se suprimen no desaparecen. La rabia y el resentimiento que los acompañan, suelen encontrar otras formas de expresión tales como un tono de voz desagradable, o el molestarse por cosas pequeñas y sin importancia, cosas que aparentemente no están relacionadas con el conflicto inicial.

Por este motivo, es mejor afrontar los conflictos de una forma directa y en el momento apropiado. Lo haremos respetando los sentimientos de todos aquellos que estén implicados, sin criticar ni insultar.

Una confrontación tranquila y calmada, puede conseguirse en tres pasos. Esto es una breve guía en la que describiremos estos tres pasos de forma ordenada.

PRIMER PASO: DESCRIBE EL COMPORTAMIENTO que ha desencadenado el conflicto. Es mejor hacer comentarios concretos acerca del comportamiento en cuestión que hacer comentarios generales acerca de esa persona o de su carácter (p. ej., eres un...). Normalmente estos últimos se perciben cómo insultos. Tienden a hacer daño y por tanto, hacen que suba el nivel de tensión y que la otra persona se ponga a la defensiva.

Ejemplos:

Di: *Te quedaste toda la noche en la calle y no me llamaste para decirme que planeabas hacerlo*

- NO DIGAS: *Eres un irresponsable! ...*

Di: *Has insultado a tu hermana*

- NO DIGAS: *Eres malo con tu hermana*

SEGUNDO PASO: DILE A LA OTRA PERSONA COMO TE SIENTES a consecuencia de este comportamiento. Utiliza una frase «Me siento o estoy ...». Ten cuidado cuando describas lo que has sentido y vivido. Es importante evitar ser crítico y evitar comentarios generales acerca de esa persona o su carácter.

Es cierto que al expresar nuestros sentimientos podemos decir verdades que duelen cuando se escuchan.

Ejemplos:

DI: Estaba preocupado porque no sabía nada de ti

• NO DIGAS: *Sentí que eres un irresponsable por no llamar*

DI: *Me sentí rabioso y enfadado cuando insultaste a tu hermana*

• NO DIGAS: *Eres un desconsiderado por insultar a tu hermana*

TERCER PASO: EXPLICA QUÉ CAMBIO DE COMPORTAMIENTO TE GUSTARÍA VER.

Usa un tono positivo. Es muy importante ser concreto y claro al explicar el cambio que nos gustaría ver. Muchas veces el que habla puede tener una idea muy clara de como se puede resolver el conflicto, y asumir entonces que le va a ser evidente u obvio al que escucha sin necesidad de explicárselo con detalle. Sin embargo, la otra persona puede no tener la misma idea en su mente. Habrá menos posibilidades de que ésta cambie como nosotros queremos si lo que le pedimos no está claro.

De nuevo es importante tener cuidado y evitar comentarios generales acerca de esa persona. Cuando el otro no siente que lo estamos criticando es más proclive a aceptar la confrontación y a que cambie su comportamiento.

Ejemplos:

DI: *Me gustaría que me avisases cuando vayas a quedarte más tarde de las 2 de la madrugada*

• NO DIGAS: *Me gustaría que fueses más considerado y me tuvieses más en cuenta o Me gustaría que fueses más responsable*

DI: *Cuando estés enfadado con tu hermana, por favor habla con ella e intenta arreglarlo, pero no la insultes*

• NO DIGAS: *Deja de abusar de tu hermana*

Ahora que hemos identificado los tres componentes de una confrontación calmada y efectiva, lo siguiente será aprender a ordenar los pasos, de tal manera que causen un mejor efecto y no tengan un impacto negativo o amenazante.

Lo mejor es empezar con el paso número 2, y explicar cómo se ha sentido uno antes de describir qué es lo que te ha mostrado o disgustado (paso 1). Al final pondremos el paso número 3, en el que explicaremos el cambio que nos gustaría ver. De todas maneras esto no es una regla fija, a veces es mejor comenzar describiendo el comportamiento que nos ha molestado, escuchar la otra parte, la de la otra persona, y luego decir como nos hemos sentido.

DI: *Me preocupé cuando pasaste toda la noche fuera y no llamaste a casa. En el futuro, por favor llama para avisarme cuando vayas a llegar más tarde de las 2.*

Por otra parte, a veces puedes preferir esperar y escuchar antes de expresar tus sentimientos. En algunas ocasiones, un comportamiento puede sentarte mal y hacerte sentir rabioso o enfadado al principio, pero luego puede parecerte comprensible cuando escuchas la explicación.

ÚLTIMO PASO. Es el más importante: Cada vez que alguien muestre un cambio de comportamiento como consecuencia de una confrontación: ¡DALE LAS GRACIAS Y MUÉSTRALE TU RECONOCIMIENTO INMEDIATAMENTE!

www.soyborderline.com

Realizado por Cynthia Berkowitz y Dr. John Gunderson y traducido por Dra. Ana Ruiz Sancho del «Psychosocial Research Department» del Hospital McLean (Universidad de Harvard, Boston).

APÉNDICE B

GUÍA PARA CONVERSACIONES* «CARGADAS EMOCIONALMENTE»

I. ABSORBER:

Una de las cosas que puedes hacer para mantener una atmósfera «fresca» y calmada, es absorber la carga de sus emociones.

Imagen: LA ESPONJA

Algunos materiales sufren daño o requieren tiempo para secarse cuando se mojan. Las esponjas no; una esponja puede absorber líquidos fácilmente sin que esto la transforme ni pierda sus características. Ser una esponja, que puede absorber gran cantidad de líquido en relación a su masa y que se renueva rápidamente tan pronto se la estruja; eso es lo que te pedimos.

II. QUIETUD:

Algunas veces, es preciso expresar una actitud cariñosa y preocupada pero no ponder activamente (no hacer nada más). Es necesario entonces esperar a que las emociones terminen por diluirse.

Imagen: LA PELOTA QUE BOTA

Una pelota de baloncesto en juego, bota, se pasa de unos jugadores a otros y continúa moviéndose con los contra-pases del equipo contrario. Sin embargo, si la meta es conseguir que la pelota cese en su movimiento y se quede quieta, es contraproducente continuar golpeándola pues no importa lo habilidoso que se sea manejándola, lo único que se consigue es que persista en su movimiento. Para parar una pelota, uno puede simplemente estar quieto y esperar que vayan enlenteciéndose sus movimientos: la pelota irá botando cada vez con menos energía y finalmente terminará parándose por sí misma.

* Del «Psychosocial Research Program», del Hospital Mc Lean (Harvard Medical School), dirigido por Dr. J. G. Gunderson. Traducido por Dra. Ana Ruiz Sancho.

APÉNDICE C

PAUTAS FAMILIARES PARA PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD*. SÍNTESIS DEL PROGRAMA GRUPAL FAMILIAR MÚLTIPLE

Objetivos a ser considerados por la familia:

VAYA DESPACIO

1. Recuerde que el cambio es difícil de lograr y está repleto de temores.

Sea cuidadoso al sugerir que se ha hecho un «gran» progreso o que «puede hacerlo».

El progreso evoca miedo al abandono, al cual temen. Su respuesta al miedo es la recaída, las cuales pueden forzar a los del entorno a asumir responsabilidad a través de medidas protectoras, como, por ejemplo, la hospitalización. Una vez hospitalizada, la persona ha retornado a un estado regresivo, en el que no tiene responsabilidades y el resto se ocupa de él.

Cuando aparecen los síntomas de progreso, los familiares pueden reducir el riesgo de una recaída al no demostrar demasiado entusiasmo por el mismo y advirtiéndole al individuo para se maneje lentamente.

Al tiempo que es importante reconocer el progreso, es necesario que se comprenda que el mismo es difícil de alcanzar.

2. Disminuya las expectativas. Fíjese metas que sean posibles de alcanzar.

Resuelva problemas grandes en pasos pequeños. Océpese de una cosa a la vez.

«Grandes» metas a largo plazo conducen al desaliento y al fracaso.

A pesar de que la persona con TLP tenga aspectos desarrollados como la inteligencia, ambición, buena presencia y talento artístico, corre en desventaja por su vulnerabilidad emocional. Usualmente el individuo con TLP y sus familiares tienen aspiraciones basándose en esos aspectos fuertes. Impulsado por estas ambiciones, el paciente borderline avanza a pasos agigantados. Por supuesto, en los planes no se consideran las desventajas del paciente por su descontrol afectivo, pensamiento blanco y negro e intolerancia de la sole-

*Hospital McLean, John G. Gunderson, M.D., Cynthia Berkowitz, M.D.

dad. La tarea más importante para las familias es reducir el ritmo con el que ellos o el paciente piensan alcanzar sus objetivos.

Al disminuir las expectativas y fijarse metas más pequeñas que puedan alcanzarse paso a paso, los pacientes y las familias tienen mayores posibilidades de éxito sin recaídas.

Las metas deben ser realistas. Lo más sabio es trabajar con un objetivo a la vez.

AMBIENTE FAMILIAR

3. Mantenga las cosas serenas y en calma. Disminuya el tono, acepte que la apreciación y el desacuerdo son normales.

La persona con TLP se ve afectada en su habilidad para tolerar el estrés en las relaciones (rechazo, crítica, desacuerdo) y, por lo tanto, puede beneficiarse de un ambiente calmado y sereno.

El paciente borderline sufre tres desventajas importantes:

- Descontrol afectivo.
- Intolerancia a la soledad.
- Pensamiento «blanco y negro» o «todo o nada».

Descontrol afectivo:

La persona con TLP:

- Tiene sentimientos que fluctúan dramáticamente en el curso de cada día y son particularmente intensos.
- Siente esas emociones intensas regularmente.
- Carece de la habilidad para serenarse.
- Siente ira en toda su intensidad, sin ser capaz de calmarse a través del uso de estrategias para superar la situación, lo que resulta en la expresión inadecuada de hostilidad o representación de sus sentimientos (cortándose o tomando alcohol o drogas).

Intolerancia a la soledad:

La persona con TLP siente desesperación ante la inminencia de una separación.

Pensamiento blanco y negro (pensamiento dicotómico):

Tienen dificultad para tolerar el estrés. Los familiares pueden ayudarlos a alcanzar una mayor estabilidad, al crear un ambiente hogareño calmado y tranquilo.

4. Mantenga rutinas familiares tanto como sea posible y manténgase en contacto con familiares y amigos.

En la vida hay más que los problemas del paciente con TLP, así que no renuncie a la vida normal.

5. Busque tiempo para hablar. Las conversaciones sobre temas neutrales o insignificantes ayudan. Si es necesario organice los tiempos.

MANEJO DE LAS CRISIS. PRESTE ATENCIÓN PERO PERMANEZCA EN CALMA

6. No se ponga a la defensiva ante las acusaciones y las críticas:

En el caso de que sean injustos, diga poco y no se enfade. Permítase ser herido, admita lo que haya de cierto en las críticas.

7. Los actos auto-destructivos o las amenazas requieren atención:

No los ignore. No entre en pánico. Es bueno saber. No mantenga secretos sobre esto. Háblelo abiertamente con sus familiares y asegúrese de que los profesionales lo sepan.

8. Escuche. La gente necesita que oigan sus sentimientos negativos. No diga «no es de esta forma». No intente hacer que los sentimientos desaparezcan.

Utilizar palabras que expresen miedo, soledad, insuficiencia, ira o necesidades es bueno. Es mejor utilizar palabras que representar los sentimientos.

MANEJO DE LOS PROBLEMAS. COLABORE Y SEA COHERENTE

9. Cuando se resuelven los problemas de un miembro de la familia, SIEMPRE:

- a) involucrar al familiar en la identificación de lo que se debe hacer.
- b) preguntar si la persona puede «hacer» lo que se necesita para solucionar el problema.
- c) preguntar si quieren que uno ayude a hacer lo que se necesita.

10. Los familiares deben actuar en función de los otros. Las contradicciones en los padres conducen a conflictos familiares graves. Desarrolle estrategias que todos puedan seguir.

11. Si tiene dudas con respecto a la medicación o a las intervenciones del terapeuta, asegúrese que el familiar y su terapeuta/doctor/equipo de tratamiento lo sepan:

Si Ud tiene responsabilidades económicas, tiene el derecho a comunicarle sus preocupaciones al terapeuta o doctor.

DELIMITE EL MARCO. SEA DIRECTO PERO CUIDADOSO

12. Fije límites estableciendo los límites de su tolerancia. Especifique sus expectativas en un lenguaje claro y simple. Todos necesitan saber qué se espera de ellos.

13. No proteja a sus familiares de las consecuencias naturales de sus actos:

Permita que aprendan de la realidad. A veces es necesario «darse contra un muro».

14. No tolere el trato abusivo, como caprichos, amenazas, golpes y escupitajos:

Váyase y vuelva más tarde para discutir el asunto.

15. Sea cuidadoso al utilizar amenazas o frases del tipo «es la última vez». Son el último recurso:

No los utilice como medio para convencer a otros para que cambien. Haga uso de ellos sólo cuando los pueda sostener. Deje que otros –incluyendo a los profesionales–lo ayuden a decidir cuándo darlos.