



Álvaro Frías
(Editor)

VIVIR CON
EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD

Una guía clínica para pacientes

Serendipity

DESCLÉE DE BROUWER

Álvaro Frías Ibáñez

209

**VIVIR CON EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Una guía clínica para pacientes

Crecimiento personal
C O L E C C I Ó N
Serendipit

Desclée De Brouwer 

© Álvaro Frías Ibáñez, 2018

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER S.A., 2018

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclée.com

info@edesclée.com



[EditorialDesclee](https://www.facebook.com/EditorialDesclee)



[@EdDesclee](https://twitter.com/EdDesclee)

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3827-2

Adquiera todos nuestros ebooks en

www.ebooks.edesclée.com

*A nuestros pacientes, quienes intentan hacer frente
a su sufrimiento diario con mayor o menor fortuna.*

COLABORADORES

Ferrán Aliaga Gómez

Psicólogo clínico

Servicio de Salud Mental y Adicciones

Hospital de Mataró (Barcelona)

Elena Aluco Sánchez

Psicóloga clínica

Servicio de Salud Mental y Adicciones

Hospital de Mataró (Barcelona)

Alba Calzada Español

Psicóloga general sanitaria

FPCEE Blanquerna

Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

Nuria Farriols Hernando

Profesora titular de Psicología

FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona) y Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona)

Bárbara Martínez Cirera

Psicóloga interna residente

Servicio de Salud Mental y Adicciones
Hospital de Mataró (Barcelona)

Sara Navarro Gómez

Psicóloga general sanitaria

FPCEE Blanquerna

Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

Carol Palma Sevillano

Profesora de Psicología

FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona) y Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona)

Ana Salvador Castellano

Psicóloga clínica

Servicio de Salud Mental y Adicciones

Hospital de Mataró (Barcelona)

PRÓLOGO

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un problema mental grave y crónico que afecta al 2% de la población general. Los síntomas son muy variados y generan sufrimiento al que lo padece y a las personas que le rodean. Por diferentes motivos, mucha gente con TLP abandona el tratamiento o lo sigue de una manera muy intermitente. Esto dificulta mucho el curso de su vida a nivel familiar, social, sentimental y laboral.

El presente texto nace de la necesidad de dar a las personas con TLP una herramienta adicional que les ayude a hacer frente a las diversas complicaciones que experimentan diariamente. Hasta ahora, existen muy pocos textos destinados exclusivamente a dotarlos de una guía clínica a partir de la cual puedan comprender y manejar su trastorno. Este texto no pretende ser un sustituto de la terapia con un profesional, más bien busca ser un complemento adecuado para la misma. Tampoco tiene como pretensión acabar siendo guardado en un rincón de la biblioteca personal. Al contrario, buscamos que sea un texto de cabecera que tengan siempre en su mesilla de noche. Un texto que releer, repensar y reanalizar, que les sirva de inspiración en su proceso de mejoría personal. También puede ser de utilidad para aquellos profesionales y familiares que buscan tener una aproximación al trastorno desde la óptica del paciente.

Con dicha finalidad, este texto se ha dividido en diferentes secciones. Estos apartados recogen indirectamente las principales cuestiones que los pacientes nos plantean y exponen en consulta. La división de estos apartados es un tanto artificial pues muchos conceptos se interrelacionan realmente entre sí. No obstante, creemos que de este modo el lector podrá tener una visión más comprensible y estructurada del trastorno. Conviene señalar que no todos tienen los mismos síntomas, así que no necesariamente deberán identificarse con algunos apartados aquí expuestos. El lenguaje empleado en el texto es claro y sencillo, muchas veces utilizando la misma jerga con la que se dirigen a los profesionales en consulta. También se aportan múltiples ejemplos para los conceptos descritos. Con todo ello, pretendemos que sean expertos en manejar su trastorno, no

sabios en teorizar sobre el mismo.

En el primer apartado se hace una breve introducción acerca del TLP, incluyendo aspectos tan relevantes como sus síntomas, causas y/o tratamiento de elección. En el segundo apartado, se diseccionan los principales síntomas en 10 grandes bloques. Cada uno de estos síntomas es descrito, señalando además sus consecuencias en la vida y aportando determinados recomendaciones para hacerles frente. En el tercer apartado, varios pacientes con TLP exponen su propia visión y experiencia con el trastorno a nivel de causas, síntomas, limitaciones que genera y evolución con el tratamiento.

Esperamos que este texto pueda resultar de interés para una mayoría de personas con TLP. Si con ello os ayudamos a que tengáis una mejor comprensión y manejo de vuestra problemática, habremos hecho realidad la motivación que nos ha llevado a escribirlo.

Álvaro Frías

I

INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

¿CUÁLES CON LOS SÍNTOMAS DEL TLP?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

El TLP es un trastorno psiquiátrico que afecta al 2% de la población adulta. Se cree que no hay diferencias de género en cuanto a su frecuencia en la población general. Sin embargo, suele ser más diagnosticado en mujeres que hombres entre los usuarios de los centros de salud mental.

Su diagnóstico debe ser realizado por especialistas (psicólogos, psiquiatras) mediante el uso de entrevistas clínicas. El paciente debe cumplir unos criterios clínicos, tal y como son definidos en las manuales de referencia. Los principales son: *International Classification of Diseases, chapter V* (ICD-10) y *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5). Los síntomas que mejor definen este trastorno son la inestabilidad del ánimo y la impulsividad. Junto con estos dos síntomas principales, pueden presentarse muchos otros síntomas como consecuencia de este trastorno, incluyendo temor al abandono, dependencia emocional, sentimientos de vacío, desconfianza hacia los demás, etc. A pesar de compartir un mismo diagnóstico, la combinación de todos estos síntomas hace que las personas con TLP tengan tantas semejanzas como diferencias entre sí.

Estos síntomas deben aparecer como tarde a comienzos de la vida adulta (18-21 años), si bien es habitual que debuten cuando ya eran niños (8-11 años). Los síntomas no han de ser explicados únicamente por la presencia de otros trastornos psiquiátricos que pudieran tener (por ej. abuso de drogas). Además, se acentúan especialmente cuando han de enfrentarse a situaciones estresantes, sobre todo a nivel de relaciones sentimentales, sociales o familiares. Este tipo de situaciones son de especial riesgo porque están más relacionadas con la vinculación emocional que otras situaciones como son el desarrollo académico, la proyección laboral, etc.

La intensidad de todos estos síntomas debe ser lo suficientemente elevada como

para que pueda distinguirse de alguien que es “algo o bastante” inestable, impulsivo o dependiente. En este caso hablaríamos de “rasgos” límites de la personalidad, pero no de un TLP. A diferencia del TLP, la presencia de “rasgos” límites puede aportar los beneficios de tener estas cualidades en un grado menos severo. Esto incluiría ser sociable, divertido, apasionado, emprendedor, con gran facilidad para adaptarse a los cambios, entregado sanamente a los demás, con trabajos dinámicos y vocacionales, etc.

¿CÓMO AFECTAN ESTOS SÍNTOMAS A LA VIDA DE LAS PERSONAS CON TLP?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

Para que pueda realizarse el diagnóstico, la intensidad de los síntomas descritos debe ser tal que afecte claramente a la rutina diaria. Pueden tener dificultades para mantener un trabajo estable a jornada completa. También suelen manifestar dificultades para mantener relaciones sentimentales y sociales duraderas o bien estas destacan por ser conflictivas y con una alta dependencia emocional. La crianza de los menores también puede verse afectada por los síntomas del trastorno, observándose, por ejemplo, sobreprotección, cuidados emocionales inconsistentes, castigos desmedidos, etc. Las relaciones con la familia de origen suelen estar muy condicionadas por los traumas y vínculos inadecuados vividos con alguno de estos referentes desde la infancia.

Como consecuencia de todo ello, no es raro que presenten problemas legales, enfermedades médicas (por ej. enfermedades de transmisión sexual), aislamiento social y/o pensión (paga) por minusvalía reconocida.

El 5% de las personas con TLP acaban suicidándose, sobre todo aquellas que no mantienen un tratamiento continuado, están completamente aisladas y tienen otros problemas mentales (por ej. depresión mayor). Suicidarse es muy diferente a tener pensamientos suicidas. Tener pensamientos suicidas es solo el primero de muchos más pasos necesarios para acabar consumando el suicidio. Por tanto, “pensar” es diferente que “hacer”. De hecho, una gran mayoría ha pensado en alguna ocasión suicidarse, especialmente cuando se sienten “vacíos”, abandonados y/o rechazados. Se sabe que si se vinculan al tratamiento de una manera constante y proactiva (tomando parte activa en la terapia) pueden acabar teniendo un manejo aceptable de las ideas suicidas.

Conviene señalar que no todos los problemas sociales, laborales y familiares se deben a su trastorno. El resto (pareja, familiares, terapeutas, compañeros de trabajo,

amigos) también participamos en su día a día, de modo que podemos tener un papel parcial tanto en lo negativo como en lo positivo que acontece en su vida. Por ejemplo, se sabe que la presencia de una pareja estable y “contenedora” a nivel emocional actúa como un factor de protección, lo que predice una mejor evolución de los síntomas. Así mismo, la presencia de una persona saludable puede actuar como una “experiencia emocionalmente correctiva”, que supone un punto de inflexión en la manera que tiene de concebir las relaciones íntimas con los demás. Por el contrario, la presencia de una pareja maltratadora actúa como un factor de riesgo, que aumenta el riesgo de recaída emocional. En resumen, los otros tenemos un papel como facilitadores o reductores de las vivencias y emociones negativas experimentadas por las personas con TLP. Sin embargo, la duración de estas influencias externas (personas) positivas o negativas depende en parte del propio afectado, ya que este tiene un papel en decidir quién forma parte de su vida.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL TLP?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

No hay una sola causa que explique la aparición de este trastorno. Generalmente, se entiende que es producto de la combinación de factores biológicos y ambientales.

Entre los factores biológicos destaca especialmente la genética. No se hereda el TLP como tal, sino la tendencia a ser más inestable, sensible y/o impulsivo como consecuencia de los genes que se transmiten de generación en generación a través de los padres.

Entre los factores ambientales destaca la presencia del trauma infantil y la ausencia de vínculos emocionales seguros. La historia de cualquier acontecimiento traumático en la niñez, familiar y/o escolar (por ej. *bullying* o acoso escolar), puntual o duradero, suele tener consecuencias psicológicas muy negativas en el desarrollo personal de un menor. Generalmente, el trauma será mayor cuanto más duradero sea y cuanto más próximo sea el sujeto implicado en el mismo. A nivel familiar, el maltrato físico, el abuso sexual, los insultos constantes y/o la falta de cuidados emocionales son habitualmente referidos. La falta de cuidados emocionales podría deberse a múltiples motivos, incluido una madre depresiva o con un problema de salud por el cual permanecía la mayor parte del tiempo en cama, un padre que estaba todo el día fuera de casa trabajando o en el bar bebiendo alcohol, el fallecimiento (pérdida) de una abuela que actuaba como referente emocional en la niñez, etc. La mayor parte de traumas vividos en la familia de origen tienen su germen en unos vínculos poco seguros con estos allegados. Por ejemplo, la presencia de maltratos físicos por parte de un padre o madre es más habitual cuando estos referentes tienen una manera de vincularse con los menores que no refuerza la comunicación emocional, el respeto a la individualidad y diversidad, la tolerancia a los errores, la escucha activa, la derivación progresiva de derechos y responsabilidades, etc. Algunos menores que luego han desarrollado TLP no fueron víctimas directas de traumas, sino que fueron testigos “silenciosos” de los maltratos o ausencia de trato en la relación entre

sus padres. En ocasiones, relatan que incluso tomaban parte en los conflictos entre los padres, ya sea con el rol de salvador o como centro del conflicto. Este último caso es habitualmente referido cuando los padres ya divorciados canalizaban a través de su figura los resentimientos acumulados desde un pasado (*es que tu padre/madre es...*). Con todo ello, muchas personas que han tenido padres inestables y/o han sufrido traumas infantiles no desarrollan TLP. Del mismo modo, niños que no han sufrido traumas, pero que han sido “genéticamente” sensibles a cualquier acontecimiento negativo, pueden acabar desarrollando TLP.

En ocasiones, la relación causa-efecto entre problemas en los padres y desarrollo de un TLP en un menor no va solo en la dirección inicial. Esto quiere decir que, con el tiempo, aquellos adolescentes más impulsivos acaban “provocando” reacciones más negativas en padres ya de por sí maltratadores. De esta manera, el desarrollo progresivo del TLP durante la infancia se ve reforzado y consolidado porque también “erosiona” y participa con un rol negativo en un entorno ya de por sí desfavorable.

La presencia de un TLP no solo se caracteriza por la manifestación de unos síntomas psicológicos (emociones, pensamientos y conductas problemáticas). Durante los últimos 20 años son numerosos los estudios que están encontrando diversas alteraciones cerebrales asociadas al TLP. Estas alteraciones están relacionadas con irregularidades hormonales, en el tamaño del cerebro y en la activación de determinadas áreas cerebrales. Ningunas de estas “pruebas” biológicas se ha observado que sea específica del TLP, por lo que puede ser detectado en otros trastornos mentales. Por ello, de momento no hay ninguna exploración médica (análisis de sangre, resonancia, etc.) que ayude a confirmar el diagnóstico de TLP, más allá de la presencia de los síntomas clínicos propiamente dichos.

En cualquier caso, como en la mayoría de situaciones generales y en la mayoría de trastornos, las causas son múltiples e influyentes, pero no condicionantes de un final irreversible. Siempre hay un margen importante de cambio y de esperanza. También es relevante señalar que el conocimiento de las causas que han favorecido un trastorno no es suficiente para solucionarlo, sino que será necesario poner en marcha algunas estrategias útiles de cambio. Por tanto, no es práctico responsabilizar completamente a las circunstancias que lo han favorecido, ya que es una estrategia que no soluciona la problemática actual. Mejor es hacerse cargo de las influencias recibidas y decidir si se

quieren continuar manteniendo o si se puede “empezar a caminar” para modularlas dentro de un margen posible.

¿CÓMO EVOLUCIONA EL TLP A LO LARGO DE LA VIDA?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

Algunos de los síntomas del TLP ya aparecen en la niñez y/o adolescencia. Actualmente ya son muchos los expertos que defienden que su diagnóstico pueda realizarse en menores de edad, sobre todo en adolescentes.

La etapa comprendida entre los 15 y los 35 años suele ser la más delicada, puesto que este periodo es donde la impulsividad presenta su pico vital. En esta etapa es donde hay un mayor riesgo de autolesiones, reacciones de ira desproporcionadas, promiscuidad sexual, abuso de drogas, etc.

Con el tiempo la impulsividad tiende a bajar, pero la inestabilidad del ánimo, el vacío emocional y los otros síntomas pueden mantenerse más o menos constantes. A partir de los 45 años es habitual presentar una tristeza prolongada la mayor parte de días (distimia). Permanecen aislados en el domicilio, ya que el círculo social y familiar se ha visto desgastado por una historia alargada de conflictos, idas y venidas, etc.

Dicho esto, conviene señalar que hay notables diferencias individuales en cuanto a la evolución del trastorno, muchas veces en función de si mantienen o no un tratamiento continuado durante años. Pueden dejar de cumplirse criterios para el diagnóstico del TLP pasados unos años, pero esto no quiere decir que uno ya no sea impulsivo o inestable emocionalmente.

Como regla general, conviene considerar el diagnóstico de TLP como un trastorno que se debe “gestionar” durante toda la vida, pero del que puede obtenerse una relativa estabilidad en, al menos, un tercio de los casos.

¿TIENEN LAS PERSONAS CON TLP OTROS PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

Tener un TLP suele incrementar el riesgo de tener otros diagnósticos psiquiátricos en mayor medida que si no se tiene TLP. Destacan los episodios depresivos, los trastornos alimentarios (por ej. bulimia nerviosa), el trastorno por estrés postraumático, la agorafobia (sensación de mareo, descontrol o muerte inminente en lugares con gente) y/o el abuso de drogas (por ej. *cánnabis*). La presencia de estos otros diagnósticos psiquiátricos puede afectar negativamente al curso del TLP.

¿EXISTE TRATAMIENTO PARA EL TLP?

Álvaro Frías, Carol Palma y Nuria Farriols

El tratamiento psicológico y psiquiátrico del TLP es fundamental para que pueda reducirse tanto la intensidad de los síntomas como las limitaciones diarias descritas. Es preferible el tratamiento en régimen ambulatorio o en hospital de día, limitando los ingresos de corta duración para momentos en los que se esté muy inestable.

La terapia psicológica prolongada es el tratamiento de elección. Estas terapias psicológicas requieren entre 2 y 5 años de duración para poder generar cambios significativos. No solo han de ser prolongadas, sino que requieren un claro compromiso y constancia por parte de los pacientes en relación a la asistencia a las sesiones pactadas; de lo contrario, de poco sirve que vayan viniendo intermitentemente o por rachas cuando creen verse más inestables. Hemos observado también que la mejoría con una psicoterapia prolongada depende en parte de la edad del afectado: cuanto más joven acuda a tratamiento, más probabilidad hay de que obtenga cambios significativos. En las personas más mayores (50 o más años) a veces es más difícil observar estos cambios porque la personalidad es más rígida/inflexible y las relaciones están más viciadas. En este caso se hace más complicada la intervención y se busca más la estabilidad y la reducción de daños que los cambios vitales significativos.

Las psicoterapias para el TLP pueden ser de varios tipos, pero es recomendable que trabajen en alguna medida tanto los traumas del pasado como los problemas del presente. La terapia psicológica ideal debería combinar un formato individual con otro grupal. Este último formato permite a los profesionales trabajar “en caliente” las dificultades de relación habitualmente señaladas. Sin embargo, algunas personas con TLP no toleran un formato grupal porque se “llevan” los problemas de los otros a casa al sobreidentificarse con sus emociones y angustia vital. Si vive con los padres es recomendable plantear una terapia familiar de manera adicional. Si vive en pareja también aconsejamos la inclusión de algunas intervenciones en esta modalidad. De hecho, es muy recomendable que estas

personas cercanas entiendan y participen de la “dureza” de estas psicoterapias y comprendan el verdadero sentido de las mismas. La participación de esta gente significativa también ayuda a evitar alianzas “envenenadas” del paciente con sus profesionales en contra de un familiar que, con mejor o peor criterio, está lidiando con el sufrimiento del afectado.

Tampoco conviene olvidar que el propio trastorno puede afectar negativamente al seguimiento de estas psicoterapias, principalmente cuando las personas están deprimidas o si han dirigido su enfado hacia el terapeuta. En general, dada la complejidad del trastorno, el profesional psicólogo debería tener amplia experiencia y formación en este tipo de problemas, evitando a toda costa que en la relación terapéutica afiancen y repitan el patrón de relación que presentan en su vida del día a día con otros significativos. En este sentido, la propia relación terapéutica puede convertirse en verdadero motor del cambio y de “reeducación”, sobre todo en cuanto a la manera de vincularse y sentirse con los demás.

El tratamiento psiquiátrico se basa principalmente en el uso de antidepresivos y estabilizadores del humor. Es especialmente útil cuando uno se halla muy inestable emocionalmente. No es infrecuente que abusen de algunas medicaciones pautadas (por ej. ansiolíticos). En otros casos, el tratamiento lo abandonan por el aumento de peso o la pérdida de deseo sexual. Estos efectos han de comentarse con el psiquiatra para que valore el tipo y dosis de medicación adecuada a cada caso.

Como regla, conviene considerar el TLP como un trastorno del que puede mejorarse mucho, pero que no se “cura” como tal. Esto quiere decir que durante toda la vida habrá de continuar manejando situaciones complicadas y aprovechar las dificultades para continuar aprendiendo.

II

MANEJO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

INESTABILIDAD DEL ÁNIMO

Álvaro Frías, Nuria Farriols y Ana Salvador

Descripción

Muchas de las personas con TLP que acuden a una primera consulta en salud mental se preguntan si son bipolares. Por norma, los cambios de ánimo que sufren se deben al propio trastorno, si bien el 15% pueden tener un diagnóstico adicional de trastorno bipolar. La presencia de un posible trastorno bipolar en alguien que además tiene un TLP debería ser valorado por un profesional especialista en la materia.

Los cambios de ánimo son habitualmente desencadenados por situaciones negativas (reales, percibidas o anticipadas), generalmente en las relaciones que tienen con los allegados. El contenido de estas situaciones negativas se asocia al abandono, el rechazo, la crítica, el desprecio o la pérdida de un ser querido. Además, muchas mujeres con TLP también son muy sensibles a cambios del ánimo durante el ciclo menstrual. El insomnio, el consumo de drogas, los cambios de estación y el abandono de la medicación también afectan notablemente a la inestabilidad del ánimo.

A pesar de todo ello, pueden tener periodos relativamente largos de estabilidad en su ánimo. Esto se suele relacionar con la presencia de figuras estables en el entorno próximo (por ej. hijos, padres, amigos íntimos, pareja) o con la implicación en una psicoterapia. Por una parte, tener el apoyo de un ser cercano facilita la estabilidad del ánimo. Al mismo tiempo, una mayor estabilidad del ánimo hace que el entorno se aproxime con una actitud más calmada.

La inestabilidad emocional tiene varios componentes. Un primer componente es una alta emocionalidad (reactividad) en respuesta a situaciones concretas. Por ejemplo, el rechazo de un chico con el que tuvo una primera cita, puede ser vivido como si le hubiera abandonado un novio después de 4 años de convivencia. Un segundo

componente son los cambios constantes (disregulación) de ánimo en función de la naturaleza de las situaciones externas que se van sucediendo. Por ejemplo, uno puede llorar y reír en cuestión de segundos en función de las preguntas (negativas y positivas) que le esté haciendo un terapeuta.

No obstante, no todos los cambios anímicos experimentados se explican por cambios en las circunstancias de su vida. Pueden experimentarse en cuestión de horas oscilaciones entre la alegría, ansiedad y tristeza sin que haya pasado nada significativo a lo largo del día. Es como si su “termostato emocional” (ubicado en una parte del cerebro con el fin de regular las emociones) estuviera de por sí alterado y no pudiera mantener una “temperatura” (ánimo) estable. En general, estos cambios repentinos muchas veces confunden a los familiares, quienes piensan que están “haciendo cuento” cuando expresan una u otra emoción. Del mismo modo, estos cambios repentinos también “confunden” a los propios pacientes y eso hace que ni ellos mismos sepan explicar el por qué a sus familiares. A la larga, todo ello les genera una elevada frustración y una pérdida de credibilidad a la hora de comentar sus estados emocionales a los allegados.

Las personas con TLP también pueden sentir varias emociones a la vez hacia la misma cosa o persona. Estas emociones simultáneas pueden ser contradictorias entre sí. Por ejemplo, pueden amar y odiar a alguien al mismo tiempo. Esta mezcla de sentimientos aparentemente contradictorios se explica porque no tienen una visión unitaria e integrada de sí mismos. Siguiendo el ejemplo anterior, esto quiere decir que una parte de su ser puede amar al otro, mientras que otra parte puede odiarlo. Muchas veces es como si tuvieran varias personalidades que luchan entre sí y están en continuo conflicto. Esto hace que puedan parecer contradictorios. Realmente lo que les pasa es que en cuestión de segundos pueden relacionarse o pensar sobre los demás desde diferentes estados mentales, que a su vez están acompañados de diferentes estados emocionales. Por ejemplo, una persona con TLP explicaba esta aparente paradoja hablando de su *Marilyn Manson* y su *Heidi*. El primer estado mental (*Marilyn Manson*) renegaba de sentir cualquier sentimiento profundo hacia su pareja y la apartaba cuando esta se acercaba. El segundo estado mental (*Heidi*) se sentía afortunada de estar enamorada y tener una pareja que la quisiera.

En otras ocasiones, ya no es que crean que son dos personas en una, sino que no saben quiénes son realmente. Esto se puede explicar por el cambio constante de visión

del mundo y de sí mismas, como consecuencia de los propios cambios emocionales. A veces se preguntan: “¿soy el monstruo que sale cuando me enfado o soy la persona de ‘buen rollo’ cuando estoy happy? ¿Soy las dos o ninguna de estas?”.

Consecuencias

Uno de los problemas diarios relacionados con una alta inestabilidad del ánimo es la falta de constancia y caos a la hora de mantener rutinas, incluyendo las actividades domésticas, las relaciones sociales y el cumplimiento de la jornada laboral. *Día nuevo, vida nueva* sería el eslogan que muchos pacientes siguen como proyecto vital. Las bajas y despidos laborales durante los momentos de mayor inestabilidad del ánimo son habituales en ellos. En general, la baja tolerancia al estrés es una máxima y se “agobian” fácilmente ante los imprevistos o exigencias del día a día. Debido a ello, el riesgo de sobrecarga emocional es muy elevado cuando se tienen que enfrentar a varias demandas simultáneas (familiar, laboral, académica, etc.) que requieren su participación o actuación.

Otro problema habitualmente señalado es la toma de decisiones precipitadas en momentos en los que se está especialmente triste, ansioso o enfadado. Por ejemplo, si se está enfadado puede decirle al otro que no quiere volver a verle en la vida. Una vez se halle más estable, puede arrepentirse de la decisión tomada.

En otro orden de cosas, una alta emocionalidad también hace que tengan una visión de las cosas en “blanco o negro”. Por norma, cuanto más acentuada es una emoción, más dogmática se vuelve una opinión. Las cosas son o no son, sin tolerar matices ni “grises”. Esto puede conllevar que sean muy extremistas e intransigentes durante las conversaciones exponiendo sus opiniones, como si no hubiera término medio. Discutir con alguien con TLP es a veces chocar con una pared.

La alta emocionalidad también dificulta que puedan escuchar o actuar empáticamente con los demás. Por empatía se entiende la capacidad de entender el punto de vista o emociones del otro desde su perspectiva, no desde la de uno mismo. Es como

aprender a diferenciar el criterio propio del ajeno, entendiendo como base que todos tenemos maneras diferentes de sentir o pensar. El problema de mucha gente con TLP es que están tan agobiados y desbordados por sus emociones que les resulta difícil atender e interpretar las necesidades y sentimientos de otros desde una perspectiva diferente a la suya. Por ejemplo, alguien con TLP que esté ansioso es más probable que interprete el llanto de un bebé como señal de que está nervioso más que como prueba de que tiene hambre.

Recomendaciones

Tomar la medicación diariamente

Algunos pacientes no aceptan la idea de tener un problema psicológico que se tiene que gestionar durante toda la vida. Ello hace que no se mediquen o que solo lo hagan cuando están muy inestables, en ocasiones abusando de ansiolíticos o hipnóticos. Cuando pasan periodos de estabilidad deciden dejar de tomarlos como si ya estuvieran curados y lo anterior hubiera sido un mal sueño.

Por otro lado, algunos aceptan tener un problema psicológico para toda la vida, pero dejan de tomar la medicación cuando están muy inestables. Los momentos de inestabilidad emocional les apartan de sus compromisos y rutinas elementales, incluida la toma de la medicación. En definitiva, dejan de autocuidarse. Sea por uno u otro motivo, una incorrecta toma de medicación tiene un papel fundamental en el curso de la inestabilidad del ánimo. Los antidepresivos y los estabilizadores del ánimo son los fármacos que mejor controlan el “termostato” alterado (inestabilidad del ánimo). El uso de alarmas en el móvil “recordando” la hora de su ingesta suele ser un método eficaz para que no pasen por alto la pauta farmacológica en los momentos que se está especialmente triste y dejado. Este método siempre será más recomendable que los recordatorios o controles por parte de la familia. Sobre esta cuestión, conviene recalcar que deben asumir una serie de responsabilidades con su autocuidado, siendo la toma correcta de la medicación parte fundamental de ello.

Cuidar el sueño

La mejoría de los problemas para dormir por la noche dependerá del origen del problema. Algunos pueden tener inicialmente malos hábitos nocturnos que aumentan su estado de activación. Por ejemplo, muchos jóvenes con TLP abusan de las consolas o móviles a altas horas de la noche. En este caso, eliminar el uso de estos dispositivos a partir de las 24 horas es absolutamente necesario. También es vital que se despierten a la misma hora, independientemente de si estudian, trabajan o no tienen ninguna obligación a la mañana siguiente. Una hora razonable suele ser entre las 8 y las 10 horas de la mañana. Aparte del uso de alarmas, una manera de garantizar el cumplimiento de esta franja horaria por la mañana es imponiéndose obligaciones a realizar al poco de levantarse (por ej. yendo a clases del gimnasio, haciendo voluntariado). Es importante que no se planteen excepciones a su cumplimiento (“hoy me levantaré más tarde; mañana ya volveré a hacerlo bien”). Cada excepción a la regla aumenta la probabilidad de que esta deje de cumplirse totalmente al cabo de unas semanas. Cuando alguien tiene alterado el hábito de dormir por la noche, no es recomendable hacer siestas. Sí lo es realizar rutinas que ayuden a conciliar el sueño (por ej. hacer un baño o ducha relajante, leer un libro). Estos hábitos son muy personales y cada uno puede buscar los que le son más adecuados. Tampoco es útil “esforzarse en dormir”, incluso a veces puede provocar el efecto contrario. Utilizar estrategias “paradójicas” (aparentemente contrarias a lo que deseamos conseguir) puede ser eficaz. En este sentido, uno puede activamente intentar permanecer despierto.

Es posible que algunos pacientes puedan sufrir de insomnio nocturno como consecuencia de su estado emocional. En este caso, la recomendación es aprender a hacer alguna técnica de relajación a aplicar poco antes de ir a dormir a la cama. Cuando es la opción posible, estas técnicas pueden aprenderse en grupos de relajación en centros cívicos o en servicios de salud mental. Otra alternativa sería viendo videos tutoriales a través de *internet*.

En los casos de insomnio más graves el uso de algunos hipnóticos o incluso antipsicóticos (*quetiapina*) será absolutamente necesario. Por ello, es aconsejable consultar con el psiquiatra de referencia los problemas referidos.

Cumplir y/o readaptar las rutinas diarias

El cumplimiento de las pautas mínimas diarias es especialmente importante si se está pasando un “pico” depresivo de varios días o semanas de duración. Estas rutinas diarias deben realizarse como una obligación autoimpuesta, independiente del deseo de llevarla a cabo. Estas mínimas obligaciones diarias pueden incluir hacer la cama por la mañana, ducharse, cocinar productos elaborados y/o pasear unos 30 minutos cerca de casa.

El cumplimiento de una mínima actividad deportiva (incluido *footing*) es esencial porque permite liberar endorfinas (hormonas del placer) y ayuda a desintoxicarse de la atmósfera depresiva que supone el estar en casa inactivo en general y en la cama en particular. De hecho, aunque uno sienta que la casa es el único lugar en el que le apetece estar cuando está depresivo, debe ser consciente que este aparente “caramelo” está realmente “envenenado” y solo ayuda a que cada vez tenga más desgana y desmotivación. El ejercicio físico es una “medicina natural” que ayuda a aumentar el bienestar e, incluso, a disminuir pensamientos de tristeza intensos. Activa el cuerpo, activa la mente y, con ello, los pensamientos y las emociones más adaptativos.

El no cumplimiento de una obligación en un día concreto no puede tomarse como justificación para no hacerlo al día siguiente. Una manera de controlar el cumplimiento puede ser a través de una agenda personal, ya sea en papel o con el móvil. Es importante que la consecución o no de cada objetivo quede señalada en la agenda. Si se cumple, porque actúa como motivador y premio (“lo he conseguido”). Si no se cumple, porque advierte de que no debe bajarse la guardia (“cuidado”). Del mismo modo, en ningún momento ha de tomarse el incumplimiento como una señal de que es inútil. Muchas personas no pueden cumplir con los objetivos mínimos diarios que se han propuesto. Esto no tendría que ser tomado como un fracaso, sino como una señal de que en ese momento los objetivos a plantearse han de ser menos ambiciosos. Por ejemplo, en vez de hacer las tareas de casa una misma mañana, puede decidir un día barrer el salón, otro día limpiar el baño, otro limpiar los muebles, etc. Hay que saber encontrar el punto intermedio diario entre lo que se “debe” y lo que se “puede”.

Aparte de usar una agenda, recomendamos implicar indirectamente a otra gente en las obligaciones mínimas diarias. Por ejemplo, es más probable que uno pasee 30

minutos si va a hacerlo en compañía de una amiga o un perro. Tener un perro es una muy buena opción para que se obliguen a salir a la calle. Muchas personas con TLP, sobre todo aquellas que no confían o están muy decepcionadas con la “naturaleza humana”, tienen una especial sensibilidad y relación con esta clase de animales. Con frecuencia, esta unión viene a suplir la falta de vínculos genuinos con otros seres humanos. Por ello, es habitual que estén vinculados como personal voluntario en perreras o protectoras de animales.

A nivel laboral, recomendamos dos alternativas realistas cuando quieran cumplir unas mínimas obligaciones laborales a pesar de presentar picos depresivos cada pocos meses. La primera opción es que se hagan autónomos y trabajen para sí mismos distribuyendo la carga laboral según su estado emocional de cada momento. La otra opción es trabajar en una empresa de un familiar o de un allegado que conozca sus altibajos emocionales. En este caso, cualquier ausencia puntual por una bajada anímica debería comprometerse a compensarla una vez mejorase de su estado emocional.

A nivel de estudios, aquellos que estén más depresivos durante el curso académico en la universidad o en secundaria deben modificar las expectativas (nivel de exigencia) de resultados. No deben pedirse las mismas notas teniendo en esos momentos menor capacidad de concentración y motivación por lo que estudian. Por norma, aconsejamos que se centren en unas pocas (2 o 3) asignaturas y dejen de lado el resto. Las asignaturas elegidas han de ser las más fáciles. En ocasiones, un informe clínico del profesional puede ayudar a que se anule la inscripción o se aplace el pago de algunas asignaturas de las que se había matriculado con anterioridad en la universidad.

Reducir y manejar la intensidad emocional

Algunos pacientes no pueden relativizar “en caliente” sus pensamientos si el estado emocional de ese momento es muy agudo. A veces, antes de tomar perspectiva han de reducir la intensidad de las emociones por medio de algunos procedimientos. Por norma, nosotros aconsejamos que aprendan a usar la respiración controlada (respiración diafragmática) si el estado emocional al que se debe enfrentar muchas veces es la ansiedad, pánico, rabia u odio. En muchos centros cívicos y sociales se hacen grupos de

relajación donde uno puede apuntarse. Del mismo modo, en *internet* hay vídeos-tutoriales sobre cómo realizar correctamente la respiración diafragmática. Durante la práctica de estos ejercicios “en caliente”, aconsejamos que se den también mensajes positivos tipo: *ya has pasado por esto otras veces; al cabo de un rato, ya sean minutos, horas o días, habrás vuelto a tu normalidad; ahora estás en un pico o bajada, pero volverás a remontar; después de esta tormenta emocional, vendrá un momento de calma.*

El uso de la atención plena o *mindfulness* es otra manera de aprender a manejar las emociones negativas intensas. Ya hace años que está “de moda”, por lo que es importante dar una información adecuada sobre dicha práctica. No se trata meramente de una técnica, sino de una forma de ver la vida, con la motivación básica de desarrollo de uno mismo y de favorecer también el de los demás, entre otros muchos aspectos. Lo aconsejamos especialmente si se es muy inestable emocionalmente o si se tiene una ira que “tapa” otras emociones más profundas (por ej. tristeza, miedo). El entrenamiento en este procedimiento puede inicialmente practicarse en algunos centros de salud mental y centros cívicos. La práctica cotidiana y diaria de la atención plena o *mindfulness* debe realizarse en un entorno tranquilo, sin interferencias (ruidos, personas, etc.). Durante un espacio de tiempo progresivamente mayor, uno tiene que “centrarse en el presente”. Esa apertura a la realidad del momento incluye tanto aspectos físicos del entorno (sonidos, olores, gustos, etc.) como el mundo interno que aparece en su mente (tanto de aspectos agradables como desagradables). Durante la exploración del mundo interno, aconsejamos la actitud de un niño pequeño que se acerca por “primera vez” a sus emociones y pensamientos desde una posición neutral, sin hacer juicios de valor. De esta forma, se evita el diálogo interno excesivamente crítico con uno mismo. Esto facilita un clima de “aceptación”, más que de “evitación”, “enganche” o negación de las experiencias internas negativas. A su vez, permite entrar “en contacto” con aspectos positivos del propio implicado pasados por alto hasta ese momento. Durante su práctica, puede llegarse, no solo a identificar y “abrazar” sus emociones y pensamientos del presente, sino a conectar con los motivos que hay tras ellos. De este modo, uno se hace, no solo consciente y respetuoso con sus emociones, sino “sabio” en sus razones.

Relativizar la manera de pensar cuando se está inestable

Es importante ser consciente de que no hay una sola manera de ver la vida, a los demás y a uno mismo. Cada visión de la “realidad” muchas veces dependerá del estado emocional del momento. Cuando uno está muy ansioso, todo se ve alarmante. Cuando uno está triste, todo se ve negro y sin posibilidad de mejoría. Cuando uno está muy enfadado, todo tiene un “pero” y nadie hace nada bien.

El uso de diarios emocionales puede ser una ayuda para que se den cuenta de que la manera de pensar va a variar en función de su estado emocional. Para ello, en primer lugar es necesario que uno identifique y anote el estado emocional del momento (rabia, felicidad, tristeza, ansiedad o miedo). A continuación, ha de escribir cómo valora su vida, su individualidad, la gente cercana y el mundo en general en dicho momento. Posteriormente, debe repetir este proceso cuando se sienta en un estado emocional distinto. A la larga, la persona ha de comparar su manera de pensar en uno u otro estado emocional. Por norma, la visión de la realidad será muy diferente entre los distintos estados emocionales. Esto ayuda a que se dé cuenta de que la manera de ver las cosas es realmente una realidad sentida (razonamiento emocional) más que una realidad objetiva.

También aconsejamos que cuando se encuentre inestable sustituya en sus valoraciones las formas verbales “es” por “siento”. Por ejemplo, no es lo mismo que estando depresivo diga “la vida es una porquería” a “en estos momentos siento que la vida es como si fuera una porquería; ya pasará”. En el tema concreto de la idealización no es lo mismo que, cuando hayan tenido un primer encuentro positivo con alguien, diga “es el hombre de mi vida” a “me he sentido muy bien estando con él; ya veremos cómo va la próxima cita”.

Relativizar la manera de pensar en comparación a otras personas

Otro de los problemas derivados de un alta emocional es la dificultad para escuchar y comprender a los demás sin el “ruido” o distorsión de las propias emociones. Siguiendo esta metáfora, cuando la “música” (emociones) que suena en la cabeza está muy alta, puede resultar muy difícil suponer que otros la puedan “escuchar” (percibir) con otra

tonalidad. El resultado final es que bastantes personas con TLP creen erróneamente que los demás ven las cosas como ellos mismos las ven. Recomendamos que no den por hecho lo que el otro piensa o siente basándose en su propio criterio. Es muy importante que se acostumbren a preguntar al otro cómo ven u opinan sobre los temas que a ambos les interesan. Las preguntas han de realizarse en formato abierto (pronombres *qué* o *cómo*) en vez de formato cerrado (pronombres *por qué*). Por ejemplo, no es lo mismo que diga: “¿por qué es esa chica tan seca?” que “¿cómo te pareció esa chica?”.

Como norma general, aconsejamos que no se asuman los propios sentimientos internos (por ej. tristeza) como prueba de una realidad externa (por ej. supuesto rechazo de un amigo). El sentimiento interno siempre se origina por una interpretación personal de la realidad externa. Por tanto, hay tantas “realidades” como interpretaciones personales se hacen de lo que pasa a nuestro alrededor. Por ejemplo, alguien ríe al fondo de la calle; uno podría pensar que se burlan de él y se deprimirá o enfadará por ello; sin embargo, otro en la misma situación podría pensar que están hablando de cosas que no tienen que ver con él y seguirá su marcha como si nada.

Por lo general, muchos tienen una visión bastante distorsionada de todos aquellos sucesos relacionados con los vínculos con los demás. Hay que matizar que no es tanto una distorsión de los recuerdos traumáticos de su infancia, como de los hechos del presente ya siendo adultos. Por tanto, pueden no solo sufrir más rechazo “real/objetivo”, sino que suelen ser más susceptibles a percibirlo como tal ante situaciones que muchos otros no lo sentirían así. En este sentido, deben ser conscientes de que tanto un estado emocional intenso como el miedo inconsciente a que se repitan situaciones negativas de la infancia pueden facilitar una visión de los hechos diferente a la que otros sin esta “mochila” pueden tener ante la misma situación. Cuando uno empiece a asimilar esto, aconsejamos que comience a emplear la forma verbal “yo creo/parece/siento” en vez de “es” (“esto es así”) al referirse a sus opiniones sobre las cosas, especialmente aquellas que tienen que ver con las relaciones con otros significativos. Por ejemplo, no es lo mismo que diga que “esa persona es una seca” a “esa persona parecía de mal humor cuando se le preguntaba”. También es un hábito saludable y “relajante” renunciar a tener siempre la razón, de modo que no se invierta una energía mental innecesaria que solo cause frustración. Aceptar que cada uno tenemos “planos diferentes” de una realidad compartida es la mejor manera para no ir por la vida “sentando cátedra”.

Vigilar la toma de decisiones relevantes en un momento emocional intenso

Como norma, el arrepentimiento suele acompañar cualquier decisión relevante llevada a cabo bajo un estado emocional intenso. En ocasiones, estas decisiones obligatoriamente han de tomarse justo cuando uno se halla en dicha situación emocional. Por ejemplo, algunas madres con TLP tienen que tomar decisiones acerca del régimen de custodia de los hijos, bien cuando están deprimidas, bien cuando continúan enfadadas con el padre de los menores.

Por norma, si se está inestable emocionalmente es aconsejable consultar la decisión preliminar a alguien “de confianza” y ajeno al problema. La opinión de esta persona cercana ha de tenerse muy en consideración. Así mismo, toda decisión relevante ha de ser reevaluada en el tiempo antes de ser ejecutada. Esto quiere decir que, siempre que sea posible, hay que permitir “reposar” las decisiones al menos unas horas o días para valorar si se introducen matices que las hacen más adecuadas para la situación. Por ejemplo, si se está enfadado con la suegra será más adecuado hablarlo con la pareja unas horas después del conflicto en vez de responder directamente a esta con el “calentón” del momento.

A nivel general, recomendamos que cualquier decisión adoptada debería basarse en una visión de esas cosas (por ej. comprar una casa, dejar una relación sentimental) consistente en el tiempo e independientemente del estado emocional del momento. Por ejemplo, la decisión de tener un niño no debe fundamentarse en un pico de felicidad. Al contrario, tendría que mantenerse firme a lo largo de varias semanas o meses, tanto si se está muy feliz como si está algo triste o nerviosa. Cualquier decisión relevante que no cumpla estos criterios corre el riesgo de ser tomada a la ligera.

Reducir el consumo de las drogas que afectan a la estabilidad del ánimo

Muchos pacientes se “automedican” consumiendo drogas. Algunos usan la cocaína para afrontar inseguridades; otros emplean el *cánnabis*, el alcohol y los ansiolíticos (en exceso) para evadirse de pensamientos y emociones negativas. En todo caso, la mayoría que se automedican con estas drogas no son conscientes de que estas empeoran

realmente la inestabilidad del ánimo que pretenden mejorar. Darse cuenta del papel que las drogas tienen en la vida emocional es el primer paso en el proceso de mejoría.

El siguiente paso es ir reduciendo muy progresivamente su consumo. La reducción progresiva es especialmente relevante en aquellos que tengan riesgo de desarrollar síntomas de abstinencia (“mono”) o que estén en un momento emocional delicado. Por ejemplo, si alguien fuma 10 “canutos” al día podría ir reduciendo su consumo a razón de una unidad cada dos semanas. Siempre es recomendable ir eliminando de manera sucesiva aquellos consumos que tienen un menor impacto emocional, por ejemplo, aquellos que se consumen en horas “muertas” o simplemente *porque sí*.

A veces no es realista abandonar totalmente el consumo ya que su uso está muy ligado a situaciones emocionales muy concretas desde hace años. Por ejemplo, alguien que es muy desconfiado puede usar siempre el alcohol para no pensar cuando se encuentra en situaciones sociales muy novedosas. Esto también quiere decir que el riesgo de recaídas es elevado y no una excepción. Por todo ello, las recaídas en el consumo se han de entender como parte lógica del proceso de mejoría a largo plazo más que como un fracaso en sí.

En general, ha de tenerse presente que el consumo de drogas es una manera peligrosa de gestionar las emociones, especialmente las negativas (tristeza, ansiedad, etc.). Con su consumo, solo se añade un problema al que ya se tiene. El abuso de drogas solo tapa el problema emocional, lo perpetúa y lo agrava.

Nuestra recomendación general es que si cree tener un problema con las drogas consulte esto con un especialista en adicciones. Estos profesionales dan pautas para ir reduciendo su consumo, así como para enfrentarse de una manera más saludable a aquellas situaciones emocionales negativas.

VACÍO, DEPENDENCIA EMOCIONAL PATOLÓGICA Y NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

Álvaro Frías y Ferrán Aliaga

Descripción

El vacío emocional es la “sensación de la nada”. Algunos hablan de una intensa sensación de soledad y pánico cuando experimentan el vacío emocional. Este sentimiento de soledad tiene a veces sus orígenes en momentos de la infancia en los que se sintieron absolutamente desamparados (“huérfanos emocionales”) y sufrieron en silencio los problemas que había a su alrededor (por ej. maltrato del padre a la madre). Aquellos que experimentan vacío emocional señalan que son insignificantes por sí mismos.

Todo aquel que siente vacío emocional hace intentos constantes para compensar esa sensación que es vivida como una angustia vital profunda y desesperante. La mayoría de las veces intenta experimentar emociones muy fuertes para dejar de sentirlo. Esto puede volverle en cierta manera adicto a las emociones (“buscadores de sensaciones”) o al trabajo. No es raro que no se tolere la estabilidad emocional porque es vivida con aburrimiento. Los “subidones” emocionales (positivos o negativos) hacen sentir en última instancia que uno está vivo. En otras ocasiones, se afronta ese vacío emocional buscando un sentido a su vida a través de los otros. Muchas veces señalan que cuando no hay nada que encontrar dentro de uno mismo, a lo mejor el significado de su existencia está en el exterior. En ocasiones, la mera presencia del otro ayuda falsamente a reducir o tapar ese vacío emocional. Algunas personas con TLP que tienen gran vacío emocional manifiestan un discurso muy introspectivo y filosófico acerca de la vida, la muerte, el ser humano y la existencia. Esto hace que los problemas más “mundanos” referidos por los demás sean percibidos como insignificantes. A la larga, van poco a poco recluyéndose en sí mismos, ya que sienten que no pueden compartir con nadie esta manera tan

“trascendental” de entender la vida.

Consecuencias

La dependencia emocional es uno de los problemas más habitualmente referidos entre aquellos que experimentan vacío emocional. Esto conlleva que acaben teniendo relaciones sentimentales precipitadas, sin tener en cuenta a quién “tienen delante”. A veces la dependencia emocional les arrastra a que se marchen a vivir con una pareja sentimental a las pocas semanas de haberla conocido. En otras ocasiones van “saltando” de relación en relación sin permitirse estar más de un mes sin una pareja sentimental. Esto último les da una falsa sensación de estabilidad emocional cuando en el fondo están evitando enfrentarse al temor a la soledad. La dependencia emocional conlleva que aguanten las relaciones independientemente de lo que reciben del otro. Muchas veces pasan largas temporadas sentimentales con gente dominante o incluso maltratadora a nivel psicológico y/o físico. Detrás de toda dependencia emocional hay siempre un intenso temor al abandono y a la soledad.

La dependencia emocional tiene otras muchas variantes. Una de ellas es la idealización de un primer momento con alguien que se acaba de conocer. Por norma, una primera buena impresión sobre alguien tiende a ser vista con idealización (“es diferente”; “es especial”). De este modo, se percibe al otro como un posible amigo que siempre estará a su lado o como alguien que será su pareja para el resto de su vida. Se confunde la ilusión y alegría de un momento con la idealización del otro. A veces, incluso un simple gesto por parte del otro (por ej. una sonrisa, un roce con la mano) puede generar una cascada de emociones que desembocan incluso en la “erotización” de la situación si el otro es del sexo deseado. En este caso, pueden tenerse enamoramientos repentinos o se convencen equivocadamente de que el otro lo está. Pueden fantasear que es el “príncipe azul” que por fin ya ha encontrado. La idealización de una persona o situación es habitualmente una visión muy sesgada de la realidad externa y “bebe” de las frustraciones infantiles. Esto quiere decir que cuando alguien no ha sentido cariño o se ha sentido muy solo en el pasado, es más probable que le dé un valor extremadamente

relevante a un acto puntual o inicial de afecto por parte de una persona de su presente. A partir de ello, cualquier “choque” posterior con la realidad en forma de desencuentro con esa persona, bien porque no responde a las expectativas autocreadas, bien porque realmente hace algo mal, puede dar lugar a dos reacciones. Un subgrupo TLP sentirá el hecho negativo posterior como una enorme decepción y desengaño. Esto da lugar a un patrón continuado de relaciones cortas e intensas en “montaña rusa”, que son percibidas con frustración e impotencia. Hemos visto casos en los que se ha creído que el terapeuta estaba enamorado del paciente y cuando este le ha confrontado dicha idea, decidió denunciarlo por haber “jugado con sus sentimientos”. Por el contrario, otro subgrupo TLP mantendrá la idealización por muy graves y reales que sean los hechos negativos (por ej. maltrato físico) perpetrados por esa otra gente inicialmente “positiva”. Cualquier manera de idealizar a otro siempre encierra un profundo sentimiento de desprecio y baja autoestima hacia uno mismo.

Aquellos que tienen vacío emocional pero no creen que puedan ser queridos, optan por buscar un falso cariño a través de las relaciones sexuales puntuales con mucha gente. Creen que ser un objeto sexual es lo máximo a lo que pueden aspirar en una relación con alguien. De hecho, muchos han sido víctimas de abusos sexuales en la infancia y, sin darse cuenta, reproducen el trauma del pasado buscando en el presente relaciones de las que solo se puede esperar un encuentro sexual (revictimización). Esta promiscuidad sexual les pone además en riesgo de violaciones y enfermedades de transmisión sexual. Pasado el acto sexual, puede haber un intenso sentimiento de culpa, pero hay una necesidad todavía mayor de volver a buscar alguien que al menos les desee en el plano sexual.

En otras ocasiones, manifiestan la dependencia emocional a través de lo que ha venido a llamarse co-dependencia. Esto quiere decir que mantienen relaciones íntimas en donde actúan con el papel de cuidador del otro (pareja, amistad, padres). En el fondo, cuidan al otro como les gustaría ser cuidadas. Las personas co-dependientes casi nunca se han atrevido pedir que las cuiden por miedo a ser una carga para el otro. Aquel que es cuidado suele ser alguien, bien pasivo que parece “buscar un nuevo papá/madre”, bien alguien impedido por tener problemas mentales o físicos graves que precisan de ayuda por parte de otro. Algunos “co-dependientes” incluso llegan a cuidar a un padre ya anciano que pudo abusar física o sexualmente de ellos en su niñez. Generalmente, los

“co-dependientes” han sido menores que no tuvieron infancia, es decir, fueron niños que crecieron muy rápido al tener que asumir un rol en casa más como madre/padre que como hijo. En muchas ocasiones, uno de los padres padecía de depresión o no estaba en casa porque se marchó, falleció o pasaba muchas horas trabajando. Sea como fuera, desde la infancia fueron la figura referente de los otros hermanos o incluso cuidaban a la madre cuando estaba deprimida en cama. Siguiendo el patrón de su infancia, los “co-dependientes” acaban realizando, bien trabajos profesionales tipo auxiliar de geriatría o enfermería, bien labores de voluntariado. En consulta, les cuesta mostrarse vulnerables (incluido llorar) o pedir una visita urgente y no programada de antemano. En las terapias de grupo hacen las veces de terapeutas auxiliares en vez de pacientes. Esto dificulta que puedan hablar de sus emociones, que evitan mostrar para no dar pistas al otro sobre su vulnerabilidad o para no sentirse una carga.

Más allá de la dependencia emocional, existen otras vías por las que el vacío emocional causa consecuencias negativas a la hora de relacionarse con los demás. En este caso, ya no se busca la intimidad emocional en una relación prolongada, sino la aceptación y/o reconocimiento por el mundo en general. Por ejemplo, aquellos que tienen miedo a la intimidad pero que a la vez se sienten vacíos emocionalmente buscan alternativas para encontrar una solución a este dilema. Generalmente, la solución adoptada es ser el centro de atención a nivel social. La búsqueda constante de atención de los demás es enseguida interpretada como una señal de egocentrismo en aquel que lo pone en práctica. Se está tan pendiente de agradar y ser reconocido que muchas veces no se tiene en cuenta las necesidades de los demás. Los otros son meramente utilizados para poder satisfacer la necesidad de atención. Una vez conseguida la atención de alguien, deja de tener interés. De este modo, la persona con TLP se vuelve muy dependiente de los demás, pero no a un nivel emocional o íntimo, sino superficial (*de conquistar*) y puntual. Pueden tener muchos conocidos, que erróneamente calificarán como amigos. Cambiarán de conocidos constantemente ante el menor conflicto con otros. Como no importa el otro como tal, un “cromo” siempre se puede cambiar por otro. Por norma, la gente que les rodeará suelen ser superficiales y muy relacionadas con el mundo de la noche, el ocio y la televisión. La manera de reclamar atención suele ser a través del físico. Llevan ropa provocativa o estrafalaria. Abusan de los tatuajes en el cuerpo. Buscan provocar con sus comentarios. Lo importante es ser el centro de atención; si es

por algo positivo, mejor. La fantasía de fondo es como ser una *reina de carnaval*, en donde los demás son una audiencia que aclama a su paso. Son competitivas con aquellos que perciben como rivales y creen que les puede quitar su *trono*. Quieren básicamente vasallos que actúen como su séquito. Al final, están convencidos que las relaciones con los demás son puramente superficiales y egoístas, sin entender que solo se relacionan con un grupo muy concreto de gente. Muchas mujeres con TLP se someten a continuas cirugías estéticas, teniendo como modelo ideal una *barbie*. Los casos de excesiva preocupación o malestar por determinadas partes del cuerpo (dismorfofobia) son recurrentes en este subgrupo.

Otra manera de buscar aceptación social es adaptarse constantemente a los diferentes ambientes en los que uno se mueve (difusión de la identidad). De este modo, el TLP es una especie de camaleón social que analiza a quién tiene delante y copia sus actitudes, filosofías, aficiones y vestimenta para sentirse parte de algo más grande que sí misma. La manera de socializarse es hacer propio lo ajeno. El paciente con TLP es tantas personas diferentes como ambientes en los que se mueve. Puede ser “alternativa”, “clásica” y *rockera* en cuestión de una semana. Tan solo basta que quede con gente diferente. Algunos incluso asumen el rol de enfermo cuando se les informa del diagnóstico clínico (*soy un TLP*). A partir de ello pueden incluso imitar síntomas que ven en otros y no se permiten crecer o evolucionar más allá de dicha etiqueta diagnóstica. En ocasiones, buscan forzar ingresos psiquiátricos (hospitalismo) para reforzar esa idea de “enfermo”. Las relaciones con los demás se basan en hablar del TLP incluso al poco tiempo de conocerlos. Esto será visto por los demás como una actitud victimista, donde se busca ser cuidado a través de su problema psiquiátrico. En general, el paciente con TLP convierte en bandera el refrán “dime con quién andas y te diré quién eres”. Curiosamente, estas “múltiples personalidades” serán valoradas por algunos como prueba de que *no tienen personalidad*.

Otra de las consecuencias negativas del vacío emocional es que el afectado precisa vivir emociones fuertes para compensar ese sentimiento profundo y angustiante de la nada. Por ello, los allegados que podrían dotarles de una cierta estabilidad son percibidos como sosos y sin personalidad. Incluso a veces hay un sentimiento de profundo menosprecio hacia todo aquel que no quiere sentir la vida con estos subidones. Esto ayuda a que acaben juntándose con otros que refuerzan un estilo de vida caótico y poco

saludable, muchas veces en ambientes donde las peleas son frecuentes, se consumen drogas, se realizan orgías, o se realizan actos delictivos (robos).

Algunos que buscan sensaciones diferentes (buscadores de sensaciones) tienen incluso relaciones sexuales con gente del mismo sexo a pesar de no ser realmente bisexuales u homosexuales. También algunas mujeres con TLP que fueron abusadas sexualmente pueden incurrir en relaciones homosexuales como respuesta postraumática de rechazo y asco hacia los hombres en general. Esto puede conducirles a malentendidos porque muchas veces la otra persona sí que es realmente homosexual y puede querer tener algo más estable con ellos.

Recomendaciones

Enfrentarse a la angustia de la soledad

Normalmente la gente con TLP se siente abrumada con la simple idea de hacer frente a la angustia que genera el vacío emocional. Por ello, pueden pasar de relación en relación sin un solo periodo de soledad sentimental. Por norma, permitirse un tiempo sin una relación sentimental es un ejercicio vital para los afectados de TLP. Sin embargo, esto no será realista si se está pasando un momento de mucha inestabilidad emocional o bien mantiene en el presente una relación sentimental. En este último caso, aconsejamos que se expongan a esta angustia a través de determinadas situaciones que impliquen estar a solas con uno mismo. Por ejemplo, ir a solas a tomar un café, a comprar ropa o a pasear por la montaña/arena son grandes avances para todo aquel que ha hecho de la compañía un método para no enfrentarse a la soledad.

Es preferible ir con una libreta en donde uno pueda apuntar los pensamientos y sentimientos que está percibiendo “en caliente”. La duración de estas actividades debería ser tal que permita notar un pico en la angustia y posteriormente una reducción de la misma aunque no desaparezca completamente. Cuantas más veces haga estos ejercicios, menor ansiedad y vacío emocional experimentará cuando esté solo.

Generalmente el paciente con TLP sentirá en estos ejercicios un profundo sentimiento de soledad. Es importante poner en papel este sentimiento sin juzgarlo como propio de alguien débil o mediocre. Al contrario, es necesario comprender que la soledad es un sentimiento muy doloroso del que se ha intentado huir mediante la “adicción” al sexo, las drogas o las relaciones sentimentales. En este punto de los ejercicios, aconsejamos el uso de frases mentales que reafirmen la búsqueda de seguridad y protección a través de uno mismo (“estoy contigo”, “no estás solo”, “me tienes a mí”, “calma, se irá pasando, respira poco a poco”). En vez de usar frases mentales, también puede grabar estos mensajes de audio o vídeo en el móvil justo antes de realizar los ejercicios propuestos.

Aquellos que se enfrentan satisfactoriamente al vacío emocional tienen más posibilidades de darse cuenta de que la manera de amar que tenían hasta ahora no era amor, sino amor junto con dependencia emocional patológica. Solo entonces se dan cuenta de que su manera de amar no es la “auténtica” o sana. El amor suma a través del otro; la dependencia emocional patológica tapa a través del otro.

Buscar maneras adaptativas de satisfacer la búsqueda de sensaciones

Existen ciertos trabajos y actividades de ocio que pueden ayudar a canalizar adecuadamente la búsqueda de sensaciones. A nivel laboral, toda profesión que tenga un cierto subidón de adrenalina puede cumplir esta función. Entre estos empleos podría mencionarse ser bombero, trabajar en ambulancias, ser voluntario para *ONGs* que se desplazan a catástrofes, ser actor de doblaje para escenas de riesgo, ser entrenador para perros de presa, ser instructor de defensa personal, ser monitor en deportes de riesgo, etc.

Los empleos a jornada parcial, con cambio de turno, viajes periódicos o guardias son más idóneos para buscar sensaciones que aquellos trabajos estables a jornada completa. En el caso concreto de los empleos con cambios de turno o guardias debe vigilarse que no haya graves alteraciones del sueño que afecten a la inestabilidad del ánimo.

A nivel de ocio, distintas actividades lúdicas pueden aportar ese necesario plus

emocional. Nosotros por norma aconsejamos realizar deportes de riesgo (escalada, *rafting* o *motocross*), ir a parques de atracciones o ver películas de terror. Si su economía se lo permite, pueden realizar viajes puntuales y de corta duración (menos de 15 días) a países exóticos donde conocer gentes o culturas distintas a la occidental (por ej. Amazonas, Tíbet, Tailandia). Los viajes no deben interpretarse nunca como una manera de evadirse de los problemas de la vida diaria.

Cambiar la manera de vincularse con los otros

Tanto la dependencia emocional como la necesidad de ser el centro social conllevan maneras muy radicalizadas de relacionarse con los demás. Ninguno de los dos casos supone un equilibrio entre entregarse a los demás y a uno mismo. En el primer caso, tendiendo a vínculos selectivos y fusionales. En el segundo caso, tendiendo a vínculos generalizados, superficiales y transitorios. En función del polo al que “tire” la persona en un momento dado, el objetivo será uno u otro. Esto quiere decir que es habitual que ambas maneras de relacionarse puedan darse en el mismo paciente, pero en periodos distintos de su evolución. Para una mejor caracterización de esta dualidad recomendamos que vean la película *La Herida* (2013), ópera prima del director Fernando Franco. Básicamente esta película narra el día a día de una mujer que no sabe que tiene un TLP, pero que sufre las consecuencias emocionales, familiares y sociales de padecerlo.

Los pacientes con dependencia emocional han de aprender a tener conocidos y amigos no íntimos que se sitúen en un nivel inferior de compromiso emocional al que están acostumbrados a tener. Así mismo, han de permitir que sus seres queridos puedan tener amigos íntimos al margen de ellos mismos. Es decir, han de hacer un esfuerzo para fortalecer la individualidad propia y la de su ser querido al margen de la relación entre ambos. En el primer caso, aconsejamos que busquen activamente realizar una actividad social (gimnasio, grupo excursionista, etc.) que fomente relaciones con otros significativos. Es importante que se permitan tener “colegas” o conocidos con los que compartir espacios lúdicos y de ocio, sin que ello deba de por sí afianzar una relación más íntima. En este caso, ha de controlarse la tendencia a querer volver íntima toda relación con alguien que le cae bien. Es relevante que aprendan a moverse en relaciones

con niveles intermedios de profundidad emocional. También pueden retomar contactos parcialmente abandonados de su pasado (amistades de la escuela o de un antiguo trabajo). Si tienen alguna amistad en la actualidad, es importante que cumplan ciertos rituales sociales. Nosotros aconsejamos a alguien con dependencia emocional hacia su pareja o hacia su hijo adolescente que se permita tener un espacio con una o dos amistades, por ejemplo, los últimos viernes de mes. No debería anular los planes con esta otra gente para poder estar a toda costa con quien se es dependiente emocionalmente. En el caso de conocer gente nueva, la apertura emocional debe ser progresiva y no “en canal” (por ej. hablar enseguida de sus traumas, diagnóstico, etc.). Esto es muy importante porque algunas veces se tiende a contar muchas intimidades a las pocas horas de empezar a conocer a alguien. Esta incontinencia emocional suele generar desbordamiento en los demás, pese a que no se lo digan claramente. La entrega hacia esta gente debe ser además sin esperar nada a cambio. Lo que se hace por el otro solamente debe responder al deseo personal de hacerlo; en ningún caso buscando ninguna compensación emocional “no escrita” entre ambas partes (agenda oculta) (por ej. “le acompaño a sus médicos esperando que cuando yo lo necesite esté conmigo”). Si el otro corresponde en medida similar supone un “extra”, pero no es una obligación o sentido común. Es un error asumir que como uno se da a los demás, debe recibir lo mismo a cambio. Esta expectativa equivocada es causa habitual de insatisfacción, decepción y “viraje” del amor al odio en los pacientes. Normalmente no se dan cuenta de ello y lo viven más bien como que los demás son siempre egoístas y les fallan cuando lo necesitan. Es importante que también vigilen cómo idealizan inconscientemente a la persona que acaban de conocer. Han de relativizar y tomar distancia de estas idealizaciones que les aparecen sin control. Aconsejamos frases tipo: “calma, todavía es muy pronto para sacar conclusiones”; “poco a poco irás conociéndolo mejor”; “ahora has visto muchas cosas positivas, pero ten claro que irán apareciendo negativas como todos lógicamente tenemos”.

Del mismo modo, ante esa gente nueva también es relevante que vayan mostrándose poco a poco como realmente son, no como creen que deberían ser o como creen que al otro les va a gustar que sean. Simular ser alguien que uno no es implica un alto desgaste emocional y un claro alejamiento de uno mismo. A la larga, quien realmente somos se hace visible para el otro. De hecho, la gente del entorno se puede sentir muchas

veces engañada por la falsa apariencia inicialmente proyectada (deseabilidad social).

En cuanto al espacio personal de la persona querida, es muy importante que a esta no se le “bombardee” con *sms/whatsapp* continuados mientras esté fuera de casa o con otro allegado. Aconsejamos que tenga ocupado ese tiempo de espera en otras actividades que le mantengan ocupada (ver películas, lectura, etc.). Ante el riesgo de escribir un *sms/whatsapp* precipitado, nuestra recomendación es que lo escriba primero en papel y lea de nuevo lo escrito al cabo de 10 minutos. Si duda acerca de su idoneidad, no debería escribirlo como texto de *sms/whatsapp* posteriormente. En el reencuentro con el ser querido debe evitarse el uso de interrogatorios o lenguaje no verbal de desaprobación (por ej. “poner morros”). Para seguir esta consigna, debe previamente hablarse mentalmente con frases tipo: “que esté con otra persona, no significa que no me quiera”; “tiene derecho a tener otras personas a las que apreciar”; “es importante que su vida no se limite a una sola persona”. Aconsejamos que grave estas frases en su móvil y las oiga de su propia vez cuando está en esos momentos delicados.

Por norma, cuanto más libre se sienta el ser querido de hacer sus cosas por su cuenta, más fácil será que se acabe acercando sin pedirlo. De no cumplirse estas pautas, muchas relaciones acaban rompiéndose porque el ser querido se “ahoga” en estos vínculos tan dependientes.

En el contexto terapéutico, algunos pacientes abandonan la psicoterapia cuando sienten que el profesional no satisface sus expectativas de ser cuidados. Muchas veces, esta expectativa depositada en el terapeuta es que ejerza de “salvador incondicional” ante sus problemas. Sobre esta cuestión, es importante que hagan un esfuerzo para expresarle dicha frustración con sinceridad, de modo que puedan reubicar al profesional en el papel que le toca y no en el que a uno le gustaría dada su dependencia emocional.

Respecto a quienes buscan constantemente ser el centro de atención, un primer objetivo es que toleren no “llevar la voz cantante” en grupos. Es decir, deben permitirse en ocasiones estar en un segundo plano cuando participan en conversaciones con más gente. Por norma, esto consistiría en hablar menos y escuchar más en cenas, reuniones, actos sociales, etc. Por ejemplo, si van a una discoteca pueden intentar no pisar el *pódium* en toda la noche. A veces, la forma de reclamar la atención no es a través del habla, sino con la vestimenta. En dicho caso, les proponemos que toleren llevar

puntualmente una ropa menos estridente o provocativa, por mucho que argumenten que eso implicaría renegar de su estilo o *look* personal. Permitirse no estar en “primer fila” será al principio vivido con angustia y malestar, pero es absolutamente fundamental para que empiecen a ser progresivamente menos dependientes de la aprobación superficial de los otros. Aconsejamos que en esos momentos de riesgo se digan: “calma, deja que otros hablen”; “no seduzcas con la mirada”; “permite que otros también puedan ser protagonistas”; “es su día, no el tuyo”.

El segundo objetivo en aquellas personas que quieren ser el centro de atención es que busquen relaciones más selectivas y profundas para trabajar la apertura emocional. La apertura emocional no es tanto citar contenidos personales como utilizar un lenguaje más profundo (lenguaje emocional) que incluyera verbos como “deseo”, “quiero”, “necesito”, “siento”, etc. Es importante elegir bien la persona y el momento. Como se ha comentado, quien busca ser el centro de atención muchas veces acaba juntándose con gente o ambientes superficiales. Por norma, este perfil de gente no debería ser testigo o receptor de esta nueva manera de relacionarse. Aconsejamos que se valore dar ese paso con alguien que no forme parte habitual de su vida de ocio (familiar, amigo de toda la vida, pareja, etc.). Debería ser alguien que en algún momento haya dado muestras claras de preocupación e interés por ella, independientemente de si luego ha seguido su consejo. El momento no debe ser uno que esté de base condicionado por un tema predeterminado o por un acto ya ritualizado (por ej. cumpleaños, bautizo, etc.). Es preferible que la apertura emocional se haga en una conversación informal en la que ambos compartan un momento distendido y sin guión previo.

Si ya se inicia esta apertura emocional, es muy importante que realice ciertos sacrificios personales por el otro, sin esperar nada a cambio por ello y a pesar de que el otro no se lo haya pedido (por ej. acompañar al otro al médico porque no tiene coche). El único propósito debe ser hacer feliz al otro porque necesita algo. De este modo, uno empieza a descentrarse de sí mismo y comienza a considerar las necesidades individuales de los demás. Esto supone el inicio del interés genuino por los demás. En general, esta meta es muy importante en aquellos pacientes que buscan ser el centro de atención, dado que no suelen mostrar preocupación desinteresada por los otros.

Cuidarse más uno mismo

Algunas personas con TLP actúan como meros cuidadores de los demás. Son muy bien valorados porque siempre tienen una sonrisa para los otros, un “enseguida te echo una mano”, un exceso de cordialidad. Sin embargo, el peaje que pagan con ello es pasar por alto sus propias necesidades. El mensaje de fondo que siempre transmiten es que el otro es más importante que ellos. Se “venden a bajo precio” como reflejo del poco amor por sí mismos. El objetivo de la terapia es invertir esta dinámica.

Por un lado, ha de aprenderse a tolerar decir “no”. Como regla general, aconsejamos que solo ayuden a aquel que haya dado muestras de querer ayudarse a sí mismo y, a la par, haya mostrado interés por ellos en alguna situación. Partiendo de esta regla, podrían ahorrarse relaciones muy tóxicas y parasitarias. En el caso de que valoren poner límites a alguien, está la duda de cómo decir “no” cuando no se está acostumbrado a ello. Nosotros recomendamos que aprenda a decir una negación (“no”) a otro a través de una afirmación (“sí”) a ella misma. Por ejemplo, si se decide no darle dinero a alguien que cree que no se lo va a devolver, es más tolerable que diga una frase tipo “ese dinero sobrante quiero gastarlo para unas deudas más con el alquiler de la vivienda”. Este tipo de frases debería incluir el uso de verbos tipo “prefiero” o “deseo”. Si el otro insiste en la petición, la frase dicha en un primer momento debe repetirse literalmente hasta que el otro ceda en su pretensión. En algunas ocasiones, es inevitable tener que decir un “no” directo a alguien. Decir un “no” convincente implica conectar con la rabia que supone poner límites a otro. La presencia o no de esta conexión es fácilmente observada por el otro. A grandes rasgos, es la diferencia entre un “no” rotundo y un “no” titubeante.

Algunos pacientes no se permiten conectar con la rabia del “no”. La rabia hacia otros les hace sentir ser malas personas, independientemente de la intensidad y la comprensibilidad de ese “no”. Algunos ejercicios permiten conectar con la rabia para poner límites a otros. Todo ejercicio de conexión con la rabia debería estar relacionado con la descarga de esta energía emocional a través de los brazos y manos. Estas partes del cuerpo son para la rabia como el cañón de una pistola para la bala. Por ejemplo, aconsejamos que cojan un papel. El papel debe representar aquello que no quieren hacer por alguien. Mientras imagina este contenido, puede, bien doblar el papel tantas veces pueda y luego pisotearlo con fuerza, bien romperlo en mil pedazos y tirarlo al suelo. Es

importante que mentalmente se diga frases tipo: “no hay derecho”; “¿y qué hay de mí?”, “ya está bien de siempre ser el último mono”. Ejercicios más intensos en esta dirección se pueden incluso hacer yendo a clases de boxeo. En algunos gimnasios existen instructores que ayudan a conectar con la rabia facilitadora de límites mientras se pega al saco de boxeo. A un nivel más modesto, esto también se puede trabajar en casa con algún objeto alargado de corcho, como los que se usan para aprender a nadar.

A la par que se aprende a poner límites a los demás, ese tiempo más disponible ha de orientarse a uno mismo. No es extraño que puedan sentirse egoístas por priorizarse en algunos momentos. Es importante que sepan que una autoestima saludable es aquella que mantiene un equilibrio entre la satisfacción de las necesidades propias y ajenas. Por muy artificial o extraño que les parezca, es aconsejable que hagan algunas actividades dirigidas exclusivamente a sí mismas. Ejemplos de ello serían ir a la peluquería, comprarse ropa, un masaje profesional, una comida/cena en un restaurante deseado, etc. Lo relevante es que conecte con lo que realmente desea y necesita ella misma, no los otros. Debe quedarle claro que esto no hará que se vuelva egoísta, por muy culpable que se sienta. Cuando lo haga es importante que se diga: “bien hecho”; “me alegro de que pienses un poco en ti”; “cuídate para poder cuidar” o “si no te cuidas tú un poco, nadie lo hará por ti”.

Reducir adicciones no saludables que tapan el vacío emocional

Como se ha comentado, muchas personas con TLP son en cierta manera “personalidades adictivas”. Esto quiere decir que la eliminación completa de todas las adicciones no saludables es más un ideal que una realidad. Partiendo de esta base, la persona con TLP debe inicialmente evaluar las adicciones que tiene. Ejemplos de ello son las compras compulsivas, los atracones de comida, la cleptomanía, las autolesiones, la sexualidad desenfrenada o sadomasoquista, las drogas, etc.

La segunda cuestión es si cree que alguna de sus adicciones sirve en parte para no afrontar el vacío emocional, independientemente de si siente placer al realizarlas. Una pregunta clave para ello sería: “¿recurso a esta adicción cuando me siento solo, abandonado o rechazado?”. Si la respuesta es “sí”, indudablemente es empleada en

alguna medida ante el vacío emocional.

En este punto, el tercer paso debe ser prevenir el uso de estas adicciones en momentos en los que se siente vacío emocional. Existen estrategias diversas para reducir este riesgo. Una primera sería evitar aquellos estímulos (cosas, personas, lugares) que hacen más posible caer en esa adicción. Por ejemplo, alguien con compras compulsivas debería evitar salir a toda costa de casa justo en el momento de experimentar vacío emocional. Si puede hacerlo, mejor sin acceso a tarjetas de crédito. Una segunda opción es realizar actividades distractoras que impidan a su vez llevar a cabo la adicción. Por ejemplo, alguien con adicción al sexo puede quedar con una amiga a tomar un café justo cuando empieza a sentir la tentación inicial de meterse en *chats*. Una tercera vía es anticipar mentalmente las consecuencias negativas por haber realizado la adicción. Por ejemplo, un adicto a la heroína puede visualizar mentalmente algún episodio previo que haya venido acompañado de intensa culpabilidad, malestar por parte de allegados o gasto excesivo de dinero. Si la anticipación de estas consecuencias negativas tiene relación con allegados, uno puede incluso llevar en la cartera una foto de estas personas significativas y en el reverso de la misma una cita tipo “no lo hagas”, “te veo mejor desde que no lo haces”, “tu mejoría nos alegra mucho”, etc.

DESCONFIANZA Y DESPRECIO HACIA EL MUNDO

Álvaro Frías y Carol Palma

Descripción

Muchos pacientes con TLP transmiten la sensación de estar enfadados con el mundo. Por lo general, manifiestan que el mundo ha sido injusto con ellos desde que eran niños. No creen que la gente se dirija a ellos de adultos para ayudarles en alguna ocasión de forma incondicional. Desconfían siempre de las intenciones de los otros (“parece esto, pero y si...”). La duda acerca de las intenciones de los otros hace que cualquier piropo o favor no sea vivido como auténtico (“este qué querrá...”).

Tras esta desconfianza generalizada hacia los demás hay un intenso miedo a que a uno le vuelvan a hacer daño como en otros momentos o experiencias vividos años atrás. Más allá de esta desconfianza generalizada, algunos incluso señalan tener un absoluto odio y desprecio hacia el ser humano. Indican que *el ser humano es egoísta por naturaleza; puedes ganar o perder*. Las relaciones con los demás son percibidas como la “ley del más fuerte”. En este planteamiento solo sobreviven aquellos que mejor defienden sus propios intereses. No hay nada que compartir salvo que haya un interés último en uno mismo. Los problemas de los demás son vividos como “insignificantes” o “chorradas”. La crítica hacia los demás, con mayor o menor fundamento, es el *leitmotiv* de sus conversaciones. Tras ello, ya no solo se observa un intenso temor a que a uno le vuelvan a hacer daño, sino una profunda rabia y odio por habitar un mundo en el que uno no cree y se siente un extraño por haber nacido.

Consecuencias

Aquellos que son muy desconfiados tienen graves problemas en las relaciones con los demás, sin que muchas veces se den cuenta de su papel en estos problemas de relación. Habría que diferenciar entre la desconfianza autocontrolada y la explosiva. En la primera, se transmite una sensación de tensión interna que puede “saltar” en cualquier momento. Observan mucho con una mirada fija. No hablan pero se nota que están atentos a lo que el otro dice escaneando la situación y sus facciones. Si hablan es posible que digan algo tipo: “¿Qué quieres decir con ello?”, “¿Por qué...?”. En general el lenguaje es seco y cortante. Parece más un interrogatorio que una conversación informal. Aunque la gente no lo diga, muchas personas se acabarán alejando porque se sienten muy tensos e incómodos hablando con alguien tan autocontrolado. Este alejamiento será equivocadamente interpretado por el paciente como señal de que efectivamente el otro no era de fiar.

Por otro lado, la desconfianza explosiva es mucho más predecible. Parece como si fueran con un “cuchillo entre los dientes”. Saltan a la mínima, cuestionan todo, se meten en peleas, etc. Lo que es más interesante, se sienten aludidos incluso por conversaciones que nada tienen que ver con ellos y que puedan estar realizándose a metros de distancia. Por ejemplo, alguien con desconfianza explosiva puede acabar peleándose con un grupo de jóvenes que, a 15 metros de distancia, comparten un momento de risas por cualquier tema de ellos. Por regla, la risa es vivida como una señal franca de menosprecio y burla por parte de este subgrupo con TLP. No habrá ni un intento de saber de qué pueden estar hablando los otros porque se sentirá directamente mencionado. Actuará en cortocircuito con la finalidad de resolver la cadena constante de humillación-venganza. Sin embargo, con frecuencia no será consciente de que esa cadena de emociones es totalmente autogenerada por sus traumas del pasado. Al contrario, creará que está directamente relacionado con su presente y las (malas) personas que le rodean. Los problemas legales como consecuencia de peleas son muy habituales en esta clase de pacientes.

En general, tanto los desconfiados autocontrolados como los explosivos quieren que los otros hablen siempre con claridad, pero ni aun así creerán al cien por cien lo que se les dice. Del mismo modo, poca gente les hablará con claridad por miedo a sus reacciones. A la larga, las personas desconfiadas acaban casi siempre aisladas o con muy pocas relaciones estables en su vida. Este aislamiento puede ser “pasivo”, es decir, como

consecuencia indirecta de una serie de relaciones que no acaban bien, o puede ser "activo", es decir, como solución buscada para no tener que volver a sufrir al relacionarse con otros. En este último caso, algunos se van a vivir a lugares con poca gente y se "retiran" a la montaña o a zonas deshabitadas adoptando un estilo de vida "okupa". Independientemente de su naturaleza, este distanciamiento del mundo completará un círculo vicioso por el que asumirán que, *efectivamente*, no pueden fiarse de nadie.

Por otro lado, aquellos que odian a la humanidad son muy parecidos a los desconfiados explosivos, pero pueden querer además castigar o dominar a los demás. Este odio hacia el mundo se refleja en una falta de relaciones igualitarias con otras personas. Las relaciones son básicamente entendidas como jerarquías. En estas jerarquías uno aspira a ser el amo y el mundo debe estar a sus órdenes. Cuando el mundo no "responde" a estos criterios es entendido como mediocre e ignorante. Por el contrario, si el mundo responde a estos criterios es interpretado como mediocre pero obediente. El lenguaje que utilizan con los demás es altamente ofensivo. Si el paciente es inteligente utilizará fina ironía y sarcasmo; si no es especialmente inteligente, abusará del insulto y las amenazas directas. Por lo general, una mayoría de la gente huirá de tener una relación con ellos, pues serán valorados como "tóxicos", explotadores e interesados. La frustración por no tener gente sumisa a cargo alimentará aún más si cabe este menosprecio hacia el mundo.

En consulta, los pacientes con TLP que son muy desconfiados pueden tener problemas muy importantes para establecer un adecuado vínculo terapéutico. Esto se traduce en dificultades para expresar al terapeuta sus sentimientos por temor a lo que este pueda hacer con dicha información. Permanecen casi siempre callados, con respuestas breves y actitud observadora. También es fácil que se sientan discriminados por los profesionales (por ej. si son atendidos 30 minutos tarde). Pueden atacar verbalmente al profesional, a modo de revancha por algo que percibieron varias sesiones atrás (por ej. una sonrisa interpretada como una burla). A veces abandonan el tratamiento a modo de queja sin dar explicación alguna. En otras ocasiones, muchos evitan ir a cualquier sesión individual desde el inicio, pero toleran ir a las de grupo siempre que no tengan que hablar de sus intimidades. Les angustia la idea de tener que poner sobre la mesa su intimidad y que ello pueda ser utilizado en su contra. Todo esto hace que no puedan aprovechar las

terapias hasta el punto que sería deseable.

Recomendaciones

Identificar los acontecimientos del pasado que ayudaron a construir una visión negativa del mundo

Muchos pacientes con TLP suelen creer que la visión que tienen del mundo es una realidad objetiva que los demás son incapaces de ver. La única verdad es lo que piensan ellos mismos. El objetivo en este punto es que entiendan que la realidad que cada uno percibimos como adultos es una construcción personal basada en cómo se procesan algunas experiencias vividas en su pasado, especialmente en la infancia y adolescencia. Por ejemplo, si un niño ha sido cuidado y querido es más fácil que, como adulto, piense que el mundo es un lugar donde hay personas que merecen la pena. Por el contrario, si un menor ha sido víctima de malos tratos o bien no ha recibido cariño es más fácil que, como adulto, llegue a la conclusión de que el mundo es un lugar donde no hay amor y solo se puede desconfiar u odiar.

Es muy importante que entiendan que las relaciones en la infancia con personas significativas determinan en gran medida la visión que tendrán del mundo en general cuando sean adultos. A veces, no es la presencia de determinadas relaciones, sino la ausencia (alejamiento) o pérdida (fallecimiento) de las mismas la que condiciona esta visión. Una manera de conectar con este mensaje es haciendo uso de fotos que recojan los diferentes momentos vividos con otras personas relevantes a lo largo de la infancia. En el caso de que haya tirado o quemado todas las fotos de la infancia es preferible el uso de cartas terapéuticas. Una carta terapéutica es aquella que la persona adulta con TLP recibe de aquel menor que era viviendo situaciones negativas con personas allegadas (familia, compañeros de escuela, etc.). La carta puede empezar con un “querido xxx, quiero contarte cómo pasé mis primeros años en casa cuando mi padre dijo que se marchaba y mi madre pasaba todo el día en cama. Recuerdo que pasaba muchos días en

la habitación esperando que papá volviera, pero nunca lo hacía. Mi madre lloraba y creía que yo no me enteraba. Cuando me acercaba me decía que todo estaba bien, pero nunca me preguntó cómo estaba...”.

Otra forma de conectar con estas experiencias es mediante la “línea de vida”. En este ejercicio, la persona va caminando lentamente por una línea imaginaria que representa su vida pasada y va parando en los momentos significativos de su biografía explicando brevemente episodios que quiera destacar como importantes. No es relevante lo reales que fueron, sino cómo fueron vividos y el papel que cree que tienen en cuanto al dolor, rabia o desconfianza que presentan en el momento actual. Conviene señalar que muchos de estos pacientes tienen importantes lagunas a la hora de recordar momentos dolorosos del pasado. Es conveniente que acepten estas barreras mentales como parte lógica del proceso terapéutico. La mente muchas veces se protege del dolor borrando momentos traumáticos.

El hecho de que se den cuenta de la relación que hay entre pasado vivido y presente sentido es muy importante para que entiendan que la visión que tienen del mundo y de los demás tiene sus orígenes en cómo procesaron emocionalmente ciertas experiencias infantiles, ya fueran estas reales o percibidas como tal por el niño que eran. Es importante que uno acepte la idea de que todos somos en mayor o menor medida “esclavos” de nuestro pasado. Esto quiere decir que las heridas de la infancia y adolescencia pueden en parte cicatrizar, pero tienden a dejar algún tipo de huella.

Conectar con el sentido profundo de tristeza por el daño sufrido en la infancia

En este proceso de mirar a un pasado doloroso, ya sea a través de fotos o de cartas, algunos pacientes son incapaces de conectar con el dolor emocional. Muchos de estos han aprendido, consciente o inconscientemente, a convertir toda tristeza en rabia y odio. Toleran sentirse verdugos, pero jamás víctimas de nadie ni de nada. Creen que ser víctima equivale a ser débil, buscar dar pena o llamar la atención. Esa falta de empatía y compasión hacia una parte de sí mismos (aquella que sufrió, estaba triste o poco “nutrida” emocionalmente) tiene dos consecuencias en la manera en que conectan con la

tristeza de otro. Por una parte, pueden ser incapaces de empatizar con la tristeza de otras personas, a las que valorarán de la misma manera que se juzgaron a sí mismas de pequeñas cuando se sentían tristes. Por otro lado, pueden tener un exceso de sobreidentificación con la tristeza del otro, corriendo a su “rescate” como si la vida les fuera en ello. Esta defensa a ultranza del “más débil” es una manera indirecta y proyectada de cuidar una parte no tolerada de sí mismas. De este modo, algunos actúan desde el rol de “salvador”, defensor de las “causas perdidas” o *sheriff*, interponiéndose en situaciones que poco o nada tienen que ver con ellos o que realmente desconocen las raíces de la situación (por ej. pueden acabar defendiendo a una persona que llora con el fin de manipular a otro).

Ambos modos de percibir la tristeza del otro son indicios para que se dé cuenta de sus dificultades para conectar con su propia tristeza. Desde que han sido pequeños, las señales físicas de la tristeza han sido pasadas por alto para poder resistir un sufrimiento interno mayúsculo. Es decir, se ha negado la propia tristeza para poder sobrevivir a una o varias situaciones de sufrimiento prolongado. Cabe recordar que en la tristeza se traga saliva, se suspira, uno baja la mirada y los ojos se hinchan como si fueran a explotar. Al contrario de esto, muchos pacientes se sienten más cómodos sintiendo las señales físicas de la rabia, ya que es una emoción menos paralizante y más enérgica. Estas señales incluyen una bola de fuego en el pecho, la mandíbula apretada, las cejas fruncidas y los puños apretados. Conectar con la tristeza de un pasado doloroso requiere en cierta manera una reeducación emocional. En esta reeducación emocional se deja de alimentar una rabia “aparente” y se permite sentir el dolor “profundo” por lo sucedido en el pasado.

Durante el recuerdo de los hechos traumáticos del pasado, aconsejamos que se permita sentir las señales físicas de la tristeza, las etiquete “siente escalofríos en los ojos” y se diga “tengo derecho a sentir tristeza sin ser un mediocre por ello”. Es recomendable que las primeras veces que esto se practique se haga a solas y en días que se esté relativamente estable. Permitir sentir pena y tristeza por lo vivido en la niñez sirve para validar las emociones tapadas y ser comprensivo y compasivo con esa parte de uno mismo que sufrió en una soledad profunda durante la infancia. Escuchar música de aquella época puede ser un buen facilitador para conectar con la infelicidad de esos momentos. Este tipo de ejercicios es recomendable que se hagan solo cuando uno está

relativamente estable.

Darse cuenta de su tendencia a “personalizar” todo lo que pasa alrededor

La alta desconfianza que tienen algunos hace que se activen en su cabeza una serie de pensamientos automáticos ante cualquier situación externa (por ej. *¿Por qué se ríe?*). Esto hace que las situaciones neutrales o ambiguas de su vida “sean siempre leídas con las gafas de la desconfianza”. Incluso conversaciones que no tienen nada que ver con ellos y que se producen a metros de distancia en una terraza o vecindario pueden generar mucha tensión. En este caso, el riesgo es que acaben haciendo personal todo aquello que pasa a su alrededor (por ej. *¿Por qué se ríe de mí?*).

Es muy importante que se dé cuenta de esta tendencia a hacer suyos los comentarios o gestos de personas con las que no está participando o hablando directamente. Mientras pasea por una calle o centro comercial, aconsejamos que acepte la idea de que su miedo a que le puedan humillar o despreciar alimenta siempre esta sensación interna. La huida inmediata de ese lugar solo alimenta ese miedo interior. En vez de huir en “caliente”, se puede hablar a sí misma diciendo frases como “siempre te pasa lo mismo; puede haber millones de razones, no solo que esté hablando de ti; ¡si ni siquiera te conoce!”. Si permanece en el lugar hablándose durante minutos podrá comprobar que sus miedos no están fundamentados en algo externo. Con ello, logrará convencerse de que algo, por el simple hecho de pensarlo, no tiene que ser obligadamente real. Cuanto más consciente sea de este “talón de Aquiles”, antes podrá ir avanzando en la línea de no sabotear cualquier relación con los demás.

En ocasiones, la tendencia a personalizar todo comentario negativo o risa del exterior no solo es una “huella histórica” de críticas reales que otras personas pudieron hacerle en su pasado. A veces, también es un reflejo indirecto de una autocrítica feroz e inconsciente. Esto quiere decir que pueden sentir que los demás les juzgan negativamente, sin que se den cuenta de que es una parte de sí mismos la que realmente lo hace. Esta parte tan autocrítica de sí mismos es habitualmente ignorada y se “proyecta” como si viniera directamente de los demás. De este modo, un “diálogo interno” no procesado es vivido como un “diálogo externo” entre la persona con TLP y

otro del entorno. En este punto, la clave es ser consciente de ese grado de autodesprecio que es desplazado como si viniera realmente de fuera. Por ejemplo, algunos que tienden a sentir que los demás les perciben como personas *ridículas* son realmente gente que en algún rincón de su mente tiene una “conversación consigo mismo” donde existe un alto desprecio. Darse cuenta de esos rincones no conscientes de la mente ayuda poco a poco a diferenciar entre uno mismo y los otros, entre lo que uno cree de sí mismo y lo que los demás pudieran o no sentir por nosotros. A la larga, esta distinción hace que uno esté más receptivo a escuchar a los demás, ya que acepta que sus presunciones y prejuicios pueden ser en parte generados por un peligroso “diálogo interno”.

Identificar y controlar el lenguaje que transmite desconfianza y desprecio hacia el mundo

El uso de un lenguaje verbal y no verbal (tono de voz, gestos) hostil puede impedir a muchos de estos pacientes tener relaciones que pongan en duda su visión negativa del mundo. Tampoco suelen ser conscientes de cómo “invitan” a que otros se comporten con ellos con hostilidad. Incluso la hostilidad autocontrolada genera una tensión en el ambiente que incomoda a los que se hallan en esa situación. A la larga es más probable que se acerquen a ellos gente que “busca lío” en vez de gente de “buen rollo”. Este círculo vicioso ayuda a explicar por qué algunos actúan como imán para captar gente agresiva.

Existen varias maneras para identificar señales de hostilidad emitidas hacia los demás. La primera es parándose a pensar cómo actúa en una conversación normal. Es posible que entonces vea que alza la voz, habla rápido, utiliza frases “cortantes” y secas, pone un “pero” a todo lo que el otro dice, agita los brazos constantemente, etc. Si algunas de estas conversaciones son grabadas en el móvil, podrá analizar detalladamente cada uno de estas señales de hostilidad. Una segunda manera es preguntar a alguien de confianza si suele verle desconfiado y hostil y en qué se basa para llegar a dicha conclusión. Esto se puede preguntar a un ser querido en un momento de tranquilidad o bien solicitarlo por mail. Si es posible, es mejor preguntarlo a varias personas de confianza que no se conozcan entre sí. Las coincidencias entre varias personas que no

tienen relación ayudan a que uno dé más validez al contenido de esas respuestas. En caso de que estas personas coincidan en su visión hostil del paciente, es importante que este último no justifique dicha actitud con los demás. Muchas veces tiende a decirse *ya me conocen, me quieren a pesar de ello o si me quisieran de verdad no dejarían de hablarme por haberles gritado*. Al contrario, la actitud de *ya me conocen como soy...* es percibida por los otros como una manera de no asumir la responsabilidad sobre los errores en el comportamiento y transmite una falta de autocrítica sana. Solo aquel que asume la responsabilidad sobre su hostilidad podrá ir controlándola progresivamente en las relaciones con los demás.

En este punto, recomendamos que intente inicialmente poner a prueba el autocontrol de la hostilidad en conversaciones superficiales con gente de confianza. Es importante que maneje las señales físicas de la hostilidad haciendo uso de técnicas de respiración controlada cuando se enfrente a estas situaciones. En ocasiones, va bien atender a estas señales físicas imaginándose la panza y el pecho del dragón cuando está preparando su llamarada. A algunas personas les va bien tocar físicamente la zona del cuerpo donde sienten la rabia y con el uso de las manos tratar amablemente la zona, sin juzgarla, pero dando instrucciones a las “llamas” de moderarse para permitir un mejor manejo de la hostilidad en las palabras. La expresión del enfado hacia otro debe ser constructiva, es decir, ha de tener como fin último aclarar o solucionar un problema percibido, no “vomitarlo” o vengarse del otro. Ante la duda respecto a su finalidad, se recomienda esperar unas horas o días antes de expresarlo. De lo contrario, una simple discusión podría ser motivo de ruptura de una relación. Cuando se quiera expresar el enfado es muy importante que se sigan estos tres puntos:

El primero, debe centrarse inicialmente en describir la situación en la que se ha desencadenado, sin hacer ninguna alusión a los posibles motivos e intenciones del otro. Por ejemplo, es mucho mejor que diga *el otro día, al ver que no recibía tu respuesta pasadas 2 horas...* que *el otro día, al ver que pasabas de mí y no me contestabas...*

Segundo, debe centrarse en cómo dicha situación le disgustó o molestó, sin utilizar ni un tono dramático ni minimizador. Por ejemplo, es mucho mejor que diga *en ese momento me sentí disgustada...* que *...fue uno de esos momentos que no deseo a nadie...*

Tercero, se ha de dar al otro la posibilidad de réplica, de que pueda aclarar lo sucedido o simplemente dar su versión de los hechos más que “sentenciarlo” de antemano sin posibilidad de “defensa”. Por ejemplo, es mucho mejor que diga *¿estabas bien o te pasaba algo?... que ...no hay derecho que me hagas esto; yo no hubiera actuado así...*

Dar y darse una “oportunidad” con alguna persona en el presente

Para muchos de estos pacientes es necesario vivir una nueva experiencia personal que “corrija” la manera generalizada de percibir el mundo como un lugar hostil o en donde no se puede confiar en nadie. Toda relación que suponga una excepción a la visión negativa del mundo puede plantear una duda a partir de la cual explorar nuevas relaciones íntimas. Por relación íntima se entiende aquella en la que se permite a otro sujeto conocer sus necesidades, temores y deseos con el paso del tiempo.

A la hora de afrontar este paso decisivo es importante que escoja bien el “candidato”. No es aconsejable dar este paso con alguien desconocido, salvo que uno esté totalmente aislado. Un buen objeto de elección es un familiar o amigo con el que existe una relación cordial pero poco profunda. La apertura emocional no puede ser forzada pero tampoco debe realizarse en cualquier momento. Hay momentos más oportunos que otros, especialmente cuando no hay otras personas alrededor (por ej. a solas en casa). No es conveniente tampoco hacerlo cuando el motivo del encuentro es otro tema importante (por ej. el cumpleaños del otro). Es importante valorar la respuesta del otro cuando uno abre su corazón y habla de sus miedos o necesidades. Si percibe escucha, comprensión u ofrecimiento de ayuda, se puede haber abierto una nueva puerta en su vida.

La persona con TLP también debe tener en cuenta que el otro puede quedar sorprendido por una apertura emocional que no está acostumbrado a ver en él. Esa reacción inicial de sorpresa no hay que tomarla como señal de desprecio o indiferencia. Al contrario, conviene orientarle para que sepa cómo acompañarle en este proceso de apertura emocional. Por ejemplo, es aconsejable que se le diga al otro que lo que necesita ahora es escucha más que recomendaciones, comprensión más que orientación,

aceptación de sus emociones más que cuestionamiento de los motivos, etc. Este clima de complicidad, confianza y escucha no crítica puede ser decisivo a la hora de poner en tela de juicio esa visión generalizada del mundo ya descrita. De este modo, puede pasar de sentirse fuera del mundo a crear poco a poco su pequeño mundo (micromundo) dentro de uno más global.

Dejar de vigilar el entorno

Aquellos que son muy desconfiados pueden hacer un último ejercicio. Este consiste en ir por una lugar exterior abierto donde haya gente (por ej. un parque). Deben permanecer sentados en un banco o caminar lentamente en un área relativamente pequeña. Primero, ha de ir con los ojos cerrados mientras escucha a la gente a su alrededor. Esto eleva enseguida la ansiedad porque no se permite controlar y vigilar el entorno. Si al cambio de 10-15 minutos la ansiedad baja a unos niveles tolerables, puede pasar a la siguiente fase. En esta, debe ponerse unos auriculares que le impidan oír claramente lo que se diga. Tolerar no tener control visual y auditivo es un ejercicio desafiante pero altamente terapéutico para quienes son desconfiados. Si supera ambas fases con niveles manejables de ansiedad, la necesidad de vigilancia y tensión ante el exterior bajará considerablemente.

VERGÜENZA Y CULPA DESTRUCTIVA

Álvaro Frías y Sara Navarro

Descripción

La vergüenza es un sentimiento de humillación hacia uno mismo. Uno no cree que haya hecho algo mal, sino que el fallo es uno mismo. Muchos confiesan que sienten que no tenían que haber nacido y que son un error de la naturaleza. Se han sentido desde pequeños hijos no deseados y se preguntan qué hacen en este mundo. El asco hacia uno mismo suele acompañar a la vergüenza.

La culpa es diferente a la vergüenza y admite muchos más matices. No obstante, vergüenza y culpa pueden convivir en la misma persona alimentando la una a la otra. Vergüenza y culpa tienen un fondo común: la dureza con la que se “hablan” a sí mismos. A diferencia de la vergüenza, la culpa no se refiere a la persona en su totalidad, sino a hechos negativos del pasado ante los que se siente responsable. A veces la culpa es sana si permite compensar un error que realmente se cometió en un pasado. Por ejemplo, alguien que maltrató a una ex-pareja puede al cabo de unos años pedirle disculpas por carta por el daño psicológico y/o físico causado. En otras ocasiones la culpa es tan intensa o generalizada que puede, bien no perdonarse algo que realmente hizo mal en el pasado, bien asumir una responsabilidad irreal sobre un hecho negativo del pasado. En ambos casos, uno manifiesta un sentido estricto del deber, con un alto componente moralizante (*soy una mala persona; no merezco vivir por ello*).

Algunas de estas personas han sido criadas por familias donde la crítica era la manera habitual de relacionarse. Cuando la culpa es muy intensa, pueden realizarse autolesiones, atracones o restricción de comida y consumos de drogas como manera de castigarse por un “fallo imperdonable”. Un ejemplo de ello es aquella madre con TLP que, tras serle retirado el hijo por Servicios Sociales al estar en una crisis emocional,

recae en el consumo de alcohol. Cuando la culpa es generalizada, puede buscarse en sí mismo la autoría de todo lo malo que sucede a su alrededor. Los otros nunca son percibidos como responsables de nada negativo y llegan a verlos como víctimas de su conducta. Es como si uno no pudiese sentir la rabia hacia aquellas personas que participaron activamente en los sucesos negativos. De este modo se protegen de un dolor más profundo relacionado con el hecho de que una persona muy cercana les haya podido fallar. Resulta menos intolerable pensar que el fallo estuvo en ellos mismos, ya que es más congruente con su historia de haber sido criticados continuamente. Ejemplos de ello los vemos en mujeres con TLP, cuyos padrastros abusaron sexualmente de ellas en la infancia a través de juegos o dándoles premios a cambio de los tocamientos. Estas mujeres suelen relatar un profundo sentimiento de culpa al pensar que ellas provocaron la situación.

Consecuencias

La vergüenza tiene muchas variantes sociales a la hora de manifestarse. Algunos evitan el contacto social a toda costa como si fueran unos “apestados”. El aislamiento social es la cara más visible de ello. Otros toleran el contacto social, pero no permiten que pase de lo superficial. Este contacto superficial puede adoptar dos modalidades. Una primera en la que la persona con TLP se la ve tensa e hipervigilante, como si pareciese que analizase todo lo que hay a su alrededor. Generalmente habla poco y responde con un lenguaje parco en palabras y seco en el tono. Otra modalidad es aquella en la que se muestra risueña, accesible e hipercordial. Sin embargo, por muchos meses que pasen, poco o nada se sabe realmente de su vida personal. En ambas modalidades el resultado final es la incapacidad de establecer vínculos íntimos.

Por otro lado, la culpa destructiva puede llevar a relaciones tóxicas con gente que utiliza el chantaje emocional para obtener lo que desea de ella (dinero, casa para dormir, etc.). Muchos de estos pacientes mantienen relaciones sociales y familiares con gente que básicamente les hacen creer que no sirven para nada o que todo lo hacen mal. Este tipo de mensajes les culpabiliza hasta el punto de querer compensar al otro constantemente.

El otro nunca demostrará estar satisfecho y esto convertirá la relación entre ambos es una espiral de culpabilidad-compensación-insatisfacción.

Otra consecuencia de la culpabilidad destructiva es el comportamiento autodestructivo. La autodestrucción puede tener muchas caras, desde las autolesiones, el sabotaje de relaciones, los atracones de comida, el abuso de drogas, la promiscuidad sexual, etc. En todas estas modalidades, uno se castiga por algún fallo previo, real o percibido. Se considera una persona no digna que ha transgredido una regla sagrada; ante ello solo queda como vía de escape el castigo. En alguna ocasión hemos visto que algunos de estos pacientes han abandonado la terapia porque consideraban que habían fallado al terapeuta al no poder cumplir los objetivos negociados entre ambos (por ej. no telefonar a un “ex” con el que hay una dependencia emocional patológica). Este sentimiento de culpabilidad es tan profundo que sienten en su interior que el profesional les va a castigar igual que ellos hacen consigo mismos.

Recomendaciones

Ser capaz de compartir aquello que es vivido con vergüenza

Lo que causa vergüenza siempre es vivido como un tabú. Se cree que va a ser causa de rechazo por parte de aquel que pudiera conocerlo. Tienden a pensar que nadie realmente les puede querer, ya que están convencidos de que si supieran sus secretos más íntimos automáticamente saldrían corriendo. Realizar una revelación sobre algo que avergüenza es una fuente increíble de alivio pasada la tensión inicial. Es como si uno se quitara un peso de encima, que a su vez le permite estar más conectado con el mundo exterior. Nuestra recomendación es que se elija muy bien a la persona a la que uno va a realizar una autorrevelación. Puede ser un terapeuta, los compañeros de una terapia de grupo, un amigo, pareja o un familiar. En general, debería ser alguien que haya demostrado anteriormente interés por su bienestar personal (por ej. ayudándola en momentos de crisis emocional). Los temas que se confiesan pueden ser muy variados, desde un abuso sexual en la infancia, una fijación sexual (travestismo sexual),

dependencia de alcohol o el simple hecho de reconocer que uno es débil y necesita ayuda. Por norma, ver una respuesta serena, receptiva y no moralizante por parte del otro ayuda a sentirse menos *apestado*. Ver que el otro sigue teniendo posteriormente el mismo trato también es muy importante. Es sugerible que la persona con TLP indique al otro que no busca consejo ni compasión. Estos pasos bien dados ayudan a aprender a “querer” rincones de su mente que eran vividos como objeto de rechazo personal.

Perdonarse a uno mismo

Cualquier error real es suficiente para que algunos de estos pacientes realicen una autocrítica feroz. Este baremo a veces no lo aplican a los demás; son capaces de perdonar a otros aquello que no se perdonan a sí mismos. El primer paso para mejorar esto es entender de dónde procede esta intolerancia hacia los errores propios. Aconsejamos que echen la mirada hacia su infancia. Es muy posible que hayan tenido alguna figura de referencia que tendiera a criticar casi todo lo que hacía. Esta figura valoraba solo el resultado, que encima nunca era suficiente (por ej. las notas escolares). El proceso para lograrlo jamás lo tenía en cuenta. Daba igual las capacidades (por ej. si tenía problemas de comprensión lectora), el estado emocional o los medios de los que dispusiera siendo un menor.

En este punto, ha de entenderse que este ambiente de “invalidación” es con los años asumido como propio, de modo que al final se vuelve tan poco tolerante consigo mismo como lo fue esa figura de referencia. Solo cuenta el “deber”, no el “estado” del momento. Solo cuenta el “resultado”, no el proceso, esfuerzo ni dedicación personal. El producto final de todo ello es una falta de empatía hacia uno mismo, es decir, una falta de comprensión de las circunstancias que influyen en los logros o decisiones propias.

Entendido esto, uno debe centrarse en errores que haya cometido en los últimos años (por ej. tener una enfermedad de transmisión sexual en una época que ejercía la prostitución). El primer paso es dirigir la atención a lo sucedido y comprender (empatizar) las circunstancias en las que uno se encontraba. Siguiendo el ejemplo expuesto, entra dentro de lo comprensible que una mujer con TLP que se encontraba inestable y tenía adicción a las drogas recurriera a la prostitución para pagar el consumo.

Con esto no se busca justificar lo sucedido, pero sí entender que la vida es “nosotros y nuestras circunstancias”.

A la larga, los pacientes han de entender y aceptar que tienen el derecho a equivocarse y la obligación de tomar nota de lo sucedido para reducir el riesgo de que vuelva a ocurrir en un futuro. Los errores del pasado, más que los aciertos, son la base del aprendizaje. Sobre esta cuestión, una manera de cerrar este ejercicio sería realizando una primera carta en donde la persona que era entonces le explicara a la “actual” las circunstancias en las que cometió ese error. Después, la persona “actual” podría escribir otra carta a “la pasada” diciéndole qué aprendió tras aquello y perdonándola por lo sucedido. Otro posible ejercicio está relacionado con el hecho de asumir como propios aspectos invalidantes de sus figuras de referencia (por ej. poca tolerancia a los errores, rigidez, la valoración de la persona por los resultados, no por la persona en sí). Se trata de identificar todos estos aspectos que, sin mucha conciencia, “ha heredado”. A partir de ello, debe hacer una carta consciente de renuncia a esta “herencia parental”. A diferencia de las renunciaciones legales donde “heredas todo o nada”, la persona puede ensalzar algunos aspectos de sus figuras de referencia que le son útiles y “acepta”, de igual manera que puede “despojarse” de otros a los que “renuncia” porque son dañinos y destructivos. Se trata de hacer consciente aquello que le vino dado por mensajes de sus referentes emocionales, de modo que pueda deshacerse de aquello que le “pesa” a pesar de haber sido siempre utilizado como aparentemente propio.

Aceptar no ser perfecto

Generalmente, muchas de estas personas buscan aceptarse a través de la perfección. Aceptación y perfección son, sin embargo, incompatibles. La primera busca ser feliz con lo que es. La segunda busca ser feliz con lo que quiere ser y no es. En este segundo caso, la llave para su liberación (intentar mejorar) se convierte realmente en su esclavitud porque siempre encuentran un *pero* a lo que hacen. Siguiendo esta metáfora, el objetivo en este punto es retirar las cadenas que les hacen esclavos de esa jaula llamada perfeccionismo. Esto no la volverá una persona pasota, pero sí alguien más tolerante a la hora de juzgar sus acciones y moralizar sus pensamientos.

La palabra revela cómo pensamos. Por este motivo aconsejamos que retiren de su vocabulario las palabras *debería* y *pero* y las substituyan por *desearía* e “y”, respectivamente. Las primeras palabras son solo carga de frustraciones, autoimposiciones y minusvaloraciones personales. No es lo mismo que se diga *debería no haber llamado a mi ex* que *hubiera deseado no tener la tentación de llamar a mi ex*. Del mismo modo, no es lo mismo que se diga *no chillé pero usé palabrotas* que *logré no chillar y a la vez dije alguna palabrota*.

Muchos también hablan de la culpa como un “juez” que no les permite vivir. El “juez” de su cabeza es altamente moralizante y dice siempre que es “mala” su manera de hacer las cosas. Jamás les dice que algo que han hecho es “comprensible”. Aconsejamos que aprendan a desarrollar un “abogado defensor”. Este puede cumplir la función de defenderles, haciéndole ver al “juez” otra serie de argumentos por los que se puede exculpar al sujeto encausado. El “abogado defensor” nunca habla de “bueno o malo”, sino de “comprensible o incomprensible”. Por ejemplo, si baja el rendimiento en el trabajo cuando está pasando una mala racha emocional. Su “juez” automáticamente le dirá que es una “fracasado”, que no sabe hacer nada bien. Ante esto, es recomendable que poco a poco vaya dando voz y voto a un “abogado defensor” que replique a este. Una frase en esta dirección podría ser: *estás ya haciendo mucho viendo que no estás en tu mejor momento; valóralo...*

Una última recomendación es que se obliguen a ser imperfectos. Es decir, han de permitirse puntualmente ser otra persona (imperfecta) y valorar cómo se sienten en esa otra “piel”. Existen diversas actividades para representar este rol sin que ello suponga un riesgo en la toma de decisiones vitales. Por ejemplo, alguien muy perfeccionista podría deliberadamente cantar en un karaoke desafinando, guardar la ropa con algunas arrugas, realizar una tarea académica con tachones, etc. Tras una fase inicial de extrañeza por lo planteado, son bastantes las personas que permiten liberarse de algunas reglas autoimpuestas previamente.

Identificar y poner límites al chantaje emocional

Muchos de estos pacientes están tan centrados en sus sentimientos de culpa que no

son capaces de detectar cuando alguien les está haciendo chantaje emocional para conseguir algo de ellos. Estas relaciones parasitarias se definen por ciertas pautas de comunicación. El otro siempre traslada la responsabilidad de sus conductas (*si me hubieras hecho caso, no te chillaría*). Sobre esta cuestión, uno debe tener muy claro que el determinante último de la conducta de cada adulto es el propio sujeto que la realiza. Si alguien en su entorno no hace algo bien es decisión final de él mismo. En este punto, el problema es que algunos se creen responsables de las decisiones que han tomado otros. Esto, por desgracia, puede ser aprovechado por esos otros en su propio beneficio. Es importante que uno vea cómo este tipo de relaciones se basan y mantienen en la medida que acceden a los deseos del otro.

Nosotros proponemos dos opciones para que identifique una relación basada en el chantaje emocional. Una primera opción es decir “no” a una solicitud de la otra persona (por ej. 30 euros) argumentando que necesita ese tiempo, dinero o cosa para sus propias necesidades. Si la respuesta del otro es dejar de hablarle, decirle que es mal amigo, insultarle o simplemente insistir en la solicitud, uno debe valorar que es una relación basada en hacerle sentir culpable de sus propios problemas. Una segunda opción es pedirle algo realista en varias ocasiones (por ej. que le acompañe a una visita al médico dentro de un mes). Si la respuesta del otro es que tiene otros problemas *realmente importantes* que atender, deben ponerse límites a esa relación. Para ello, aconsejamos que no tomen la iniciativa de ponerse de nuevo en contacto con la otra persona pase el tiempo que pase. Así mismo, es importante aprender a decir “no” a las nuevas peticiones que vayan en contra de los propios intereses, por mucho que eso le haga sentir a uno culpable y egoísta. En este punto, recomendamos que piensen en todas esas situaciones en las que han sido manipulados. Uno se puede preguntar: *¿realmente hay derecho a ello? ¿Por qué nunca me pregunta cómo estoy o si necesito algo? ¿Dejaría yo de hablar a una amiga porque no pueda hacer ese día algo conmigo?* Si se conecta con esos mensajes sin justificar al otro, es probable que permita poner límites a otros.

ENVIDIA Y CELOS PATOLÓGICOS

Álvaro Frías y Sara Navarro

Descripción

Muchos pacientes con TLP tienen una alta inseguridad, lo reconozcan o no a los demás. Esta inseguridad hace que dependan mucho de las opiniones o trato que reciban de los demás. Si hay otras personas a su alrededor, necesitarán sentirse importantes a nivel de cariño, atención, reconocimiento o aprobación. Los celos son los sentimientos más habituales que presentan cuando se relacionan con otras personas. Los celos encierran un profundo temor a que la persona que aprecian prefiera estar con otra en vez de con ellas. El otro es vivido como una amenaza para la relación que tienen. Muchas veces los celos se manifiestan como una crítica neutral hacia el otro, sobre todo cuando uno intenta disimular o no aceptar estos sentimientos. Los celos son destructivos no solo con aquel que se vive como amenaza, sino con uno mismo, puesto que consumen a la persona por dentro. A la larga, les hacen sentirse que no son nada para la persona que aprecian. Ejemplos de celos se ven continuamente en las relaciones que tienen con los hermanos. En este conflicto, muchas veces se sienten agraviados por no recibir el trato deseado por parte de los padres. En ocasiones, estos padres pueden ser percibidos de maneras muy diferentes si uno “alimenta” estas demandas y el otro no. Por una parte, aquel que “siente” que le da un estatus especial suele ser idealizado. Por el contrario, aquel que no le da el protagonismo que cree merecer es despreciado. En consulta, muchas mujeres con TLP ejemplifican este conflicto a través de las figuras del “padre idealizado” y la “madre amenazante”.

Por el contrario, la envidia no implica una triangulación entre persona con TLP-persona querida-persona amenazante. La envidia es una “conversación” silenciosa a través de otra persona, que es vivida en algún aspecto como ideal, pero que les recuerda

a la par sus carencias. La envidia siempre comunica, no aquello que no les gusta, sino aquello que no aceptan de sí mismas. Muchas veces comentan que envidian la inteligencia de los demás, pese a que ellos mismos presentan coeficientes intelectuales por encima de la media. Otros, especialmente las mujeres, centran la envidia en la imagen corporal.

Consecuencias

Aquellos que experimentan celos o envidia ven a los demás como enemigos o contrincantes. Muchos reconocen que se están comparando constantemente, especialmente con gente del mismo sexo. En esa lucha solo hay dos opciones: victoria o derrota. En el caso de los celos, la victoria pasa por ser el “favorito” del allegado al que se aprecia. Se busca este estatus intentando llamar su atención y buscando su complicidad al margen del otro. Por ejemplo, uno puede planear quedar con el ser querido justo cuando el otro está trabajando, ahorrándose así su presencia.

En el caso de la envidia, la victoria pasa por “sobresalir” en una cualidad (belleza, inteligencia, carisma, etc.). Se busca ese estatus intentando mejorar continuamente en ello. Por ejemplo, una mujer con TLP puede someterse continuamente a operaciones de cirugía estética cuando percibe a otra chica más guapa que ella.

Cuando no se ganan estas “partidas”, el sentimiento de inferioridad es notable. En el caso de los celos, este sentimiento se convierte en quejas hacia la persona querida, que puede pasar a ser odiada por haber traicionado el vínculo percibido como “especial”. En el caso de la envidia, este sentimiento de inferioridad se convierte en acoso y críticas constantes (desacreditación) hacia la otra persona, como si estuviera internamente obsesionada con ella. Los celos y envidia, pudiendo inicialmente ser llevados con cierto secretismo, pasan finalmente a ser muy visibles para todo el entorno. Eso hace que incluso la gente no implicada pueda decidir alejarse de ellos.

Recomendaciones

Aceptar que los demás tienen derecho a tener otras personas significativas

Estos pacientes pueden tener muchas dificultades para entender y aceptar que los demás tienen necesidades y preferencias a compartir con otras personas antes que con ellos mismos. Por tanto, el objetivo a conseguir es que se enfrenten a las situaciones donde sienten estos celos, aprendan a no dejarse llevar por ellos y, por último, comprueben que pueden ser alguien importante para el otro sin necesidad de estar siempre en primera línea. Nosotros proponemos que se expongan a una situación (por ej. una comida familiar) donde esté la persona apreciada (por ej. una hija) y aquella que es vivida como una amenaza para dicha relación (por ej. la suegra de la hija).

El primer paso a lograr es tolerar compartir ese espacio físico, así como mantener contacto ocular con ambos. Especial atención deberán tener en los momentos que se sientan rechazado cuando vean a la persona apreciada y a la amenazante hablando entre sí. Es importante que vayan controlando los niveles de ansiedad con la respiración y el diálogo mental (*tú puedes, enfréntate a la situación; poco a poco pasará el agobio; te aprecia, pero no quiere decir que siempre tenga que estar mirándote o hablando contigo*).

El segundo paso es no permanecer en silencio ni utilizar un lenguaje que transmita enfado (rabieta) con la situación, ni durante ni después de la misma. Debe hablarse con todas las personas que estén en la situación, no solo con los otros dos implicados. Es importante que acepten la idea de que la persona apreciada no es de su propiedad. Se debe recordar y aceptar que los momentos especiales vividos con el ser querido son puntuales y muchas veces compartidos con otros; a veces como actor principal, a veces como actor secundario.

Es una buena idea que, incluso en alguna ocasión no conflictiva con el ser querido, puedan serle reconocidos los celos y se le exprese la voluntad de luchar contra estos “fantasmas” sin echarle la culpa al otro. Esta autocrítica constructiva es normalmente recogida con agrado por la persona apreciada y es un buen punto de partida para

construir una relación sana. Dicha “confesión” también puede ser una adecuada manera de enfrentarse a la vergüenza de reconocer los celos en una relación íntima.

No volcarse en relaciones selectivas

Los celos también son mayores en la medida que se tienen pocos lazos con los demás. El sentimiento de amenaza, de perder a alguien, de estar solo, es mayor si se juega la vida social o familiar a una “carta”, a una sola persona. Por ello, nuestra recomendación es que hagan un esfuerzo para incrementar su vida social o familiar.

Como norma, es interesante que consideren tener al menos dos personas “especiales” en todos los ambientes donde se mueven. Por ejemplo, si acuden con su perro a un parque donde conocen a otros dueños de canes es importante “diversificar” las conversaciones con varias personas, no solo centrarse en aquel con el que se tiene más *feeling*. Es más, hay que intentar mantener una relación individual con aquel que “supone” una amenaza para la relación con otra persona. Con ello, uno podrá darse cuenta de que las personas “amenazantes” pueden ser gente que añade más que quite alguien a sus vidas.

Identificar las cualidades que no gustan de uno mismo y son envidiadas en otros

Muchos pacientes con TLP necesitan sentirse perfectos o superiores para gustarse. Nada más lejos de una realidad que encierra una profunda insatisfacción con uno mismo. Intentan mostrarse invulnerables, saltan a la mínima y desprestigian a aquel que les remueve esa insatisfacción personal.

El primer paso es identificar aquellas cualidades que no son aceptadas en uno mismo. Esto es un ejercicio muy doloroso e implica penetrar en lo más hondo del ser. Como propuesta, uno puede revisar a través de fotos o con el simple recuerdo aquellos momentos en los que se sintió humillado, despreciado o criticado. Si estos episodios se vieron asociados a algún tipo de faceta personal (imagen corporal, nivel intelectual o

académico, liderazgo o popularidad social), posiblemente pueda identificar esas partes de su autoestima más dañadas a lo largo de su desarrollo. Una manera más directa de penetrar en lo más profundo del ser es usando un espejo. Aconsejamos este ejercicio solo si se está pasando una época de estabilidad emocional. El espejo debería reflejar solo los ojos, por lo que es mejor no usar espejos de cuerpo entero ni aquellos que no permitan aumento o *zoom*. Mirarse directamente a los propios ojos permite desnudar el alma y ayuda a hacer *click* con esas partes de nuestra autoestima no aceptadas. Mientras uno se mire fijamente puede decir sucesivamente:

- ¿Qué me gusta de mí?
- ¿Qué no me gusta de mí?
- ¿Qué es lo que no me gusta de mí y no quiero que los demás sepan?
- ¿Qué es lo que no me gusta de mí y no quiero reconocer a mí mismo?

Finalizado este primer paso, el siguiente consiste en buscar alguna conexión entre lo que uno no acepta de sí mismo y proyecta como envidia en otros. Para ello, basta con analizar conscientemente con qué personas presentes siente ese dolor insufrible llamado envidia.

Aceptar las cualidades que no gustan de uno mismo

Muchas personas con TLP saben lo que envidian, pero no saben cómo aceptar lo que no les gusta de sí mismas. No basta con decirles que todos somos imperfectos o que hay que aprender a quererse con lo bueno y lo malo que tenemos. Nosotros pensamos que la mejor manera de que trabajen la autoaceptación es que se expongan al miedo a que los otros puedan rechazarles por ello.

Para trabajar esto, una primera fase sería reconocer o exponer a una persona apreciada aquello que no es aceptado en uno mismo. Por ejemplo, si uno es inseguro y envidia ver a alguien muy seguro y extrovertido en las relaciones con los demás, podría confesarle a alguien querido que se siente muy inseguro en las relaciones sociales.

Una segunda fase sería reconocer a la persona envidiada aquello que a uno no le gusta de sí mismo. Esto es justo lo contrario a criticarla por la cualidad deseada. Mientras uno no se vea capaz de hacer esto, la pauta a seguir es eliminar las críticas hacia la persona envidiada, esté o no presente. La crítica envidiosa suele ser percibida como una manera muy insana de relacionarse y genera mucho rechazo y desconfianza en los demás (*seguro que cuando me vaya, hará lo mismo conmigo*). En el caso de realizar el ejercicio propuesto, recomendamos que este se haga con un toque de humor, huyendo de solemnidades y dramatismos. Reírse -que no burlarse- de uno mismo es fundamental para luchar contra la envidia. Siguiendo el ejemplo anterior, podría decirle a ese conocido o amigo: *Te voy a contratar como relaciones públicas particular, para ligar o hacer una entrevista de trabajo; yo me derrito como una chocolatina en esas situaciones*.

En ambas fases verá que el otro no le rechaza después de confesar su “pecado”. Esa actitud de aprobación indirecta puede tener notables y positivos efectos en los defectos no aceptados por uno mismo hasta ese momento.

ORGULLO DESTRUCTIVO E INTOLERANCIA A LA CRÍTICA

Álvaro Frías y Bárbara Martínez

Descripción

Algunos pacientes con TLP tienen una falsa sensación de buena autoestima, que consiste en creer que tienen la verdad absoluta y que los demás están equivocados. Saltan a la mínima cuando alguien simplemente da una opinión contraria o diferente a la que ellos mismos tienen. También intentan convencer al otro de lo errónea que es su visión y se frustran cuando no pueden “corregir” su perspectiva equivocada. Incluso callan en las conversaciones hablando para sí mismos pensando: “no sabéis de lo que habláis, ineptos”. Cualquier tema, por superficial que pueda parecer, es objeto de esta dinámica descrita. Son percibidos por el entorno como gente que intenta imponer su visión de la realidad y que tienen importantes aires de superioridad. De pequeños ya eran descritos por sus familiares como menores con un carácter difícil (temperamento irritable). Esta autoestima mal entendida es lo que ha venido a llamarse orgullo destructivo.

A diferencia del orgullo destructivo, el orgullo saludable es aquel que basa su autoestima casi exclusivamente en uno mismo. En el orgullo saludable no se quiere que nadie nos pisotee, pero tampoco se necesita pisar o convencer a los demás para sentirse bien con uno mismo. Muchos de estos pacientes tienen orgullo destructivo más que saludable porque perciben erróneamente que la opinión que dan otros es un intento de menospreciar la suya propia. Esta percepción distorsionada les hace sentirse muy pequeños, revelándose ante estos sentimientos negativos hacia sí mismos a través de una autoafirmación constante. Ello comporta que no busquen compartir opiniones, sino hacer ver al otro lo ignorantes que son en sus conocimientos. Al final, un profundo sentimiento

de inseguridad e inferioridad interno se vuelve aparentemente una imagen de superioridad hacia el mundo (“me dicen que soy un estirado”).

Consecuencias

Aquellos que presentan este orgullo destructivo acaban teniendo problemas graves en las relaciones con los demás. Por una parte, pueden tener peleas con gente que les lleve la contraria y entren a su juego. En otras ocasiones, la gente mucho más prudente no participará de sus conversaciones para no empeorar el ambiente. Esto equivocadamente será malentendido por la persona con TLP como una prueba de que tiene la razón. Nada más lejos de la realidad, ya que el otro valorará que no hay manera posible de que cambie lo más mínimo su criterio.

También habrá un subgrupo de gente que se mantendrá cerca de ellos, asumiendo su opinión como propia. Esta gente son personas con muy poca autoestima y que necesitan ser dirigidos por alguien. De nuevo, el acatamiento y sumisión de esta gente será interpretado como una prueba de que ellos tienen la razón. Al final, si se analiza la situación, verá que solo tolera tener como persona íntima alguien que le discute poco su criterio. Como excepción a esta regla, pueden tolerar que se les lleve la contraria si el vínculo con ese otro es percibido como seguro, es decir, si consideran que es alguien que se preocupa claramente por ellos. Solo en ese caso, y después del “cabreo” inicial, tolerarán que cuestionen su opinión y no harán intentos de convencer al otro de lo contrario. Todo esto lleva a la conclusión de que el problema no es realmente que crean tener la verdad absoluta, sino que no toleran sentirse “pequeños” a través de las opiniones de otros.

Recomendaciones

Identificar las situaciones del pasado que han ayudado a construir ese

sentimiento de inferioridad

Muchas personas con TLP que tienen esta falsa sensación de buena autoestima no saben que esta procede de un profundo sentimiento de inferioridad. La búsqueda de autoafirmación constante a través de la infravaloración de los otros (“yo sé más que tú de...”; “tú no tienes ni idea; déjame que te lo aclare”) tiene sus orígenes en episodios de la propia infancia.

Aconsejamos que se eche la mirada a ese pasado, ya sea con el simple recuerdo o haciendo uso de fotografías o vídeos de la época. Es muy posible que alguna persona del entorno familiar o escolar fuera muy crítico con las opiniones que tenía o simplemente ni siquiera las tenía en cuenta. Un ambiente con alto criticismo puede ser asimilado de muchas maneras por un menor, pero se sabe que algunos buscan compensar ese sentimiento de humillación a través de un orgullo destructivo una vez son adultos; es como si no permitiesen que nadie les volviera a “toser” como cuando eran niños. Entender que esa autoestima mal entendida es una respuesta a unas heridas muy profundas del pasado es un primer gran paso para cambiar la intolerancia a las críticas y opiniones de los demás.

En este punto, muchos pacientes ya adultos han de enfrentarse a “llorar con” aquel “niño” que eran y que fue criticado o humillado. Hasta ahora lo que han hecho ha sido intentar olvidarlo creando otro ser superior que lanza el mensaje “a mí nadie me volverá a hacer esto”. La rabia puede no ayudar a curar una “herida” de la infancia y crecer desde ella. Es más bien un “parche” que se despega continuamente ante la mínima situación del presente que recuerda que sigue “sangrando”.

Controlar en el presente la necesidad de autoafirmación

Entender el pasado no basta para mejorar el orgullo destructivo del presente. Se necesita, además, trabajar “en caliente” estas situaciones en el aquí y ahora. Hay dos maneras de poder llevar a cabo esto. Una más controlada, que consistiría en recibir unas cartas de las personas más cercanas, es decir, de aquellas que suponen que se preocupan por ellos. Aquí podrían incluirse familiares o amigos de los que ha habido un alejamiento

durante los últimos tiempos. Estas cartas pueden ser solicitadas en persona, *sms/whatsapp* o *mail*. Debe quedar claro que han de indicar las cualidades positivas y negativas de la persona con TLP, poniendo ejemplos vividos para ello. Antes de abrir estas cartas, aconsejamos que ellos mismos escriban cuáles son sus cualidades positivas y negativas, poniendo también ejemplos de su vida para ello. Es posible que incluso personas que se conocen poco entre sí coincidan en las cualidades negativas que perciben en ellos. También es muy posible que ellos mismos no estén de acuerdo en algunas de estas apreciaciones negativas y sientan cierta ira o necesidad de hacer ver a los otros (por ej. llamando por teléfono) lo equivocada que es su visión.

La necesidad de autoafirmación va siempre unida a una falta de escucha activa tanto de las opiniones de otros como de las propias emociones de fondo. Uno puede preguntarse: “¿No es llamativo que 5 personas coincidan en la visión de uno mismo poniendo ejemplos diferentes para justificarlo? ¿No es llamativo que me enfurezca siempre que digan algo que no me gusta leer/oír de mí? ¿Por qué no puedo ni tolerar que, equivocadamente o no, alguien cercano pueda tener una visión diferente a la mía?”.

Desde la calma que da no tener al otro delante, pueden aprender a autoafirmarse menos, escuchar lo que otros escriben e incluso empezar a dudar de su criterio absolutista (“quizá pueda haber algo de cierto en lo que dice/n”).

La segunda manera de trabajar la autoafirmación es en situaciones improvisadas del día a día. Un ejemplo clásico son las reuniones familiares (comida) o con conocidos (conversaciones de terraza). Lo primero que se debe tener claro es que la intolerancia a otras opiniones diferentes a la suya (incluida la crítica) será mayor en la medida que el vínculo sea menos sólido de base. Cuando alguien dé una opinión contraria a la suya, deberá aceptar que se encenderá un “piloto automático” consistente en una activación inmediata a nivel corporal (tensión muscular, respiración más rápida) y mental (*pero este qué se cree; ignorante*). Es importante que se dé cuenta de esta activación porque solo a partir de su manejo podrá reducir el riesgo de que acabe hablando y actuando inadecuadamente. Aconsejamos que intente reducir el ritmo de respiración, que no mire fijamente a la otra persona como si se le fuera a “comer” y que se hable mentalmente (*calma, acaba de escuchar, reflexiona sobre lo que dice y solo después habla*). Es importante que incluso espere a que otros den su opinión. Cuando hable, debe hacerlo lentamente y sin atropellos. Tampoco debe hacer grandes movimientos de manos o

piernas, ya que transmiten demasiada excitación y ansiedad. La cara no debe transmitir mucha tensión. Es preferible no fruncir las cejas y poner una leve sonrisa. El torso (cuerpo) no debe estar muy inclinado hacia adelante porque puede ser interpretado como postura de “ataque”. Los brazos no deben estar cruzados porque transmiten actitud defensiva, ni tampoco agitados, ya que transmiten desasosiego.

La manera de dar la opinión debe ser evitando tonos absolutistas y un habla cortante. Tampoco debe hacerse mención negativa, directa o indirecta, a lo que el otro ha dicho. Deben evitarse frases tipo: “estás equivocado”; “a diferencia de ti, yo pienso...”; “¡es que no te das cuenta!”; “deberías saber que...”. Las frases deben expresarse con un tono relativista (“yo creo/pienso/valoro”) y han de incorporar una valoración positiva de algún matiz del otro (“coincido contigo en...”, “estoy de acuerdo en”). Es importante que el otro incluso pueda tener la última palabra en ocasiones.

Para hacer más consciente este proceso, incluso puede analizar al detalle algunos vídeos de móvil en donde salga debatiendo con otros sobre un tema. Es importante que tenga presente que no se está en una conversación para dictar sentencia ni para demostrar nada a nadie. Es un intercambio de opiniones sin más, no un combate con un ganador y un vencido. Si respeta este procedimiento, observará que los demás mostrarán con el tiempo una actitud mucho más positiva y receptiva hacia su persona.

IRRESPONSABILIDAD Y MIEDO AL FRACASO

Álvaro Frías y Elena Aluco

Descripción

Pasen los años que pasen, algunos pacientes con TLP parecen ser como “adolescentes eternos”. Más allá de que su estado anímico mejore o empeore, no asumen las responsabilidades propias de ser adulto. Viven como en un caparazón del que no salen. De pequeños, pudieron sufrir insultos o aislamiento en la escuela. El ambiente familiar podía ser sobreprotector, al menos por uno de los padres o referentes emocionales (por ej. abuela). Esta figura podía incluso estar idealizada, ya que imaginaban que les protegería ante cualquier problema o inseguridad que surgiera siempre. En otras ocasiones, no había ningún referente emocional en su infancia pero la futura persona con esta patología deseaba encontrar más tarde a alguien que cumpliera esa función protectora. En este caso concreto, algunos no han sido “adolescentes eternos” sino “niños frustrados”, es decir, niños que no han podido experimentar la sensación de seguridad emocional que todos deseáramos tener a una temprana edad. Sea cual sea el caso, el producto final es el miedo a crecer, a ser mayor, a asumir responsabilidades. Este miedo a madurar encierra un profundo temor a fracasar.

Entre los “adolescentes eternos”, la presencia de esta figura sobreprotectora no era casual. A veces esta intentaba compensar con el menor la falta del otro padre por cualquier motivo (fallecimiento, ausencia desde el divorcio, etc.). En otras ocasiones, el menor representaba la vía de escape para ese padre ante los problemas de pareja. En ese caso, el otro miembro de la pareja podía incluso tener celos hacia el menor, castigándole directa o indirectamente por ello. Sea como fuere, el menor no ocupó desde bien pequeño el rol que le tocaba y tuvo una posición demasiado “privilegiada” con al menos uno de los referentes adultos. Este estatus contrastaba claramente con la indefensión que

sentía fuera del entorno familiar. La falta de madurez para afrontar la vida se hace muy visible cuando abandonan el domicilio familiar. Las expectativas de cómo debe ser su vida son muy irreales. Parecen fantasiosas e idealistas. Hablan de muchos temas con aparente coherencia, pero sin tener ninguna experiencia sobre el terreno. En otras ocasiones aparentan ser muy pasivas, buscando siempre con la mirada a aquel que les confirme que van por el buen camino. En todo caso, son muy inseguras a la hora de dirigir su vida y de asumir compromisos. A lo largo de la vida emplean el chantaje y/o victimismo para mantenerse en el estatus de niño pequeño e indefenso. Todo lo que suponga un esfuerzo y/o un riesgo de fracaso es apartado. Prefieren y se acomodan a lo fácil para no fallar. Ante el mínimo contratiempo, hay un cambio de planes. Se centran en el placer inmediato más que en las recompensas a largo plazo.

La sensación generalizada en el entorno es la de caos (“empiezan muchas cosas pero no acaban casi ninguna”). Quieren ser niños en cuerpos de adultos. Quieren tener los derechos de adultos, pero las obligaciones de los menores. Evitan a toda costa enfrentarse a la vida real, pudiendo crear un mundo de fantasía paralelo en donde son una estrella brillando en el firmamento.

Consecuencias

Algunos “adolescentes eternos” no rompen el cordón umbilical con ese referente de la infancia. Básicamente siguen teniendo a este de criado y auxiliar para solucionar cualquier asunto que ponga en jaque sus inseguridades. Si no puede mantener este vínculo con el antiguo referente, busca una pareja sentimental que le haga las veces de cuidador. Esta persona básicamente “vive” para estar a su disposición. Es utilizada egoístamente para no enfrentarse a sus inseguridades, permaneciendo en una falsa burbuja de seguridad. Sin mala intención, la persona cuidadora refuerza el papel pasivo y victimista del que tiene TLP. Moviéndose por su sentido de la culpabilidad y la responsabilidad, muchos de estos cuidadores hacen más pequeños e indefensos a aquellas personas con TLP a las que inadecuadamente protegen. De este modo, relaciones que deberían ser a priori de igual a igual (por ej. entre hermanos o de pareja)

se convierten en relaciones patológicas entre figura “adulta” y “niño”. No son raros los casos en los que estos pacientes llaman a su pareja “mamá” o “papá” desde el inicio de la juventud. Tampoco son raros los casos en los que un hermano hace las veces de “papá” o “mamá” del paciente.

A nivel de trabajo, si consiguen una cierta estabilidad laboral suele ser por contactos de gente cercana, no por sus méritos. Se centran en cumplir con lo básico. El absentismo laboral es alto. Los viajes repentinos a otras ciudades o países para evadirse de los “agobios” del presente son habituales. Estos planes serán vistos por los otros como una manera de no enfrentarse a la realidad del momento. A nivel social, pueden ser percibidos, bien como caprichosos y egocéntricos, bien como pasivos e indefensos. Tienen una alta necesidad de reafirmación por el entorno, de sentirse distinguidos y cuidados de manera especial. Los vínculos serán selectivos e intensos, ya que buscan amistades que les den mucha seguridad y estén pendientes de ellos. Con los demás, la sensación habitual es sentirse un “segundo plato”. La frustración de no alcanzar ese estatus especial da lugar a rabietas claras o encubiertas y también al aislamiento.

El seguimiento psicoterapéutico será irregular en ocasiones. Vendrán a rachas, por temporadas, como si el viento les hubiera llevado casualmente a consulta en esos momentos de mayor angustia. La sensación general es que no se pueden trabajar objetivos a largo plazo porque no hay un claro compromiso con la terapia. En otras ocasiones, depositan en el terapeuta el destino de su vida, dándole la responsabilidad de todas sus decisiones. En consulta, preguntan constantemente al terapeuta acerca de todos los pasos a seguir en su vida, como si tuvieran un miedo atroz a tomar decisiones por sí mismos. En otras ocasiones, la sensación es que no son partícipes directos de su tratamiento y se resisten a realizar muchas tareas de la terapia que les hagan salir de su zona de seguridad emocional.

Recomendaciones

Enfrentarse al miedo al fracaso

Una persona que tiene pánico a crecer y fracasar debe enfrentarse muy progresivamente al reto de comprometerse con su vida. En primer lugar, es importante que deje de mirar al mundo como responsable de su potencial mejoría y se centre en sí mismo como el “actor principal de esta película”. Todo aquello que dependa de uno ha de ser su máxima prioridad, aun a sabiendas de que esto puede representar “solo” el 50% del logro final. En este sentido, hay que aceptar que para que una película sea buena también hay “actores de reparto” (circunstancias) que no son controlables por uno mismo. Esto no debe ser usado como justificación para no hacer nada (“para qué lo voy a hacer si luego mira cómo está el desempleo”), sino como razonamiento para centrarse en lo que depende de nuestra propia actitud y conducta. Por ejemplo, aprobar un examen depende de factores que son responsabilidad del estudiante (esfuerzo, motivación, etc.) y también de otros factores propios (por ej. capacidad intelectual) y ajenos (por ej. tipo de examen) que uno no puede controlar. Los segundos factores no anulan los primeros, pese a que uno quiera convencerse de ello. En esta ecuación, han de volcar su energía en aquellos factores controlables que hacen más probable el resultado deseado, aunque lógicamente no lo garanticen. Centrarse en los factores no controlables solo lleva a la frustración, derrotismo y autojustificación.

Una vez uno acepta su cuota de responsabilidad, es importante plantear el contenido de los objetivos. Estos objetivos han de ser de menor a mayor dificultad. Aconsejamos que estos objetivos concretos a realizar impliquen exclusivamente a la propia persona, sin apenas soporte de la gente de referencia en las primeras fases (pareja, madre, etc.). Por ejemplo, para buscar un trabajo podría aprender por *internet* cómo hacer un *currículum vitae* y a qué empresas de trabajo temporal puede mandarlo. Para buscar un alquiler de vivienda podría mirar pisos en páginas de *internet* y leer la ley de arrendamientos de viviendas. Para apuntarse a un gimnasio podría visitar varios gimnasios de la localidad y preguntar tarifas y condiciones. Los objetivos posteriores más ambiciosos sí que es un muy probable que requieran una ayuda auxiliar de la gente de referencia, tal y como hacemos todos los mortales. Por ejemplo, a la hora de iniciar un trabajo es sano pedir asesoramiento a un compañero o instructor sobre cómo realizar actividades antes no encomendadas. En un gimnasio, uno puede pedir consejo al monitor sobre cómo hacer adecuadamente una tabla de ejercicios, etc.

Durante la realización de estos objetivos es importante que se diga “tú puedes”. El

diálogo interno en positivo es muy importante cuando alguien normalmente se ha sentido bloqueado por miedo a fracasar. Las barreras emocionales a modo de autojustificación es posible que aparezcan (por ej. “para qué hacerlo si vas a fracasar”; “no sabes hacerlo”). La actitud sobre esto debe ser la de no ceder ante estos mensajes internos, de modo que se enfrenten al miedo a no saber hacer las cosas (por ej. “no sé cómo lo haré, pero al menos lo intentaré y con eso me quedaré”; “no quiero estar así el resto de mi vida”). El objetivo realmente no son los resultados como tal, sino demostrarse a uno mismo que puede tener una actitud comprometida proactiva y no evitadora ante los retos que aparecen en la vida. Estos objetivos progresivos han de plantearse con fecha y hora determinadas, de lo contrario se corre el riesgo de no hacerlos tras la frase *ya lo haré otro día*. Cuanto más se tarde en realizar un objetivo con fecha y hora pactada, es más probable que finalmente no se acabe haciendo.

Este proceso de afrontar los desafíos de la vida es lo que realmente viene a llamarse maduración personal y lo que ayuda al ser humano a crecer mentalmente. En la medida que vaya logrando hacer algunas cosas cogerá más confianza para realizar un objetivo más importante. Tras un objetivo cumplido es aconsejable que se diga “¡bien hecho!”. Uno ha de ser consciente de que si quiere progresar en la vida tiene que alejarse poco a poco de su zona de *comfort*. La única manera de ganar autoestima y los logros es desafiar esa zona de seguridad donde uno se protege de aquello que le abrumba. Despedirse del “menor de edad” que tiene miedo a crecer y a fallar es un duelo en toda regla para aquellas personas que han vivido en su “burbuja de cristal”.

Manejar la frustración cuando se plantee una meta

La frustración es la insatisfacción por la no consecución de un objetivo en un momento deseado. Partiendo de ello, aconsejamos que se planteen en general metas realistas y a corto plazo antes que metas ideales y a largo plazo. Para lograr esto es importante que en una agenda personal diaria divida el objetivo final en sub-objetivos a ir cumpliendo consecutivamente. Por ejemplo, alguien que estudia para un examen de inglés dentro de 15 días es mejor que plantee objetivos concretos diarios, de menor a mayor dificultad (primero *phrasal verbs*; otro día *listening*; después *speaking*). Cada

objetivo diario conseguido debe después ser tachado en la agenda a modo de reconocimiento del logro. Este planteamiento es mucho más tolerable que centrarse en “sacar notable” sin más, ya que este último será vivido como inabarcable (“no sé por dónde empezar, ¡qué agobio!”). Cuando el objetivo de un día no se cumpla, es importante buscar alternativa. El antídoto contra la frustración es siempre la tolerancia a la flexibilización de las metas. Previamente, es importante que se diga unas cuantas veces “calma, ves poco a poco, es normal que haya problemas”. Después debe dividir en varios sub-objetivos el objetivo de ese día. Siguiendo el ejemplo anterior, los *phrasal verbs* podrían estudiarse en dos días en vez de en uno. En el primer día, se estudiarían de un modo puramente teórico y mecánico. En el segundo, a través de textos donde estuvieran incluidos. Replantear una meta no es una señal de derrota o fracaso, sino una muestra de sabiduría que permite cambiar el “paso del baile” ante las circunstancias.

IMPULSIVIDAD EXTREMA

Álvaro Frías, Carol Palma, Alba Calzada y Nuria Farriols

Descripción

La impulsividad es uno de los síntomas más característicos de las personas con este trastorno. Se entiende habitualmente como la acción en cortocircuito, es decir, toda conducta que se lleva a cabo sin pensar en sus consecuencias a largo plazo. Muchos de estos pacientes no reflexionan antes de hacer algo y se dejan llevar por el principio de la inmediatez. Esta característica es básicamente una necesidad personal muy a corto plazo. Esa necesidad suele ser de base emocional. En unos casos, la impulsividad es empleada para reducir la ansiedad (por ej. atracones de comida, abuso de alcohol); en otros, para liberar la ira hacia los demás (por ej. peleas) o hacia uno mismo (castigarse); en otros, para sentirse vivo, morir o reclamar atención inmediata (por ej. autolesiones); en otros casos, para sentir placer (por ej. hipersexualidad, compras compulsivas). En cualquier caso, la impulsividad puede servir para disminuir el sufrimiento o evitar situaciones problemáticas. Sin embargo, su misma naturaleza hace que ese objetivo pueda verse cumplido solo de forma momentánea, provocando, en bastantes ocasiones, más circunstancias problemáticas. Darse cuenta de esto será crucial para manejar la impulsividad y poder ser, en mayor grado, más libre para elegir la postura o decisión adecuada. Sea como fuera, muchas personas con TLP actúan irreflexiblemente para regular las emociones del momento, sin considerar lo que eso puede traer consigo después.

Numerosos estudios hablan de que la impulsividad tiene una base genética. Los traumas de la infancia también pueden alterar las partes del cerebro destinadas a la reflexividad. Se sabe además que ciertas drogas pueden aumentarla, sobre todo el alcohol y la cocaína. Cuando se está inestable emocionalmente, también es más probable que se

actúe impulsivamente.

Consecuencias

Los efectos negativos producidos por una alta impulsividad son bien conocidos por estos pacientes. La pérdida de amistades y parejas por el uso de insultos, agresiones o infidelidades por despecho es relativamente común en esta población. Las agresiones y amenazas verbales hacia desconocidos (por ej. discusión de tráfico) o a bandas rivales, puede ser un riesgo para su salud o la de otros, aparte de los problemas judiciales que acarrea. La hipersexualidad aumenta el riesgo de que tengan enfermedades de transmisión sexual, violaciones o infidelidades hacia la pareja. Algunas mujeres con TLP que se dedican a la industria del porno debido a su hipersexualidad pueden ganar importantes cantidades de dinero que luego gastan compulsivamente. Los atracones de comida se acompañan a menudo de un importante sentimiento de culpa, así como de vómitos para compensar la ingesta anterior.

Entre otros riesgos médicos, los ciclos de atracón-vómitos-restricción pueden dar pie a desequilibrios electrolíticos graves en el cuerpo, además de inflamación del esófago, problemas en el estómago, deterioro de la dentadura, problemas cardíacos o renales, etc. Las autolesiones son igualmente un riesgo para la salud. La tolerancia al dolor es mayor a medida que se autolesionan más cortándose con cuchillas. Habitualmente necesitan incrementar la frecuencia o profundidad de los cortes para experimentar la misma intensidad emocional que antes. Así mismo, a medida que se autolesionan pueden ir perfeccionando el método hasta hacerlo más letal. En esta escalada, algunas personas pueden acabar muriendo al emplear consciente o inconscientemente dosis mortales de algunas medicaciones.

El abuso de alcohol puede contribuir a aumentar el ánimo deprimido y la agresividad, causando graves problemas de relación con la gente cercana y problemas legales. También se asocia a un mayor riesgo de llevar a cabo autolesiones, principalmente con sobreingesta de medicaciones. Algunos entran en una espiral de abuso de alcohol y cocaína que es utilizado a modo de automedicación para intentar controlar

los sucesivos cambios emocionales. El abuso de alcohol también se asocia a un aumento de accidentes de tráfico, traumatismos craneoencefálicos, riesgo de violaciones, hipersexualidad y problemas médicos (obesidad, cirrosis, etc.). En resumen, el abuso de alcohol no solo causa múltiples problemas a nivel psicológico, médico, social y legal, sino que se asocia a otras conductas impulsivas habitualmente observadas en estos pacientes.

Por último, las compras compulsivas aumentan las deudas económicas. También son un motivo frecuente de discusión de pareja, principalmente porque aumentan las mentiras, la desconfianza y el hipercontrol por parte de la pareja. En este “juego” se barajan roles que son poco sanos para la dinámica entre ambos, incluyéndose el papel de “perseguidor o controlador” (pareja) y el de “víctima o mártir” (persona con TLP). El rol controlador solo invita a las mentiras, la culpa y el resentimiento por parte de aquel que es controlado. A su vez, impide responsabilizarse del problema al paciente, quien tiene un motivo perfecto para justificar los escasos avances.

En general, la impulsividad hace que, en cualquier momento, la aparente estabilidad pueda “saltar por los aires”. Esto les vuelve muy imprevisibles. Mucha gente del entorno no tolera esta incertidumbre y pone una distancia de seguridad para no verse salpicada por sus arrebatos. Otras personas de un entorno más íntimo, si no ponen un límite sano, solo potenciarán o mantendrán el problema. Por lo tanto, observaremos dos tipos de reacciones principales: huida “para que no me salpique” y extrema comprensión ante cualquier reacción impulsiva. Aun siendo la primera más habitual que la segunda, ninguna de ellas aporta una reacción emocional adecuada para que la persona afectada pueda regular la impulsividad.

Recomendaciones

Detectar las señales de alarma previas a la conducta impulsiva

Es muy importante que conozcan de antemano cuáles son las señales que indican la inminente aparición de la conducta impulsiva. Algunas de estas señales se presentan

escasos segundos antes de que actúe impulsivamente. Las señales que predicen la posible aparición de una conducta impulsiva pueden identificarse tanto en la propia persona (sensaciones corporales y pensamientos) como en el ambiente donde se encuentra (circunstancias, personas o comentarios determinados).

En el caso de la agresividad, las sensaciones corporales son aumento del ritmo cardíaco, bola de fuego en el estómago, puños cerrados y temblorosos, mandíbula apretada y cejas fruncidas. Los pensamientos son del tipo *¡de qué vas!; ahora te vas a enterar; qué narices te crees*, etc. Los ambientes de riesgo para la agresividad suelen ser aquellos en los que hay otras personas con las que ya se han tenido problemas o bien oír a alguien alzar la voz o usar ciertas palabras malsonantes (por ej. *¡Estás loco!*). Uno también debe tener presente que si lleva acumulando rabia desde hace varios días, el riesgo de que “salte” en los días posteriores es muy elevado, incluso ante personas o lugares que no tienen que ver nada con el origen de dicho enfado. Estas personas o lugares que “pagan los platos rotos” pueden ser, bien gente de confianza (pareja, familia o amigos), bien personas casuales (por ej. en el autobús, cola de supermercado). En el primer caso, notarán este riesgo de estallido porque les molestará mucho más todo aquello que habitualmente les causa escaso malestar en la persona cercana. Por ejemplo, puede molestarles mucho más de lo habitual que su pareja deje los platos sucios en el fregadero en vez de en el lavavajillas. En el segundo caso, sentirán que tienen “ganas de buscar pelea” con alguien que no conocen, como si así pudieran sacar la rabia que tienen acumulada. Las discusiones de tráfico son un “clásico” en estos pacientes.

En el caso del abuso de alcohol, la “toma de decisiones aparentemente irrelevantes” suele predecir el riesgo de recaída. Por ejemplo, alguien que ha abusado de alcohol recientemente puede “merodear” un bar, aparentemente para comprar otras cosas (por ej. una bocadillo) o hablar con amigos. También puede decidir erróneamente tener una botella de alcohol en casa “solo” para los invitados. En el fondo, es una manera inconsciente de aproximarse a la “tentación” y es un claro indicador de que tarde o temprano volverá a reincidir. La aproximación a este tipo de situaciones debería evitarse a toda costa cuando alguien tiende a tener este tipo de conductas impulsivas. El autoengaño también es habitual en gente que abusa de alcohol o tiende a la hipersexualidad a través de la masturbación compulsiva. La frase “por una vez no pasa nada; solo lo haré hoy” suele preceder a una recaída, bien tras un consumo de alcohol

aparentemente puntual tras una celebración (cumpleaños, empleo de amigo, etc.), bien tras visionar un vídeo erótico por *internet*.

En el caso de la compra compulsiva, hay muchos condicionantes externos que deben vigilarse a toda costa. Por ejemplo, cobrar la paga o salario mensual, la época de rebajas, tener acceso a las cuentas compartidas, acompañar a otra persona “de tiendas” o comprar un regalo para otras personas son situaciones que deberían ser consideradas como de alto riesgo.

En general, la detección de las señales de alarma permite tomar más consciencia sobre el acto impulsivo y con ello mayor control sobre el mismo. No es un paso suficiente, pero es absolutamente necesario para poder ir reduciendo las conductas impulsivas.

Tener un plan de actuación incompatible con la conducta impulsiva

Es importante que intente actuar “en caliente” de una manera que sea incompatible con la conducta impulsiva. Por ello, es aconsejable tener un plan de acción premeditado que se accione una vez suenan las “alarmas”. Es como un protocolo de evacuación en caso de un incendio. Aconsejamos que lo lleven, bien escrito punto por punto en un papel guardado en la cartera, bien grabado en el móvil con su propia voz.

En el caso de la agresividad, la pauta principal es salir del ambiente donde uno cree que va a “saltar”. Si no es posible, es muy importante no responder verbalmente, evitar el contacto ocular y mantener una distancia de seguridad (mínimo metro y medio con la otra persona). Es importante que vaya haciendo respiraciones para ir reduciendo el pulso cardíaco. Cuando la rabia baje un poco, aconsejamos que imagine la cara de un familiar querido cuando la policía le informa de que está en comisaría o de que debe pagar una multa de 400 euros. Fuera del entorno de riesgo, puede descargarse la rabia o el sentimiento de impotencia dando golpes a un cojín o a un objeto (por ej. saco de boxeo) que no produzca daño a uno mismo.

En el caso de la autolesión, la principal recomendación es que no permanezca solo. Es preferible que esté distraído hablando con alguien por teléfono o quedando en un

lugar para tomar algo. Si no es posible, recomendamos que vea la televisión, escriba sobre las emociones del momento o escuche música que no sea ni melancólica ni asociada a la persona que ha perdido o que le ha rechazado. Las cuchillas nunca deberían ser llevadas en el bolso o cartera. Si el acto de usar las cuchillas es inminente, recomendamos utilizar hielo en las extremidades (brazos o piernas) donde se está planteando autolesionarse. Esta pauta puede seguirse incluso si ha empezado a autolesionarse, ya que puede evitar que reincida en la autolesión en ese mismo momento. Si se trata de una situación donde no hay acceso al hielo o el impulso de lesionarse es muy rápido, un recurso inmediato puede ser ponerse en la boca algo muy picante (por ej. una guindilla). Este tipo de alimentos puede generar un dolor físico que calme el emocional y, además, no provoca lesión física. Evidentemente, esto no es recomendable en caso de enfermedad médica donde esté contraindicada (por ej. úlceras). En el caso de que esté barajando hacer una sobreingesta medicamentosa puede “negociar” con los profesionales, alternativas al hecho de no querer hacer un ingreso de corta estancia. Por ejemplo, puede pactar que un familiar controle la pauta diaria de medicación, de modo que no pueda tener la tentación de abusar en un momento dado. En dicho caso, la persona con TLP no debe ser conocedora del paradero de las medicaciones. Si no hay un familiar que pueda hacer esta función, algunos centros de salud mental se prestan a realizar esta labor a través de la enfermera responsable. Bajo ninguna circunstancia debe alargarse este proceso de estrecha supervisión más allá del tiempo necesario, ya que los pacientes han de ser conscientes de que la responsabilidad de hacer un correcto uso de la medicación ha de recaer en ellos.

En el caso de un periodo de hipersexualidad, la recomendación principal es no salir nunca solo a la calle. Puede hacerlo con algún amigo de toda la vida, sea cual sea el motivo aparente de la salida. Las tarjetas de crédito deberían quedarse en casa para evitar asistir a prostíbulos y *clubs*. También debe evitarse el uso de ropa muy provocativa que incite el acercamiento del sexo deseado, especialmente si se sale de noche o en momentos descontextualizados (por ej. vestir con minifalda y tacones de 12 centímetros para salir a “pasear” por la mañana en pleno invierno). En el caso de usar *chats*, redes de contacto por *internet* y páginas con alto contenido sexual, algunas plataformas *on line* permiten restringir el acceso a determinadas páginas a través del móvil o del ordenador. Con dicho fin, la contraseña para poder entrar a dichas páginas de

internet debería ser solo conocida por un allegado que conozca su problema.

En el caso de las compras compulsivas, el consejo principal es que no se disponga de acceso a las tarjetas de crédito. Si tiene pareja, recomendamos que inicialmente sea esta quien controle el dinero y que los gastos del paciente sean siempre justificados con factura. Esto es algo que cuesta aceptar a muchas personas con TLP, pero han de entender que es una medida transitoria. Si se vive solo, siempre puede negociar con su banco, bien para hacer un desvío parcial del dinero que gane para un plan de ahorro que no pueda “tocar”, bien restringiendo el dinero que puede sacar de cajeros o gastar mensualmente con las tarjetas. Como norma, toda gasto debe hacerse con monedas y billetes, ya que permite una mayor conciencia del dinero que se está empleando. Así mismo, debería comprarse solo en establecimientos que permitan devoluciones (no solo intercambios). Si no es posible una devolución, el objeto comprado no debe regalarse a un allegado. Es preferible venderlo en tiendas físicas u *on-line* de segunda mano, de modo que se recupere una parte del gasto económico.

Asumir el acto y consecuencias de ser agresivo

Muchos pacientes que son agresivos con las parejas o gente de la calle tienden a decir que “me hizo cabrear”. No se hacen responsables de su conducta agresiva, como si no tuvieran ellos la decisión final de actuar así. Del mismo modo, trasladan al otro la autoría de sus emociones, como si hubiera una relación de causa-efecto directa entre lo que los demás hacen y lo que uno siente. Al final “parece” que no tienen ningún papel en las emociones que sienten ni en las conductas que hacen. Trasladan la “culpa” de ello al exterior.

Debe tenerse presente que las emociones de cada uno son eso: individuales e intransferibles. Por otro lado, han de considerar sus conductas como decisión última de su voluntad y conciencia. De hecho, a nivel judicial un diagnóstico de TLP no supondría un eximente para la persona que apuñala a otro durante un ataque de ira. Cuando uno asume su responsabilidad sobre los actos que realiza es más probable que asuma las consecuencias negativas que ello genera en otros. Nuestra recomendación es que tolere pedir perdón a aquel que ha podido insultar o pegar. Es muy posible que vivan las

disculpas como una muestra de debilidad y humillación. Sin embargo, pedir perdón es realmente una prueba por la que se reconoce el daño causado al otro. Cuando se pide perdón no se ponen “condicionales” (por ej. “siento si te ha podido molestar”), “peros” (por ej. “me porté mal, aunque tú tampoco lo hiciste bien”), ni justificaciones (por ej. “estaba estresado; lo siento”). Aconsejamos usar frases sencillas y sin rodeos tipo *siento lo que hice, asumo lo que pasó, haré lo imposible para que no vuelva a pasar*, etc.

Aumentar la capacidad de reflexión

La reflexividad es lo contrario a la impulsividad. A diferencia del “impulso”, la “decisión” es un acto deliberado por el cual una persona actúa de una manera determinada después de analizar los pros y contras de varias opciones de respuesta. El objetivo es que aprendan a tomar decisiones en vez de respuestas por impulsos. Esto lo pueden aplicar para cualquier momento de su vida. Los pasos a seguir para ello son: definir el problema, plantear el objetivo, exponer varias alternativas de respuesta, valorar pros y contras de cada una tanto a corto como a largo plazo, elegir la respuesta más adecuada y, por último actuar en consecuencia. Si la respuesta adoptada no resultara satisfactoria, se pasa a la siguiente alternativa preferida. Aconsejamos que este proceso de deliberación se haga en papel, no solo “mentalmente”. Todo se ve con más claridad cuando se coloca fuera de uno mismo.

Por ejemplo, imaginemos que uno no tiene dinero para pagar el alquiler de la vivienda. El objetivo que tiene es aumentar los ingresos para poder costearlo. Como opciones podría: trabajar “en negro”, llamar a contactos, buscar empleo a través de empresas de trabajo temporal, irse a vivir a casa de un allegado, solicitar un préstamo, pedir un “alquiler social”, solicitar ayudas por trastorno psiquiátrico, etc. Por cada opción es importante que valore las consecuencias inmediatas y futuras, así como el grado de realismo para ejecutarla en el momento presente. Por ejemplo, pedir un alquiler social podría parecer una alternativa ideal para el problema referido. Sin embargo, los plazos para su obtención podrían ser muy prolongados y se necesitaría una vivienda alternativa durante un buen tiempo.

Canalizar la impulsividad extrema

Algunos pacientes tienen tanta impulsividad que el objetivo realista es que aprendan a canalizarla hacia algunas actividades que reduzcan sus consecuencias negativas. Por lo tanto, este tipo de recomendaciones es adecuado para aquellos que muestren un descontrol muy notable de su impulsividad, incluso después de seguir un tratamiento psicológico prolongado.

Por ejemplo, para una persona muy agresiva es más sano que haga boxeo en vez de que sea portero de discoteca. Este tipo de actividad puede ayudarle a expresar esa elevada agresividad a la vez que adquiere un mínimo autocontrol y respeto hacia unas normas básicas de participación. Del mismo modo, una persona hipersexualizada es más “sano” que intente pactar ir a un local de intercambio de parejas en vez de que se dedique a ejercer la prostitución a escondidas. Con ello se reduce también el riesgo de violaciones.

Tomar correctamente la medicación

Muchos pacientes no toman correctamente la medicación antidepresiva y/o los estabilizadores del humor, los cuales tienen entre otros propósitos reducir la impulsividad. Los propios síntomas del TLP pueden afectar negativamente a su correcto cumplimiento, especialmente la tristeza prolongada y la dificultad para mantener los compromisos. En ocasiones, los efectos secundarios que pueden experimentar (por ej. aumento de peso, pérdida de deseo sexual) tienen una influencia muy relevante en su abandono. Nuestra recomendación es que cualquier duda o queja acerca de las medicaciones pautadas la consulten con su psiquiatra de referencia. Siempre existe la posibilidad de ajustar dosis y tipos de medicaciones. El abandono o ingesta irregular ayuda a que la impulsividad no baje a unos niveles moderados.

No consumir drogas que aumenten la impulsividad

Algunas drogas pueden afectar negativamente a la impulsividad. Por ejemplo, el alcohol puede aumentar el riesgo de agredir a otros o autolesionarse. La cocaína puede aumentar el riesgo de compras compulsivas, hipersexualidad o de agredir a otros. El *cannabis* puede aumentar el riesgo de atracones de comida. El éxtasis puede aumentar el riesgo de hipersexualidad. La heroína puede aumentar el riesgo de autolesiones. Como norma, recomendamos a aquellas personas que abusan de drogas que acudan a tratamientos especializados para esta clase de problemas si quieren evolucionar más positivamente de su trastorno de la personalidad.

COMPORTAMIENTO MANIPULADOR

Álvaro Frías, Ana Salvador y Sara Navarro

Descripción

El comportamiento manipulador es aquel que pone un disfraz a nuestras verdaderas intenciones. Toda manipulación conlleva una agenda oculta, que es la verdadera meta de la persona que manipula. Casi siempre la manipulación tiene un fin egoísta que se encubre con un bien común o incluso al otro.

Muchas personas con TLP son verdaderas artistas de la manipulación y cuando tienen confianza lo reconocen en consulta sin rodeos. La complejidad de las conductas manipulativas dependerá en parte de su cociente intelectual: cuanto mayor sea este, más elaboradas serán las conductas manipulativas para obtener del entorno sus objetivos. Es un claro ejemplo de inteligencia mal empleada.

Puede haber dos clases de motivaciones que subyacen tras la manipulación. Por un lado, un bien material como puede ser recibir dinero, tener una vivienda donde residir, robar objetos (por ej. joyas), etc. Por otro lado, un bien emocional como puede ser conseguir ser el centro de atención, recibir cuidados constantes, vengarse de alguien o mostrar desaprobación, etc. Los pacientes reconocen diferentes maneras de manipular al entorno. Por ejemplo, algunos buscan con una sobreingesta de medicamentos que se les preste la atención emocional que no consiguen por otros medios. Otros amenazan con matarse en una especie de juego perverso a través del cual buscan que el allegado no se aleje, no le abandone, le dé la razón o le permita hacer lo que quiera. El otro, por miedo a que este acabe matándose, cederá activa o pasivamente en todo lo que le diga. También reconocen usar la seducción, las relaciones sexuales, las rabieta, la adulación (peloteo) y las mentiras compulsivas (estudios, salario, etc.) para obtener bienes materiales o ser el centro de atención. Del mismo modo, el papel de enfermo (por ej. *Es*

que tengo TLP) y la culpabilización (por ej. *¡Después de lo que hice por ti!*), son maneras de traer al otro a su terreno para que esté emocionalmente pendiente de él. En concreto, la culpabilización es relativamente habitual cuando se entregan a los demás esperando recibir el mismo trato emocional que dan. Este acuerdo no escrito es totalmente ignorado por la gente próxima, quienes asumen erróneamente que se entregan incondicional y desinteresadamente. A la larga, esta gente del entorno se sentirá chantajeada y coaccionada. Por otro lado, quienes asumen el papel de enfermo se ponen a hablar con los demás acerca de la etiqueta diagnóstica, incluso en los primeros encuentros que tienen. Muchos acaban creando una especie de identidad como “persona con TLP” que les sirve incluso para explicar y justificar cualquier conducta que hagan. El resto percibirá dicha actitud desde un punto victimista y sentirán que lo hace con la finalidad de despertar pena y lástima.

Un subgrupo de estos pacientes reconoce que disfruta plenamente con la manipulación. Para ellos, “manipulación” equivale a “control” y, en última instancia, a “poder”. Este poder lo logran muchas veces “triangulando” en las relaciones, de modo que cuentan cosas distintas a cada persona para conseguir lo que quieren, incluyendo que dos de estas personas se enfrenten entre sí (por ej. la persona que es querida y aquella de la que se tiene celos).

Un tipo especial de manipulación es la conducta pasivo-agresiva. Esta clase de conducta es muy habitual cuando tienen dificultades para expresar claramente su malestar hacia alguien. Normalmente son personas muy inseguras que tienen un intenso temor al rechazo si muestran claramente su disconformidad con el otro. Además, presuponen que el otro debe saber leerles la mente en todo momento como si fueran adivinos. De este modo, justifican para sí mismos el hecho de no esforzarse en expresar lo que sienten. En la conducta pasivo-agresiva el lenguaje verbal y no verbal (tono de voz, gestos faciales, actitud general) son claramente contradictorios. El lenguaje verbal suele no mostrar claros signos de desaprobación (por ej. “no te preocupes; está todo bien”); sin embargo, el lenguaje del cuerpo transmite una sensación difusa de malestar (por ej. no mira a los ojos, el tono de voz es seco, el gesto facial es serio). A veces, la conducta pasivo-agresiva puede tener un claro componente de sarcasmo e ironía. El mayor problema de la conducta-pasivo agresiva es que la represión del malestar enquistaba la rabia, condicionando con ello las sucesivas conversaciones que la persona tiene con el

otro. Por ejemplo, puede acabar no contestando los *sms/whatsapp* o tardar muchas horas en hacerlo. Sin embargo, cuando se le pregunte si está molesto dirá que “todo va bien”.

Otro tipo especial de manipulación es el boicoteo o “poner a prueba”. Esto pasa especialmente cuando hay una tendencia autodestructiva a nivel mental. La autodestrucción a través de las relaciones es un mecanismo psicológico a partir del cual los demás acaban rechazando al paciente porque este último “así lo decide”. Es como una manera controlada de llegar al final anticipado (abandono) pero por el camino de la voluntad propia, no de la decisión del otro. Por ejemplo, muchas personas con TLP que se ilusionan con alguien pueden hacer lo indecible para que el otro les deje. Pueden hacer pruebas continuadas de fidelidad para demostrar que nadie querrá estar con ellos (por ej. insultarles, hablarles del “ex”, no quedar a la hora pactada). Se intenta poner al límite al otro para confirmar que nadie puede quererles. Cuanto más pueden sentir por alguien, más riesgo de boicoteo puede haber. No se dejan querer porque el temor al abandono es mayúsculo. La relación parece como una partida de ajedrez, un “toma y daca”, “una de cal y otra de arena”. En definitiva, no dejan fluir la relación. De este modo, se alcanza una falsa sensación de seguridad y control que encierra en el fondo un intenso temor al abandono y a la incertidumbre.

Consecuencias

Muchos pacientes obtienen importantes beneficios de manipular a los demás, ya sea a nivel material (dinero, estatus laboral) o emocional (ser centro de atención, ser cuidado, poder vengarse de otro). Estos beneficios percibidos son habitualmente logros a corto y medio plazo.

Por lo general, pasado un tiempo, la gente que les rodea empieza a darse cuenta de su carácter manipulador. Debido a ello, suele haber un momento en el que las estrategias tradicionales que emplean ya no surten el mismo efecto. Pueden cambiar de táctica, pero el otro ya tiene una etiqueta de él como sujeto manipulador.

Llegados a este punto, al paciente le quedan dos alternativas. La primera es

mantener relaciones duraderas con determinadas personas que toleren su conducta manipuladora. Estas personas pueden ser, bien algún familiar, bien algún allegado con alta dependencia emocional. En estos casos, la persona con TLP actúa con un rol parasitario alimentándose de su “huésped”. Por otro lado, si no encuentra un vínculo de estas características, va teniendo relaciones continuadas que se suceden una detrás de la otra en la medida que los demás se alejan cuando se dan cuenta de su carácter manipulador. Muchos dejan de llamar. Muchas de estas personas dejan de llamarles. El silencio y alejamiento de esta gente que va apareciendo y desapareciendo en su vida es a veces malinterpretado como una prueba del desinterés de los otros.

En consulta, los profesionales no somos ajenos a las conductas manipuladoras de dichos pacientes. Muchas de las estrategias antes descritas son manifestadas durante la relación terapéutica. El profesional generalmente se dará cuenta de ello e intentará poner límites a ese modo de relación. Si el vínculo terapéutico no está muy afianzado, estos límites pueden ser motivo de abandono terapéutico e incluso reclamación ante terceros.

Recomendaciones

Empatizar emocionalmente con los demás

Algunos están tan centrados en sus propias necesidades materiales y emocionales que no valoran el perjuicio que supone para el otro ser víctima de su manipulación. Las personas afectadas pueden ser, además, gente que tiene un interés auténtico en ellos. Esto pasa sobre todo cuando la manipulación tiene un fin más emocional. En otras ocasiones, las víctimas pueden ser personas con las que tenían una relación superficial. En dicho caso es probable que aparezcan motivaciones materiales tras las conductas manipuladoras.

El primer paso para dejar de ser tan manipulador es ser consciente del daño emocional y/o material que se puede estar causando al otro. Aconsejamos para ello que piensen en alguna ocasión en la que ellos mismos han sido víctimas de la manipulación.

Con ello no se pretende que encuentren una excusa para justificar su conducta manipuladora (*lo hacen los demás también*), sino que vean en sí mismos el daño que pueden estar originando a otro. Por ejemplo, los pacientes que han vivido divorcios traumáticos entre padres podrían recordar cómo han sido manipulados para posicionarse de parte de uno de ellos. A veces recibieron más regalos o derechos (por ej. volver más tarde de noche) si pasaban más días en casa de uno. En otros momentos, oían alabanzas envenenadas cuando hacían algo aparentemente bien (*tú sí que eres buena persona, no como tu madre*). En otros casos, se les confesaba con aparente inocencia los antiguos problemas matrimoniales (*no fuiste al colegio que querías porque tu madre quería ese dinero para cosas tuyas, no de la familia*). Sea como fuere, es muy posible que la ahora persona manipuladora haya sido previamente manipulada.

En última instancia, las raíces de la empatía están en conectar con el propio dolor emocional de haber sido manipulado. En este caso, la empatía hace una máxima del lema “no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan a ti”. En este sentido, uno puede preguntarse: ¿quiero que alguien pueda sentirse tan mal como yo me sentí cuando me engañó mi padre o mi primera pareja? ¿Es justo que paguen otros por aquello? ¿Qué puedo esperar de los demás si los trato así? ¿Qué puedo pedir o exigir a los otros siguiendo yo este ejemplo? Cuando una persona con conductas manipuladoras empieza a sentir vergüenza de actuar así, se está sembrando la semilla de un cambio en la manera de relacionarse con los demás.

Aprender a ser sincero con las personas cercanas

Manipular es algo habitual y automatizado en el día a día de algunos de estos pacientes. Lo contrario a la manipulación es la sinceridad. La sinceridad es la expresión última de las motivaciones, emociones y opiniones de uno. Las personas con TLP no suelen ser sinceras con la gente más próxima, es decir, con aquellos que se esperaría una comunicación íntima, directa y personal a partir de la cual construir un vínculo donde intercambiar emociones, deseos y necesidades. Temen que sus necesidades (por ej. dependencia emocional) o emociones (por ej. enfado, miedo) causen rechazo y/o desinterés en el otro. A veces, las viven con tanta vergüenza que no se permiten

expresarlas libremente.

Al contrario de lo que se pueda pensar, cualquier persona que “siga ahí” (familiar, amigo de toda la vida, etc.) después de tantos altibajos en la relación es una buena oportunidad para practicar una nueva manera de relacionarse, contraria al victimismo (papel de enfermo), la culpabilización del otro, el boicot o la comunicación pasivo-agresiva. Aconsejamos que se enfrenten con decisión a este reto eligiendo a una primera persona del entorno próximo.

Este nuevo modo de relacionarse se completa en 3 fases. En la primera, debe hablar con sinceridad acerca de los propios sentimientos (“me siento...”). Estos sentimientos estarán habitualmente relacionados con el miedo a algo o con el enfado con el otro. No debe presuponer que el otro los sepa porque le conoce. En esta fase, nunca debe hacerse mención alguna a las supuestas intenciones, deseos, emociones o conductas del otro (por ej. “... no te lo dije porque te enfadarías”). Si se siente muy bloqueada para expresar espontáneamente esas emociones, puede escribirlas y después leerlas al otro. En la segunda fase, tendría que realizar una petición relacionada con las emociones antes descritas. Esta petición debería reflejar sus preferencias/deseos hacia el otro (“...por ello, me gustaría que tú...”). Nunca debe ser una orden, imposición u obligación directa ni indirecta (por ej. “deberías...”; “yo en tu lugar lo haría...”). En la tercera fase, se sondea al otro, preguntándole su opinión sobre lo que acaba de decirle (“¿qué te parece?”; “¿cómo lo ves?”). En esta fase, el fin último jamás es que el otro acceda a su petición como tal, pero sí que entienda las emociones de fondo. Cuando alguien entiende los sentimientos del otro no quiere decir que tenga que excusarlos o justificarlos (por ej. “siento que te hayas enfadado, pero ya sabes que no puedo estar por ti 24 horas al día”). Del mismo modo, la otra persona siempre es libre de decidir lo que quiera en cuanto a la petición realizada. Puede no hacer nada o puede plantear otras maneras para que el paciente haga frente a sus emociones (por ej. “puedo entender tu ansiedad; te conozco bien. ¿Qué te parece si vas al gimnasio en vez de yo anular los planes con mi amigo?”). En todo caso, uno debe tener claro que todo mensaje emitido a los demás ha de ser proactivo, constructivo o aclarador en vez de destructivo, culpabilizador o insinuator, independientemente de que pueda o crea tener la razón sobre el “fondo”. El “fondo” nunca justifica las “formas”.

Enfrentarse al miedo al rechazo cuando se empieza a conocer a alguien

Muchas estrategias manipuladoras de naturaleza emocional tienen como fin último no enfrentarse al miedo al rechazo y abandono. El control de la situación a través de la manipulación es una apuesta “segura” cuando no creen que puedan ser amados por alguien que están conociendo. Nuestra recomendación es que cuando sientan afecto por una persona que están empezando a conocer se permitan fluir en la relación. Esto quiere decir que no pueden tener siempre el “timón del barco”. El rumbo de este “barco” llamado relación es muchas veces incierto, tengas o no un TLP. Hay que permitirse explorar, aceptar el miedo a lo desconocido y ver hacia dónde dirige el “viento las velas de este barco”. No hay que vestirse constantemente de “capitán”. A veces, uno también es “marinero”. Las falsas sensaciones de seguridad son “pan para hoy, hambre para mañana”. Tarde o temprano se diluirán. En este punto, uno puede haberse dado cuenta de que realmente es más inseguro de lo que aparenta cuando empieza a conocer a alguien. Si cree haber encontrado a alguien interesante, aconsejamos que apueste y se arriesgue a ser él mismo sin las armaduras de la manipulación. No hay que hablar de todas las intimidades, pero tampoco rehuirlas si van apareciendo poco a poco y a partes iguales. Es cierto que la ansiedad de estar desnudos emocionalmente les es muy amenazante. La tentación de utilizar la manipulación o romper la relación casi siempre estará presente incluso aunque el otro haya pasado los primeros filtros y “tests”. Nuestra recomendación es que se permitan expresar al otro un “estoy nervioso” o “no sé de qué hablar”. Reconocer esto al otro es una manera de romper con la dinámica de la manipulación. Si la otra persona es realmente alguien no superficial, jamás esto podrá ser criterio para no mantener algún tipo de vínculo. Aquellos que han dado este paso suelen liberarse, pues ven que pueden quitarse el armazón y el otro no les desprecia por lo que hay en el interior. Al final, uno debe tener en cuenta que la vida es una apuesta entre decidir jugarla o verla pasar de largo a través de la manipulación o el aislamiento. Es cierto que en el primer caso hay tensión, inseguridad, incertidumbre y miedo escénico. Pero más cierto también es que solo alcanza la felicidad aquel que se siente parte de otro/s por quien es.

Pedir perdón a alguna persona que fue manipulada

Reflexionando sobre todo esto, uno puede haberse dado cuenta de haber perdido a alguien en su vida como consecuencia de sus conductas manipuladoras. Ejemplos habituales de ello son una ex-pareja que se cansó de que usara las amenazas suicidas como llamada de atención, un antiguo pretendiente que se dio cuenta de que solo era llamado cuando el paciente necesitaba sentirse deseado o un ex-compañero de trabajo que vio cómo una aparente amistad era realmente la excusa para pedirle dinero y no devolvérselo. Estas personas pueden ya formar parte del pasado. En otros casos, la relación puede ser mucho más distante que años atrás.

En ambos casos, lo sucedido con estas personas puede quedar como una “espina clavada”. Cualquier asunto inconcluso de este calibre es preferible que sea mirado de frente para que pueda pasarse definitivamente página. Nuestra propuesta es que aprendan a reconocer el daño causado en otros, independientemente de si la otra gente quiere recuperar la relación o aceptar las disculpas.

La modalidad es diferente según el grado de proximidad. Aquellas personas con las que ya no se tenga contacto físico o telefónico es preferible el uso de un mail. Con aquellas otras que se tenga contacto superficial o puntual es preferible quedar cara a cara tras aclarar previamente el objeto de la cita y evitar así malentendidos. En este último caso, es posible que algunas personas no quieran quedar, por lo que habrá que optar entonces por la modalidad del *mail*. Pedir disculpas debe hacerse sin rodeos, sin excusas y sin “peros”. Uno asume directamente su autoría (por ej. “me equivoqué; solo pensé en mí y te engañé para conseguir de ti lo que quería”). También debe transmitir la conciencia de las consecuencias emocionales que pudo tener esas conductas en el otro (por ej. “entiendo el daño que te pude hacer con ello y también entiendo la decisión de que te alejaras de mí”). Por último, no debe incluir ninguna proposición de retomar la relación, pues podría ser vivido por el otro como una manera indirecta de seguir aprovechándose de él.

TRAUMA Y REVICTIMIZACIÓN

Álvaro Frías, Bárbara Martínez, Elena Aluco y Ferrán Aliaga

Descripción

Muchas de las personas que padecen este trastorno han sufrido algún tipo de trauma durante su infancia. Pocos profesionales dudan de que el trauma infantil pueda tener un papel relevante en el origen de los problemas mentales en general y en el TLP en particular. A nivel mental, el trauma infantil puede dejar una huella muy profunda en el niño en forma de baja autoestima y/o nula confianza en el mundo. A nivel emocional, el trauma infantil alimenta miedos, vergüenzas, rabias y culpabilidades en el menor que lo ha padecido. A nivel de conducta, el trauma infantil ayuda a que ese menor pueda aislarse o reaccione con elevada agresividad hacia el entorno.

En cierta manera el menor traumatizado sigue latente en muchos adultos que vemos diagnosticados de TLP décadas después. Sin entender el porqué, muchas personas adultas buscan y repiten involuntariamente el patrón de relación traumática que padecieron en la infancia (revictimización). Es como si su olfato para las relaciones se guiara más por la memoria visual de lo que les ha sido conocido y familiar desde pequeños (por ej. ver palizas, oír gritos) que por aquello que teóricamente considerarían adecuado para su vida. En este sentido, sienten que actúan como un imán para atraer determinados perfiles tóxicos de relaciones a lo largo del tiempo. Por más que juraran racionalmente que no volverían a pasar por ello, caen en un tipo de relación sentimental o de amistad que reproduce aquello que ya sufrieron de pequeños con alguna figura de referencia. Estas personas hacen suyo el refrán “salir de Málaga y meterse en Malagón”. Por ejemplo, algunos que huyen de la casa familiar porque tenían un padre alcohólico y con graves problemas de comportamiento, acaban teniendo una primera relación de convivencia con un hombre igualmente maltratador, consumidor de alcohol o jugador

patológico.

Los pacientes no solo buscan inconscientemente un patrón de relación que reproduce el trauma de la infancia. En ocasiones, el trauma de la infancia vuelve a aflorar en situaciones del presente que su mente, de una u otra manera, asocia con ello. Por ejemplo, una mujer con TLP que ha sido abusada sexualmente es mucho más probable que reviva el hecho traumático cuando tenga que cuidar una hija menor de edad. Otra mujer con TLP que ha sido maltratada por una ex-pareja es más probable que reviva el hecho traumático cuando el hijo varón adolescente intente desafiarla en alguna ocasión. Algunos también reviven el trauma infantil cuando vuelven a casa de los padres por problemas económicos o para cuidarlos por enfermedad. Así mismo, el propio trauma infantil puede reactivarse viendo la televisión (por ej. noticias, escenas de películas).

Consecuencias

Independientemente de si se repite o revive el trauma infantil en la etapa adulta, la consecuencia psicológica más relevante es la revictimización. La revictimización da lugar a una serie de síntomas de tipo postraumático que pueden incluir elevada ansiedad física (tensión corporal, temblor, sensación de ahogo), miedo intenso al daño, sensación de bloqueo mental, pensamientos involuntarios sobre el pasado traumático, pesadillas, hiperalerta, intensa culpabilidad, etc. No es extraño que muchas de estas personas tengan además un diagnóstico adicional de trastorno por estrés postraumático.

Al margen de la revictimización, las consecuencias negativas a nivel familiar son evidentes. Por ejemplo, algunas madres con TLP que fueron abusadas sexualmente pueden ser hiperprotectoras con las hijas, limitando con ello su correcto desarrollo psicológico. Algunas de estas niñas no podrán ir a dormir a casa de una amiga o podrán ir a colonias siempre que vayan monitoras. Es también habitual que no toleren incluso que el padre las pueda ver desnudas de pequeñas. La palabra “cuidado” y “vigila” es la más habitualmente escuchada por las hijas de estas madres con TLP. Cuando se hacen adolescentes son habituales los conflictos porque reclaman una independencia que muchas veces no es tolerada por estas madres.

Las madres con TLP que fueron maltratadas físicamente por un padre o ex-pareja también tienen reacciones aparentemente desproporcionadas cuando se enfrentan a las rabietas de los hijos varones adolescentes. Estas reacciones desproporcionadas pueden ser de dos tipos. Por un lado, un claro bloqueo emocional y terror cuando el hijo alza la voz, como si no supieran cómo responder y se sintieran muy pequeñas. En ese caso, el claro riesgo es que el hijo varón vaya asumiendo un rol autoritario y despótico mientras la madre adopta una postura aparentemente sumisa y permisiva. Si el hijo se empieza a parecer físicamente a su padre (ex-pareja maltratadora de la madre) este problema emocional se hace aún mayor en la madre con TLP. Del mismo modo, el riesgo de autoritarismo en el hijo varón es mayor si habitualmente no hay una pareja adulta que pueda compensar este bloqueo emocional. Por otro lado, algunas de estas madres pueden tener reacciones de rabia muy intensas que no se corresponden realmente con la gravedad de las rabietas del menor. Esto puede dar lugar a castigos verbales y/o físicos desproporcionados con el menor.

Algunas madres con TLP pueden ser “madres leonas”, es decir, personas muy hostiles con otros menores que se metan con su hijo. Esto les pueda llevar a claros enfrentamientos con el director o profesores del colegio, los padres de otros niños o los entrenadores deportivos. No toleran que nadie ningunee a sus hijos. En el fondo, este aparente sentimiento de protección encierra un deseo de que los hijos no sufran aislamiento o menosprecios como ellas padecieron en su infancia.

En cuanto a las relaciones de pareja, a veces escogen personas que igualmente no las tratan bien, tal y como les sucedió de pequeñas con su familia. Muchas mujeres con TLP acaban teniendo relaciones amorosas con hombres despóticos o maltratadores psicológicos siguiendo el modelo de relación vivido con su padre. No son capaces de concebir una relación con alguien que pueda quererlas por lo que son, sino con la condición de que sean como deben ser según el criterio de la pareja. Ciertamente, el ser humano tiende a acercarse a aquello que nos es familiar, independientemente de su bondad o maldad.

Algunos pacientes con TLP que sufrieron abusos sexuales en la infancia también se exponen de nuevo a ello en su adultez asumiendo el rol de “víctima voluntaria”. Por ejemplo, algunos tipos de relaciones con una intensa actividad sexual sadomasoquista se pueden interpretar en este sentido.

Recomendaciones

Darse cuenta del patrón en las relaciones

Una de las características más relevantes de la vida de muchos de estos pacientes es la tendencia a buscar relaciones tóxicas a nivel sentimental y social. Este tipo de relaciones puede estar muy influido por los modelos aprendidos y vividos en la infancia, de modo que constantemente van buscando réplicas de esos primeros vínculos. En esas réplicas, su rol suele ser el mismo. De este modo, se “cambia de cromos pero no de baraja”. Además, no son conscientes de este patrón y ello les impide romper esta cadena de relaciones repetitivas que les sigue posicionando en un papel muy dañino. Nuestra recomendación es que se haga una primera reflexión acerca del tipo de relaciones que tuvo con su familia en la infancia. Por ejemplo, ¿fue un menor cuidado y deseado? ¿Fue un menor maltratado por alguna persona?, etc. Posteriormente, debe valorar si cree que hay un patrón habitual de relación con las parejas que ha tenido o con las amistades más profundas. Por ejemplo, ¿acabo teniendo relación con parejas dominantes? ¿Acabo teniendo relación con personas muy pasivas? ¿Son mis amistades personas con problemas de salud relevantes?

El último punto es intentar buscar una conexión entre las relaciones de la infancia con el patrón observado como adulto. Por ejemplo, se puede preguntar: ¿acabo con hombres dominantes como era mi padre? ¿Suelo estar con personas que no se preocupan por mí, tal y como me pasó con parte de mi familia? En este punto, es habitual que se den cuenta de la inercia que tienen por mantener un tipo de relación continuista entre pasado y presente.

Evitar nuevas relaciones que revictimicen

Una vez se dan cuenta de un patrón de relación dañino para su autoestima han de hacer un esfuerzo consciente por romper la inercia que les es familiar y conocida. Hay que intentar desafiar el refrán “más vale malo conocido que bueno por conocer”.

Ciertamente no es una tarea sencilla pues acaban a veces convencidos de que ese es el tipo de relación al que pueden aspirar. Con frecuencia, ese tipo de relaciones dañinas están muy normalizadas (“estoy más que acostumbrado”). Para no caer en el círculo vicioso de relaciones tóxicas, lo primero es detectar las señales iniciales de alarma. Por ejemplo, se puede preguntar: “¿comparte esta persona que estoy conociendo características personales muy parecidas a las otras relaciones negativas que tuve?”. Si la respuesta es sí, la recomendación es que se aleje lo antes posible.

Es también necesario que reeduquen el “olfato” para acercarse y vincularse con otra clase de personas que les ayuden a redefinir quiénes son. De hecho, es habitual que tengan pánico a explorar un tipo de relación que, por muy positiva que pudiera ser, no les es familiar. Esto conlleva que no sepan lo que es que les traten con cariño más allá de gente muy puntual. Cuando eran pequeños, porque no pudieron; cuando han sido adultos, porque no lo “permitieron” por miedo. De este modo, retornan a relaciones tóxicas porque es el “destino que les ha tocado vivir siempre”. Darse una oportunidad de cambiar el curso vital es clave en aquellos pacientes que han vivido relaciones que les han revictimizado. Algunas reflexiones personales pueden ayudar a hacer *click* cuando se está en este momento de inflexión: “¿de verdad no tengo derecho a estar con alguien que realmente me trate bien?”. “¿He sido tan mala persona para recibir solo esto?”. “¿Acaso no puedo tener una oportunidad de estar con alguien que me trate con respeto?”. Enfrentarse a la idea de que la vida de uno puede cambiar es clave para decidir abrir el horizonte más allá de lo que es familiar.

Mantener una distancia de seguridad con personas con las que hubo un pasado traumático

Es posible que algunas de estas personas se vean obligadas a tener que retomar el contacto con gente que causó parte de los traumas de su infancia. El caso más frecuente son aquellos hijos adultos con TLP que vuelven a tener relación periódica con el padre o madre maltratador pasados ya muchos años desde que decidieran huir tempranamente (18-20 años) del domicilio familiar. Hay tres motivos fundamentales para que se vean obligados a retomar el contacto con ese padre/madre maltratador psicológico y/o físico.

Un primer caso es cuando el propio paciente tiene un hijo. Es posible que el abuelo/a pida encuentros con su nieto. Esto implicará un contacto más periódico con el padre/madre maltratador. Un segundo caso es cuando el padre/madre anciano enferma y los hijos (incluida la persona con TLP) pactan alternar sus cuidados. Un tercer caso es cuando han de volver al domicilio de los padres debido a problemas económicos, ya sea tras un divorcio o por desempleo.

En general, les recomendamos que mantengan una distancia de seguridad cuando deban retomar un contacto periódico con una persona del entorno familiar que tuvo algo que ver con sus traumas infantiles. Si no respeta esta distancia de seguridad, el riesgo de revictimización es alto. La distancia de seguridad puede ser física o emocional. Por distancia de seguridad física se entiende aquella que evita el contacto directo. Es decir, la relación con el familiar sería básicamente por teléfono o *sms/whatsapp*. Los encuentros físicos deberían ser previamente pactados. Por ejemplo, un abuelo que quisiera ver a su nieto podría hacerlo a la salida del colegio los lunes y miércoles y se encargaría de llevarlo a casa del padre o madre con TLP. Por otro lado, la distancia de seguridad emocional es aquella que reduce el riesgo de que se revictimice al tratar temas delicados e inconclusos del presente o pasado con algún allegado. En este caso, la relación es básicamente cordial y superficial. Por ejemplo, si estuviera al cuidado del padre enfermo, la relación entre ambos debería ser más auxiliar-paciente que hijo-padre. Las labores a desempeñar deberían ceñirse al rol de cuidador y no exceder bajo ningún concepto este límite.

Siendo la distancia de seguridad la pauta básica a seguir para evitar la revictimización, algunos reencuentros con estos familiares pueden llegar a ser fuente de sanación más que de revictimización. Por ejemplo, algún padre maltratador puede llegar a ser una persona muy cariñosa con su nieto. Esto inicialmente sorprenderá al ahora padre con TLP, pero finalmente será valorado como positivo al tratarse de su propio hijo (“al menos que él disfrute lo que yo no tuve”). Otro ejemplo ocurre cuando debe cuidar a su padre enfermo, anteriormente maltratador. La imagen presente que vea de él puede ser la de una figura frágil, débil y seguramente más receptiva. Esto contrasta con la imagen previa que tenía de él como alguien frío o autoritario. Esta falta de correspondencia entre pasado y presente, entre “ambos padres”, genera sentimientos contradictorios de pena y resentimiento. En ocasiones, la despedida del padre moribundo

puede llenar de una paz interior al anterior niño maltratado. Pueden sentir que el padre le permitió estar con él hasta el final y que llegaron a compartir momentos de conexión emocional (por ej. una mirada, un roce con la mano) como nunca antes habían tenido. Esto es a veces vivido como una señal de disculpas hacia él.

Modificar la manera de reaccionar cuando se revive el trauma a través de otros

Los hijos suelen sufrir habitualmente las consecuencias psicológicas de los traumas de los padres, tengan o no estos TLP. Los traumas de los padres condicionan especialmente el tipo de vínculo que tienen con los hijos.

En el caso de las hijas, el objetivo fundamental es que las madres con TLP previamente abusadas vayan tolerando poco a poco una distancia no invasiva con ellas. Una primera recomendación es que permitan delegar en el padre algunas tareas que puede hacer la menor fuera del domicilio familiar. Por ejemplo, desplazar a la menor a las actividades extra-escolares (por ej. deportes) puede correr a cargo del padre. La madre puede esperar en casa y sin llamar a la pareja hasta que este retorne al domicilio. Si la menor es más pequeña, la recomendación es que tolere que sea el padre quien la duche y le cambie la ropa. Si se va haciendo mayor, un hito importante es que tolere que vaya de colonias. Más importante aún es que le permita dormir en casa de otra amiga, donde haya otro hombre adulto residiendo. El contacto vía móvil no debe ser insistente en este alejamiento. Cuando la menor se haga adolescente, es importante no estar constantemente alertándole acerca de los peligros de violaciones. Tampoco es necesario que la apunten a defensa personal. El horario nocturno en las salidas no debe ser mucho más temprano que el del resto de amigas. En definitiva, hay que evitar a toda costa una sobreprotección que impida un correcto desarrollo de la autonomía de la menor. De lo contrario, existe un claro riesgo de traspasar los miedos y traumas de uno a otro.

En el caso de los hijos varones de ex-parejas maltratadoras, la madre debe tener claro que, por mucho parecido físico o genes, el hijo no es su padre. Como varón adolescente precisa límites, ya que la tendencia a “saltarlos” será la norma más que la excepción en dicha franja de edad. El hijo adolescente debe tener clara la jerarquía, haya

o no otro hombre adulto en casa. No debe dormir en la cama de la madre. La cama es muy simbólica y se corre el riesgo de que se crea el hombre de la casa si la preside. Algunos hijos varones no “permiten” que su madre traiga ninguna pareja a casa. La madre con TLP debe tener claro que es ella la que decide quién entra a la casa. Del mismo modo, ella decide si quiere salir con amistades; eso no lo debe negociar con el hijo adolescente. Ante este o cualquier otro “atrevimiento” por parte del varón adolescente, la consigna clara para la madre es que se crea realmente la “jefa de la manada”. Ser la jefa no es una cuestión de estatura. El hijo varón lo notará más bien en la mirada y en la voz no titubeante. Es muy importante que se le transmita con este lenguaje no verbal el mensaje de “¡hasta aquí!”. No hay que ceder ante chantajes tipo “mala madre”, “ojalá no hubiera nacido en esta casa” o “te odio”. En la práctica, eso se traduce en poner límites claros y consistentes desde la serenidad. La firmeza no se transmite gritando en ningún caso. Los gritos solo sirven para que el otro encuentre una justificación a sus propios gritos a la madre. Por tanto, hay que vigilar los dobles mensajes o contradicciones en la comunicación. Por ejemplo, no se le debe decir gritando a un hijo adolescente “¡no grites!”. Tampoco es necesario ir razonando constantemente con el hijo adolescente acerca de todas las normas y pautas que se le dan. Debe quedarle claro que no es un combate dialéctico sobre quién puede tener la razón. No hay que decir “porque yo lo digo”, pero sí algo tipo “no te repetiré el porqué; hazlo”. Para que hagan efecto, los castigos han de ser de poca duración. Por ejemplo, es mucho mejor retirar los videojuegos 3 días que un mes. Tres días son suficientes para que recapacite y pueda demostrar si está dispuesto a cambiar la conducta. Los castigos largos generan desmotivación y pulsos desde la pasividad (no hacer las cosas). No es nada deseable que retire un castigo ya impuesto. Si esto se hace, es posible que transmita un mensaje de nula credibilidad y autoridad. Si es posible, la palabra “castigo” debe ser omitida del vocabulario con el menor dado que causa un claro rechazo nada más pronunciarse. No hay que hablarle tampoco mal del padre, por muchos traumas que se hayan pasado con él. Tampoco se le deben hacer comentarios de los procedimientos judiciales anteriores o actuales que tienen entre ambos, incluidos aquellos que tienen que ver con su manutención. La frase “eres como tu padre” debe evitarse a toda costa porque genera “conflictos de lealtades” en los menores, como si tuvieran que elegir entre llevarse bien con uno o con el otro (de los padres).

Muchas madres con TLP que están revictimizadas son incapaces de seguir las pautas expuestas anteriormente. Tienden, bien a bloquearse emocionalmente, bien a responder con castigos verbales y físicos desmedidos a cualquier rabieta o provocación de este. Cuando todo acaba saliendo a la luz, Servicios Sociales suele actuar a recomendación del instituto o de un familiar que son testigos de conflictos fuera ya de control. Desafortunadamente, pocas de estas madres piden ayuda directa cuando se están revictimizando durante la gestión de los conflictos con estos hijos de ex-parejas maltratadoras. El silencio y la minimización es la norma porque temen la actuación sin miramientos de Servicios Sociales. Nosotros recomendamos que si se están revictimizando en estas situaciones se pongan en contacto con un asistente social. Esta figura podría trabajar con ellas los conflictos entre madre e hijo en el propio domicilio. Pedir ayuda es un acto claro de responsabilidad y en ningún caso un motivo para retirar la custodia de un menor a su madre. Los riesgos de no llevar a cabo todo lo anterior es que el varón adolescente pueda, bien ser muy desafiante con la madre, bien ser culpabilizado de los problemas que la madre ha tenido con su padre.

Aparte de revivir el trauma a través de los hijos, otras personas con este trastorno pueden reactivarlo a través de ciertas situaciones que viven con otra gente. Por ejemplo, ver llorar a un amigo, conocido o simple transeúnte puede generarles una tensión emocional muy grande que les lleva a necesitar abrazar a la otra persona, independientemente de si la conocen o no, de si este quiere o no un abrazo, o de si tolera o no el contacto físico. Esta “invasión” de los límites físicos con los demás se produce por una sobreidentificación emocional con el otro, como si viviera su propia tristeza, angustia y pena a través de él. Es como si en el fondo se abrazara o consolara a sí misma a través de este. Mucha gente vive esta “invasión” de los límites físicos como muy inadecuada e incómoda, a pesar de que no se lo dirán al paciente. Nuestra recomendación al respecto es que antes de actuar (abrazar, dar la mano, consolar) se pregunten si conocen a la otra persona, si saben lo que necesita en ese momento, etc. Es decir: observar, reflexionar y actuar. Ante la mínima duda, no deben tomar su propio criterio (“yo necesitaría un abrazo”) como criterio de lo que el otro necesita. Aconsejamos que siempre pregunten algo tipo: “¿puedo ayudarte en algo?”, “¿necesitas algo?”.

III

EXPERIENCIAS PERSONALES CON EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

EL CASO DE TOÑI

Comentario por Álvaro Frías

Tengo 36 años y vivo en una localidad de Barcelona. Por mi experiencia, creo que el Trastorno Límite de la Personalidad puede ser provocado por los tóxicos, una adolescencia dura y un carácter difícil. Mi primer ingreso en la unidad de Psiquiatría fue a los 16 años por una aparente depresión. A partir de ahí, ha sido un ir y venir.

Soy una persona con mucha impulsividad y me cuesta aceptar un no. Siento un vacío interno tan grande que pocas cosas me llenan. No tengo buena autoestima y soy muy insegura. Llevo todo a los límites; todo es muy bueno o muy malo. Son muchos los cambios de humor que tengo. Puedo estar agresiva, irritable o muy sensible. He estado enganchada a la droga, con muchas recaídas de las que me he levantado hasta ahora. Me he sentido en un pozo sin luz. Me solía decir muchas cosas negativas y la mayoría de mis pensamientos eran negativos. Esto me ha llevado a autolesionarme para intentar suicidarme o llamar la atención.

Tener Trastorno Límite de la Personalidad me ha afectado mucho a nivel familiar. He tenido peleas, agresiones e incomprensión. También temas judiciales a lo largo de mi vida. A nivel de pareja, pocas e inestables. Mucho abuso de sexo y a lo loco. Las amistades, las que les importas y te quieren de verdad, les das la espalda y las desprecias a pesar de que ellos te intentan ayudar y comprender. He tenido muchas amistades falsas y convenidas, que solo te quieren para su provecho. El trabajo cuesta mantenerlo. No tienes una rutina y constancia al haber bajones, descompensaciones e ingresos en las unidades de Psiquiatría.

He aprendido mucho con los años, tanto con la terapia como por mí misma. Ya son muchos años con el trastorno y te vas conociendo mejor. He aprendido a controlar los ataques de ansiedad. Sé calmarme mejor y saber mis límites. Ahora me mando mensajes muy positivos tipo “tú vales”, “cada día es un regalo”, “eres guapa”, “tú

puedes”, etc. Intento darme subidones de autoestima. Vestirte bien hace que te veas más guapa y te sientes mejor contigo misma. También he aprendido a estar sola, a no depender tanto de los demás. A pesar de ello, el miedo al abandono no desaparece. He aprendido a perdonarme y controlar ese tonto sentido de culpabilidad. La culpabilidad no me dejaba avanzar como persona hasta que un día, con la ayuda de los profesionales, me liberé de ese pesar tan grande. Para mí es muy importante ser constante con la medicación aunque a veces me sienta lenta y pesada tomándola. No es bueno dejarla de tomar, saltarte tomas, ni tomarte de más.

Comentario

El *caso de Toñi* es un vivo ejemplo de supervivencia. Es importante destacar que bastantes pacientes con TLP tienen una menor gravedad clínica que Toñi y, a diferencia de ella, pueden tener un trabajo estable de unas pocas horas o bien una pareja “saludable” desde hace años. El *caso de Toñi* transmite la sensación que tenemos los profesionales de ser “testigos a distancia” de las idas y venidas de muchas de estas personas que se mueven en el filo del abismo de las drogas y la marginalidad. Una de las cosas más llamativas que cuenta al principio es su edad: solo tiene 36 años y parece que ya ha vivido más experiencias vitales que varias personas juntas. Toñi también es un fiel reflejo del comportamiento autodestructivo observable en el TLP. En la medida que se culpan y desprecian se alejan de aquella gente que les podría aportar una visión más positiva de ellas, mientras que se acercan a aquellas que solo pueden maltratarlas, tal y como hacen consigo mismas. Esto hace que muchas veces actúen como verdaderos imanes para atraer a gente tóxica. Trabajar el autoperdón y la aceptación de los errores es muy relevante para romper indirectamente este círculo vicioso a nivel de las relaciones. Toñi también reconoce que algunas autolesiones tienen fundamentalmente la finalidad de llamar la atención. Esto es importante remarcarlo porque una cosa es el sufrimiento y otra muy diferente la manera de afrontarlo. Muchas personas con TLP tienen maneras muy inadecuadas de reclamar cuidados y afectos. Esto hace que el entorno se “pierda en el ruido” de las formas y no pueda conectar con el mensaje de fondo. El resultado final es que este entorno puede acabar distanciándose de ellos. Por tanto, un trabajo

fundamental de la terapia es que aprendan maneras más “maduras” de pedir ayuda. Esto les expone indirectamente al miedo a ser rechazadas cuando se muestren abiertamente vulnerables y frágiles. Inicialmente, aconsejamos que empiecen a caminar en esta dirección en las relaciones de pareja e incluso con los profesionales de referencia. Toñi también comenta el papel que la medicación tiene en su evolución. Somos conscientes de que mucha gente con este trastorno hace verdaderos desajustes con las pautas pactadas, ya sea por defecto o exceso. Esto se complica más si lo mezclan puntual o habitualmente con drogas. No nos cansaremos de decir que el compromiso con la medicación es primordial porque tiene un papel muy relevante para mejorar la inestabilidad del ánimo y la impulsividad. En ocasiones, este papel es mucho más importante de lo que los propios pacientes opinan o nos comentan en consulta. Si el problema son los efectos secundarios (por ej. aumento de peso, disminución de la libido o deseo sexual), la sinceridad con el psiquiatra es fundamental para negociar la dosis o tipo de medicación. Por último, una lección que Toñi ha aprendido con el tiempo es a no buscar tanto la aprobación del otro y buscar más la suya misma. Poco a poco va substituyendo el reconocimiento de los demás por los halagos a sí misma. El uso de mensajes autovalidantes o reforzantes es tremendamente sano cuando tienen un “diablo” en su cabeza que les humilla y critica constantemente por todo lo que hacen. Sobre esta cuestión, inicialmente nos comentan que se sienten extraños hablándose así, pero un número significativo de ellos acaba en parte cultivando su “ángel” a partir de esta nueva manera de dirigirse a sí mismos.

EL CASO DE ANNA

Comentario por Álvaro Frías

Desde que tengo uso de razón, he preferido la soledad. No sé a qué es debido, pero por mucho que lo intento, siento que no encajo con nadie. Como consecuencia de ello me aísló más y más.

Para mí supone un gran problema no tener estabilidad emocional, ya que mis repentinos cambios de humor hacen que la gente que me rodea no sepa cómo tratarme y se alejen de mí. Lo mismo pasa con mis posibles parejas; no consiguen entenderme. Noto que cuando alguien me gusta mucho, corto la relación. Así evito más sufrimiento cuando tarde o temprano lo harían ellos.

Creo que la sociedad en la que vivimos es demasiado mediocre para entender según qué cosas (el TLP, por ejemplo) y tampoco veo que hagan ningún esfuerzo para entendernos. Al contrario, nos tachan de algo que no somos. Donde mejor estoy es en la habitación, junto a mi gatita a la que adoro.

Debido a mis altibajos, el tema del trabajo también supone un problema. Controlar los días malos en el ambiente laboral es muy difícil. Supongo que si la gente con la que he tratado hasta ahora me hubiera entendido, no estaría tan “aislada del mundo”.

Si tengo que ser sincera, no me gustaría ser tan simple como los demás. Me gusta ser yo. Me gusta cuestionarme el porqué de las cosas y espero que algún día ocurra algo que responda a todas esas preguntas sin respuesta que rondan mi cabeza.

Gracias a la terapia empiezo a comprender lo que me pasa y aclarar un poco más mi mente. Me ayuda mucho poder hablar de mí abiertamente. No obstante, sigo y seguiré pensando que no encajo en esta sociedad.

Comentario

El *caso de Anna* refleja muy claramente el profundo desprecio que algunas personas con TLP tienen hacia la sociedad. Este desprecio muchas veces tiene que ver con la manera particular de “digerir” la frustración por haber sido rechazados constantemente cuando han intentado formar parte de los demás. Para muchos pacientes como Anna resulta menos incómodo estar cabreados con el mundo que llorar la pena de no ser aceptados en él. En la misma línea, resulta menos incómodo creer que el mundo que no se alcanza es mediocre, que pensar que uno se está perdiendo algo que pueda merecer la pena. A la larga, la manera de protegerse de todo ese dolor es el alejamiento del mundo desde una aparente posición de superioridad. Este “castillo que construyen” es extremadamente frágil. Con Anna hemos reflexionado mucho sobre ello y empieza a darse cuenta cómo “mata a cañonazos” a todo aquel que intenta asomar y ver qué hay más allá de ese “muro lleno de piedras”. En primer lugar, el odio de Anna encierra mucho miedo al rechazo. Para trabajar este miedo, recomendamos a las personas como Anna que se permitan puntualmente algún momento de intimidad emocional con alguien bien seleccionado (por ej. amigo de toda la vida, hermano). Solo entonces se darán cuenta del pánico que tienen a compartir su intimidad en el uno a uno mirándose a los ojos. Esto conlleva incluso que eviten asistir a terapia individual con su profesional de referencia. Durante estos ejercicios de intimidad emocional es importante que manejen los nervios con la respiración lenta y se permitan decir al otro que se encuentran nerviosos en vez de salir de la situación inventándose una excusa. En segundo lugar, el odio de Anna encierra mucha vulnerabilidad y pena no procesada. Permitir sentirse triste por lo que no se ha tenido desde la infancia (por ej. el amor de un padre) es una fase fundamental en pacientes como Anna. Conectar con esa tristeza no es nada fácil y debe realizarse muy poco a poco, si es posible con ayuda de los terapeutas. Nosotros somos conscientes de que el “traje” que tiene un paciente, por “arrugado o sucio” que parezca, le ayudó a sobrevivir en un pasado tormentoso. Por tanto, no queremos dejarle “desnudo”, sino darle poco a poco una nueva “indumentaria” que le ayude a moverse mejor en el mundo presente y futuro. En otros pacientes similares a Anna, pero que llevan más tiempo de tratamiento, hemos tenido la oportunidad de ver cómo ese egocentrismo tan marcado que presentan se desvanece en parte cuando se permiten

sentir y compartir el miedo y la pena consigo mismos y con otros. Si consigue dar estos pasos, empezará a sentirse parte íntegra de este mundo o al menos de algunas personas. Si consigue dar estos pasos, también comenzará a acercarse a gente menos superficial y buscará otra que le dará una visión muy diferente del mundo (negativo) percibido.

EL CASO DE VANESSA

Comentario por Álvaro Frías

Nunca he sido políticamente correcta. Considero que si he hecho las cosas mal ha sido sin querer o por desconocimiento; juventud dirían los mayores. Pero siempre he sabido que no era así... puede ser que el problema haya sido que no he tenido un referente que me guíe, no sé... Por el contrario, siempre he sido el faro de mucha gente. Cuando era pequeña las profesoras lo decían a menudo. Era la protectora de las causas perdidas, para muchos de esos niños que ahora tendrían lo que llaman bullying.

Los momentos más familiares de Navidades y vacaciones de verano eran siempre rotos por discusiones de caracteres, sobre todo entre mi padre y mi tío. En esos momentos me sentía secuestrada y abandonada. Mi inconsciente fue levantando en mí un muro de prohibición; todo llevó a una serie de repercusiones que solo las recibí yo, pero también sé que nadie más ha caído en pensar en eso. Incluso si ahora lo dijera, me dirían que son tonterías de chiquilla. La solución que mi mente encontró fue quitarle colores a la vida, ya que cada persona en mi vida me abría en canal. Doy todo sin esperar nada a cambio y mi error es pensar que todo el mundo debería hacer así.

Mi vida se centró en mis padres, hermana y el trabajo. De primeras, el trabajo ya se convirtió en un problema con mi padre; nunca llegó a asumir que a su hija le gustara trabajar en una ambulancia. Una de sus grandes y repetidas frases era “a ver cuándo te buscas un trabajo de verdad”. Mi madre tenía un carácter sumiso, aunque gritara constantemente. Me utilizaba de paño de lágrimas a todas horas. Yo era una niña y no podía decirle que parara, que no me tenía que contar los problemas de su matrimonio. Cuando intentaba pararla, conseguía hacerme sentir culpable, ya no por sus palabras, sino a través de sus gestos o acciones.

Hace 10 años apareció un hombre especial en mi vida. Le di mi apoyo, pasaba el

tiempo y veía que no me había equivocado. Era perfecto porque sentías que alguien no te había decepcionado y podías compartir tu vida con él. Le ayudé a crecer. Con el tiempo me he dado cuenta de que mi pareja no sabía reconfortarme; siempre era yo su apoyo. A día de hoy, no he llorado esa pérdida; no sé si es bueno o es malo, pero no quiero volver a pasar por lo mismo. Cada vez que he intentado hablar de mis sentimientos con cualquiera de las personas nombradas me he sentido incomprendida. Mi padre: “hija, es normal, pero tienes que superarlo y ser fuerte”. Mi madre era como si me quitara el dolor; el suyo era más que el mío.

Comentario

El caso de Vanessa es representativo de aquellas personas que han sufrido en silencio desde pequeñas. Poner buena cara, no protestar, ser complaciente y estar siempre para el otro conlleva que ya fueran “pequeñas adultas” desde la más tierna infancia. Esto viene a ser el germen de lo que hemos venido a llamar “codependencia”. Como sucede con Vanessa, es habitual que muchas “codependientes” describan un ambiente familiar invalidante a nivel emocional. Esto quiere decir que, bien no existía la comunicación emocional, bien se ninguneaban y despreciaban las emociones del otro tachándolas de irrelevantes. Para poder ser querida en un ambiente invalidante es frecuente que la futura persona con TLP intente mostrar una actitud y cara que pueda ser del agrado del otro. El peaje a pagar por ello es la renuncia a uno mismo, a sus necesidades, opiniones y deseos. El alejamiento de uno mismo se acentúa con el tiempo a través de relaciones que básicamente se limitan a ejercer ese papel de cuidador de “otro” necesitado. Ayudar al prójimo se convierte en la identidad y en el sentido de la vida. Estar con uno mismo es solo sinónimo de vacío emocional y carece de sentido. Como comenta Vanessa, muchas personas como ella advertirán esa necesidad de agradar a los demás a través de los cuidados. Desgraciadamente, esto es empleado por otros en su propio beneficio. Las personas “codependientes” toleran situaciones humillantes con el fin de sentirse alguien de utilidad para los demás, incluso aunque no haya ningún gesto de gratitud por parte del otro. Vanessa ha comenzado hace poco su terapia. Es habitual que alguien como ella tarde en venir porque no quieren ser una carga, ni siquiera para los

profesionales (“seguramente que hay gente que lo necesita o merece más”). La ocultación o minimización de sus estados emocionales negativos es una tónica, siguiendo el patrón aprendido en la infancia. El proceso terapéutico con ella y otros muchos “codependientes” es claro. En primer lugar, se ha de permitir que validen su Yo. Esto quiere decir que hay que aportarles un espacio terapéutico donde ellos sean los protagonistas. El foco de interés es justamente sus deseos, necesidades, sentimientos y opiniones, sin que se moralicen, juzguen o cuestionen. Nuestra recomendación es que ese mismo paso lo trasladen las personas codependientes fuera de consulta. Por ejemplo, poder empezar a utilizar el “Yo opino/deseo/siento/creo” es primordial en la manera de comunicarse con otros. Con ello, consiguen remarcar su individualidad y están validando su criterio personal. El segundo paso a dar es ya más conductual. Por extraños o egoístas que se sientan, es importante que vayan practicando el autocuidado en pequeños grandes detalles (por ej. comprarse un regalito, comer fuera, ir a la peluquería, etc.). A veces, esto tiene que ir de la mano de decir “no” a los demás. Por culpables y/o chantajeadas que se puedan sentir, los pacientes como Vanessa han de demostrarse en alguna ocasión que pueden priorizarse a sí mismos. El último paso es reconfigurar las relaciones próximas. Muchos pacientes con TLP han tejido una red social basada en “parásitos” que se aprovechan de su entrega incondicional, sin dar nada a cambio. Para las personas “codependientes”, es muy recomendable que prueben pedir alguna cosa a los demás. De esta manera, podrán calibrar si se tiene delante a alguien que está dispuesto a tener una relación de reciprocidad, es decir, de “tú a tú”. En consulta, las personas como Vanessa aspiran a ser los “pacientes perfectos”: cumplidores con lo que se les dice, modelos de buena conducta, no vienen “de urgencia” sin visita programada, etc. En este sentido, tolerar discrepar y pedir ayuda son los grandes retos que Vanessa tiene por delante si quiere construir una autoestima donde ella figure como alguien significativo por sí misma. De momento, ya ha conseguido permitirse expresar y compartir muchas emociones que tenía guardadas en su “caja de seguridad”.

BIBLIOGRAFÍA

La mayoría de revisiones rigurosas y actualizadas sobre el TLP (causas, síntomas, limitaciones que genera o tratamiento) están escritas en inglés al ser esta la lengua oficial de comunicación entre académicos de todo el mundo. Todo aquel que quiera profundizar en algunos de los aspectos clínicos del TLP puede leer los artículos científicos abajo citados. El acceso *on line* a algunos de estos textos puede realizarse desde muchas bibliotecas universitarias, sobre todo aquellas ubicadas en las facultades de Medicina, Psicología o Enfermería. En otros casos, el acceso puede efectuarse sin restricción alguna desde el *Google Académico*.

Causas del TLP

AMAD, A.; RAMOZ, N.; THOMAS, P., JARDRI, R.; GORWOOD, P. “Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model”. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014 Mar; 40:6-19.

CARPENTER, R.W.; TOMKO, R.L.; TRULL, T.J.; BOOMSMA, D.I. “Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review”. *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Jan; 15(1):336.

GUENDELMAN, S.; GARAY, L.; MIÑO, V. “Neurobiology of borderline personality disorder”. *Rev Med Chil.* 2014 Feb; 142(2):204-10.

VAN ZUTPHEN, L.; SIEP, N.; JACOB, G.A.; GOEBEL, R.; ARNTZ, A. “Emotional sensitivity, emotion regulation and impulsivity in borderline personality disorder: a critical review of fMRI studies”. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Apr; 51:64-76.

VERMETTEN, E.; SPIEGEL, D. “Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder”. *Curr Psychiatry Rep.* 2014 Feb; 16(2): 434.

Síntomas del TLP y otros problemas mentales relacionados

- BARNOW, S.; ARENS, E.A.; SIESWERDA, S.; DINU-BIRINGER, R.; SPITZER, C.; LANG, S. "Borderline personality disorder and psychosis: a review". *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Jun; 12(3):186-95.
- BAYES, A.; PARKER, G.; FLETCHER, K. "Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder". *Curr Opin Psychiatry.* 2014 Jan; 27(1):14-20.
- FORD, J.D.; COURTOIS, C.A. "Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder". *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2014 Jul 9; 1:9.
- LÁTALOVÁ, K.; PRASKO, J. "Aggression in borderline personality disorder". *Psychiatr Q.* 2010 Sep; 81(3):239-51.
- MAK, A.D.; LAM, L.C. "Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder". *Curr Opin Psychiatry.* 2013 Jan; 26(1):90-6.
- MITCHELL, A.E.; DICKENS, G.L.; PICCHIONI, M.M. "Facial emotion processing in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis". *Neuropsychol Rev.* 2014 Jun; 24(2):166-84.
- STOREBØ, O.J.; SIMONSEN, E. "Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?". *Nord J Psychiatry.* 2014 Jul; 68(5): 289-95.
- YOSHIMATSU, K.; PALMER, B. "Depression in patients with borderline personality disorder". *Harv Rev Psychiatry.* 2014 Sep-Oct; 22(5):266-73.

Limitaciones vitales debido al TLP

- HAK, W.W.; ELBAU, I.; ISMAIL, A.; DELALOYE, S.; HA, K.; BOLOTAULO, N.I.; NASHAWATI, R.; CASSMASSI, B.; WANG, C. "Quality of life in borderline personality disorder". *Harv Rev Psychiatry.* 2013 May-Jun; 21(3):138-50.
- JEUNG, H.; HERPERTZ, S.C. "Impairments of interpersonal functioning: empathy and

intimacy in borderline personality disorder”. *Psychopathology*. 2014; 47(4):220-34.

KARAKLIC, D.; BUNGENER, C. “Course of borderline personality disorder: literature review”. *Encephale*. 2010 Oct; 36(5):373-9.

PETFIELD, L.; STARTUP, H.; DROSCHE, H.; CARTWRIGHT-HATTON, S. “Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes”. *Evid Based Ment Health*. 2015 Aug; 18(3):67-75.

WINSPEER, C.; MARWAHA, S.; LEREYA, S.T.; THOMPSON, A.; EYDEN, J.; SINGH, S.P. “Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review”. *Psychol Med*. 2015 Aug; 45(11):2237-51.

Tratamiento del TLP

BEATSON, J.; RAO, S. “Psychotherapy for borderline personality disorder”. *Australas Psychiatry*. 2014 Dec; 22(6):529-32.

STOFFERS, J.M.; LIEB, K. “Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends”. *Curr Psychiatry Rep*. 2015 Jan; 17(1):534.

TURNER, B.J.; AUSTIN, S.B.; CHAPMAN, A.L. “Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions”. *Can J Psychiatry*. 2014 Nov; 59(11):576-85.

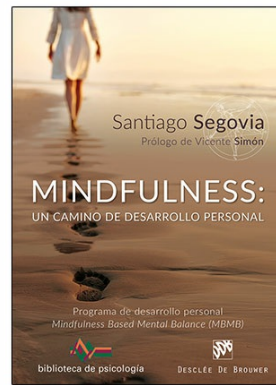
ACERCA DEL AUTOR



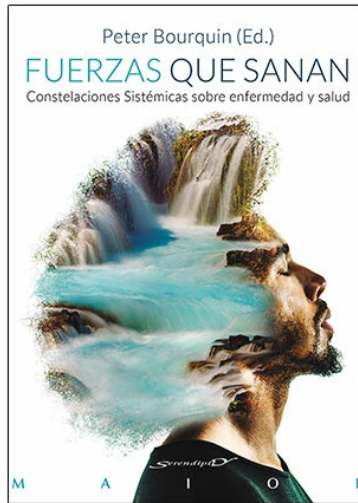
Álvaro Frías Ibáñez

Valencia (1981), es psicólogo especialista en Psicología clínica y doctor en Psicología. Completó su formación postdoctoral en el Western Psychiatric Institute and Clinic (Pittsburgh, Estados Unidos). Desde hace años trabaja en el servicio de Psiquiatría del hospital de Mataró (Barcelona), donde compagina su labor asistencial con la tutoría de los Psicólogos Internos Residentes. A nivel clínico es responsable del Programa de tratamiento en pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad. Es autor de numerosas publicaciones internacionales sobre dicho trastorno.

OTROS LIBROS



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edeslee.com



Fuerzas que sanan

Constelaciones sistémicas sobre enfermedad y salud

[Peter Bourquin](#)

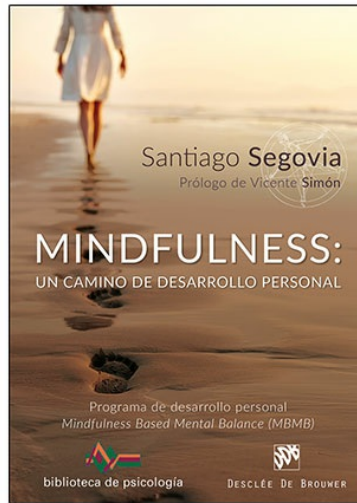
ISBN: 978-84-330-2921-8

www.edeslee.com

¿Qué hace un terapeuta cuando trata a un cliente enfermo? De acuerdo con la comprensión sistémica, para una persona toda enfermedad es a la vez una solución para un problema. En la terapia se trata de ver esto con el fin de encontrar a continuación una solución diferente que asienta más a la vida. Por eso, el terapeuta y el cliente exploran juntos las dinámicas y los conflictos interiores del cliente, fomentando en él una actitud más integradora.

Esto se consigue solamente cuando el terapeuta se mantiene humilde y asiente al destino y también a la enfermedad del cliente tal como es. Sabe de la importancia del médico y de la medicina –justamente también de la alopática– para la necesaria atención facultativa del enfermo, y les da el puesto que merecen, sin querer suplantarlos. Trabajan juntos: el médico cuida el cuerpo y el terapeuta cuida el alma. Ambos están al servicio de la sanación.

Este libro –escrito por reconocidos expertos internacionales– se dedica a diversas aplicaciones de las Constelaciones Sistémicas: enfermedades físicas como el cáncer, la salud mental, las drogodependencias, la anorexia y la bulimia, la combinación con la homeopatía e incluso ejemplos de clínicas psicósomáticas que han integrado este potente método en su práctica.



Mindfulness: un camino de desarrollo personal

Programa de desarrollo personal Mindfulness Based Mental Balance (MBMB)

[Santiago Segovia](#)

ISBN: 978-84-330-2915-7

www.edeslee.com

Mindfulness o, mejor, la meditación basada en mindfulness, ha inundado, de la mano de las llamadas Terapias de Tercera Generación, el ámbito de la psicología occidental como técnica de intervención terapéutica en un amplio espectro de trastornos psicológicos y psicosomáticos.

Sin embargo, mindfulness, que es la traducción inglesa de la palabra pali sati y que siempre se ha volcado al español como “la recta atención”, es uno de los componentes del Óctuple Sendero, el camino budista para la liberación del sufrimiento. Mindfulness es, pues, en su raíz, un recurso soteriológico, de liberación y crecimiento personal. Con Mindfulness: un camino de desarrollo personal queremos recuperar ese carácter de mindfulness que está asociado al desarrollo personal antes que a la intervención psicoterapéutica, llenando el espacio que ha quedado entre la práctica de mindfulness en los ambientes budista y cristiano y la práctica que, necesariamente, se ha tenido que adecuar para incluirla en los tratamientos psicológicos.

En este libro, además de contextualizar mindfulness, se analizan los principales procesos psicológicos que subyacen al sufrimiento y se pone a disposición del lector el Programa de Desarrollo Personal Mindfulness Based Mental Balance (MBMB), mediante el que podemos aprender a auto-regular nuestra atención y, con ella, a auto-regular nuestras emociones, motivaciones y la forma de interpretar la realidad, todo lo cual constituye el fundamento de un bienestar psicológico eudaimónico, estable y duradero en nuestra vida.



Remonta tu vuelo

Más allá de la fibromialgia hacia una nueva vida

[Fátima Gallastegui](#)

ISBN: 978-84-330-2929-4

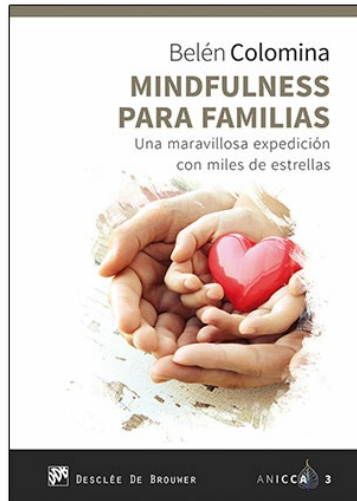
www.edeslee.com

Este libro va dirigido a todas aquellas personas que sufren dolor. También a las familias y al entorno que comparten el día a día con los enfermos aquejados de dolor y al personal médico que los atiende.

La fibromialgia es una de las enfermedades que más impacto tiene en la calidad de vida del paciente y requiere del desarrollo de múltiples estrategias de afrontamiento, que son propuestas y analizadas en este libro. Estos estilos de afrontamiento de la fibromialgia son también extrapolables a otras enfermedades que cursan con dolor e indefensión y que son consideradas incurables.

Con su testimonio como paciente y como doctora en psicología clínica, la autora aborda la enfermedad desde una doble perspectiva.

Este libro constituye, por una parte, una puerta a la esperanza para todos aquellos enfermos que no se han rendido ante el diagnóstico de la fibromialgia como enfermedad crónica. Y, por otra, proporciona a médicos y especialistas una valiosa aportación profesional para un mejor conocimiento de la enfermedad.



Mindfulness para familias

Una maravillosa expedición con miles de estrellas

[Belén Colomina](#)

ISBN: 978-84-330-2931-7

www.edeslee.com

¿Quieres vivir una maravillosa expedición donde descubrir miles de estrellas que te iluminan?

Mindfulness para familias es una fantástica herramienta para aprender a cultivar la atención plena con los más pequeños, desde casa. Cómo transformarlo en una aventura, en un juego. Cómo convertir tu hogar en un campamento base donde encontraros para compartir, sentirnos y trazar vuestra propia ruta consciente.

Sumando la riqueza de la psicología positiva y las valiosas aportaciones de la teoría de las relaciones afectivas, este libro te permite descubrir la práctica del mindfulness en familia y sus múltiples beneficios, la importancia de meditar y de aprovisionarla de contenidos éticos. Te muestra, de forma amena y sencilla, aspectos importantes de la práctica, cómo explicársela a los más pequeños y cómo desarrollarla con ellos. La autora nos muestra ejemplos reales y 20 prácticas diferentes para realizarlas en familia.

Este libro te brinda la oportunidad de cultivar una parentalidad consciente porque, tal y como nos muestra la autora “tus hijos no quieren unos padres perfectos, sino unos padres presentes”. Descubrirás cómo, mediante la atención plena, puedes convertir cada momento en valiosos instantes compartidos, en una educación consciente y basada en las fortalezas, con apego seguro y, cómo no, nutriéndote de los múltiples beneficios que te reporta su práctica diaria.

Serendipit

DIRECTORA: OLGA CASTANYER

1. *Relatos para el crecimiento personal*. CARLOS ALEMANY (ED.). (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. OLGA CASTANYER. (40ª ed.)
3. *Comprendiendo cómo somos. Dimensiones de la personalidad*. A. GIMENO-BAYÓN. (5ª ed.)
4. *Aprendiendo a vivir. Manual contra el aburrimiento y la prisa*. ESPERANZA BORÚS. (5ª ed.)
5. *¿Qué es el narcisismo?* JOSÉ LUIS TRECHERA. (2ª ed.)
6. *Manual práctico de P.N.L. Programación neurolingüística*. RAMIRO J. ÁLVAREZ. (5ª ed.)
7. *El cuerpo vivenciado y analizado*. CARLOS ALEMANY Y VÍCTOR GARCÍA (eds.)
8. *Manual de Terapia Infantil Gestáltica*. LORETTA ZAIRA CORNEJO PAROLINI. (8ª ed.)
9. *Viajes hacia uno mismo. Diario de un psicoterapeuta en la postmodernidad*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
10. *Cuerpo y Psicoanálisis. Por un psicoanálisis más activo*. JEAN SARKISSOFF. (2ª ed.)
11. *Dinámica de grupos. Cincuenta años después*. LUIS LÓPEZ-YARTO ELIZALDE. (7ª ed.)
12. *El eneagrama de nuestras relaciones*. MARIA-ANNE GALLEN - HANS NEIDHARDT. (5ª ed.)
13. *¿Por qué me culpabilizo tanto? Un análisis psicológico de los sentimientos de culpa*. LUIS ZABALEGUI. (3ª ed.)
14. *La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff*. BRUNO GIORDANI. (3ª ed.)
15. *La fantasía como terapia de la personalidad*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN. (2ª ed.)
16. *La homosexualidad: un debate abierto*. JAVIER GAFO (ed.). (4ª ed.)
17. *Diario de un asombro*. ANTONIO GARCÍA RUBIO. (3ª ed.)
18. *Descubre tu perfil de personalidad en el eneagrama*. DON RICHARD RISO. (6ª ed.)
19. *El manantial escondido. La dimensión espiritual de la terapia*. THOMAS HART.
20. *Treinta palabras para la madurez*. JOSÉ ANTONIO GARCÍA-MONGE. (12ª ed.)
21. *Terapia Zen*. DAVID BRAZIER. (2ª ed.)
22. *Sencillamente cuerdo. La espiritualidad de la salud mental*. GERALD MAY.
23. *Aprender de Oriente: Lo cotidiano, lo lento y lo callado*. JUAN MASIÁ CLAVEL.
24. *Pensamientos del caminante*. M. SCOTT PECK.
25. *Cuando el problema es la solución. Aproximación al enfoque estratégico*. R. J. ÁLVAREZ. (2ª ed.)
26. *Cómo llegar a ser un adulto. Manual sobre la integración psicológica y espiritual*. DAVID RICO. (3ª ed.)

27. *El acompañante desconocido. De cómo lo masculino y lo femenino que hay en cada uno de nosotros afecta a nuestras relaciones.* JOHN A. SANFORD.
28. *Vivir la propia muerte.* STANLEY KELEMAN.
29. *El ciclo de la vida: Una visión sistémica de la familia.* ASCENSIÓN BELART - MARÍA FERRER. (3ª ed.)
30. *Yo, limitado. Pistas para descubrir y comprender nuestras minusvalías.* MIGUEL ÁNGEL CONESA FERRER.
31. *Lograr buenas notas con apenas ansiedad. Guía básica para sobrevivir a los exámenes.* KEVIN FLANAGAN.
32. *Alí Babá y los cuarenta ladrones. Cómo volverse verdaderamente rico.* VERENA KAST.
33. *Cuando el amor se encuentra con el miedo.* DAVID RICHÓ. (4ª ed.)
34. *Anhelos del corazón. Integración psicológica y espiritualidad.* WILKIE AU - NOREEN CANNON. (2ª ed.)
35. *Vivir y morir conscientemente.* IOSU CABODEVILLA. (4ª ed.)
36. *Para comprender la adicción al juego.* MARÍA PRIETO URSÚA.
37. *Psicoterapia psicodramática individual.* TEODORO HERRANZ CASTILLO.
38. *El comer emocional.* EDWARD ABRAMSON. (2ª ed.)
39. *Creer en intimidad. Guía para mejorar las relaciones interpersonales.* JOHN AMODEO - KRIS WENTWORTH. (2ª ed.)
40. *Diario de una maestra y de sus cuarenta alumnos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
41. *Valórate por la felicidad que alcances.* XAVIER MORENO LARA.
42. *Pensándolo bien... Guía práctica para asomarse a la realidad.* RAMIRO J. ÁLVAREZ.
43. *Límites, fronteras y relaciones. Cómo conocerse, protegerse y disfrutar de uno mismo.* CHARLES L. WHITFIELD.
44. *Humanizar el encuentro con el sufrimiento.* JOSÉ CARLOS BERMEJO.
45. *Para que la vida te sorprenda.* MATILDE DE TORRES. (2ª ed.)
46. *El Buda que siente y padece. Psicología budista sobre el carácter, la adversidad y la pasión.* DAVID BRAZIER.
47. *Hijos que no se van. La dificultad de abandonar el hogar.* JORGE BARRACA.
48. *Palabras para una vida con sentido.* M^a. ÁNGELES NOBLEJAS. (2ª ed.)
49. *Cómo llevarnos bien con nuestros deseos.* PHILIP SHELDRAKE.
50. *Cómo no hacer el tonto por la vida. Puesta a punto práctica del altruismo.* LUIS CENCILLO. (2ª ed.)
51. *Emociones: Una guía interna. Cuáles sigo y cuáles no.* LESLIE S. GREENBERG. (6ª ed.)
52. *Éxito y fracaso. Cómo vivirlos con acierto.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
53. *Desarrollo de la armonía interior: La construcción de una personalidad positiva.* JUAN ANTONIO BERNAD.
54. *Introducción al Role-Playing pedagógico.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE Y ELISA LÓPEZ BARBERÁ. (2ª ed.)
55. *Cartas a Pedro. Guía para un psicoterapeuta que empieza.* LORETTA CORNEJO. (3ª ed.)
56. *El guión de vida.* JOSÉ LUIS MARTORELL. (2ª ed.)
57. *Somos lo mejor que tenemos.* ISABEL AGÜERA ESPEJO-SAAVEDRA.
58. *El niño que seguía la barca. Intervenciones sistémicas sobre los juegos familiares.* GIULIANA PRATA, MARIA

VIGNATO Y SUSANA BULLRICH.

59. *Amor y traición*. JOHN AMODEO.
60. *El amor. Una visión somática*. STANLEY KELEMAN. (2ª ed.)
61. *A la búsqueda de nuestro genio interior: Cómo cultivarlo y a dónde nos guía*. KEVIN FLANAGAN. (2ª ed.)
62. *A corazón abierto. Confesiones de un psicoterapeuta*. F. JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
63. *En vísperas de morir. Psicología, espiritualidad y crecimiento personal*. IOSU CABODEVILLA.
64. *¿Por qué no logro ser asertivo?* OLGA CASTANYER Y ESTELA ORTEGA. (9ª ed.)
65. *El diario íntimo: buceando hacia el yo profundo*. JOSÉ-VICENTE BONET, S.J. (3ª ed.)
66. *Caminos sapienciales de Oriente*. JUAN MASIÁ.
67. *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso*. PEDRO MORENO. (9ª ed.)
68. *El matrimonio como desafío. Destrezas para vivirlo en plenitud*. KATHLEEN R. FISCHER Y THOMAS N. HART.
69. *La posada de los peregrinos. Una aproximación al Arte de Vivir*. ESPERANZA BORÚS.
70. *Realizarse mediante la magia de las coincidencias. Práctica de la sincronicidad mediante los cuentos*. JEAN-PASCAL DEBAILLEUL Y CATHERINE FOURGEAU.
71. *Psicoanálisis para educar mejor*. FERNANDO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ-PINZÓN.
72. *Desde mi ventana. Pensamientos de autoliberación*. PEDRO MIGUEL LAMET.
73. *En busca de la sonrisa perdida. La psicoterapia y la revelación del ser*. JEAN SARKISSOFF.
74. *La pareja y la comunicación. La importancia del diálogo para la plenitud y la longevidad de la pareja. Casos y reflexiones*. PATRICE CUDICIO Y CATHERINE CUDICIO.
75. *Ante la enfermedad de Alzheimer. Pistas para cuidadores y familiares*. MARGA NIETO CARRERO. (2ª ed.)
76. *Me comunico... Luego existo. Una historia de encuentros y desencuentros*. JESÚS DE LA GÁNDARA MARTÍN.
77. *La nueva sofrología. Guía práctica para todos*. CLAUDE IMBERT.
78. *Cuando el silencio habla*. MATILDE DE TORRES VILLAGRÁ. (2ª ed.)
79. *Atajos de sabiduría*. CARLOS DÍAZ.
80. *¿Qué nos humaniza? ¿Qué nos deshumaniza? Ensayo de una ética desde la psicología*. RAMÓN ROSAL CORTÉS.
81. *Más allá del individualismo*. RAFAEL REDONDO.
82. *La terapia centrada en la persona hoy. Nuevos avances en la teoría y en la práctica*. DAVE MEARNY Y BRIAN THORNE.
83. *La técnica de los movimientos oculares. La promesa potencial de un nuevo avance psicoterapéutico*. FRED FRIEDBERG. Introducción a la edición española por RAMIRO J. ÁLVAREZ
84. *No seas tu peor enemigo... ¡...Cuando puedes ser tu mejor amigo!* ANN-M. MCMAHON.
85. *La memoria corporal. Bases teóricas de la diafreoterapia*. LUZ CASASNOVAS SUSANNA. (2ª ed.)
86. *Atrapando la felicidad con redes pequeñas*. IGNACIO BERCIANO PÉREZ. Con la colaboración de ITZIAR BARRENGOIA. (2ª ed.)

87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. PILAR QUIROGA MÉNDEZ.
88. *Crece en grupo. Una aproximación desde el enfoque centrado en la persona.* TOMEU BARCELÓ. (2ª ed.)
89. *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos.* ALEJANDRO BELLO GÓMEZ, ANTONIO CREGO DÍAZ.
90. *La magia de la metáfora. 77 relatos breves para educadores, formadores y pensadores.* NICK OWEN.
91. *Cómo volverse enfermo mental.* JOSÉ LUÍS PIO ABREU.
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* AGNETA SCHREURS.
93. *Fluir en la adversidad.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
94. *La psicología del soltero: Entre el mito y la realidad.* JUAN ANTONIO BERNAD.
95. *Un corazón auténtico. Un camino de ocho tramos hacia un amor en la madurez.* JOHN AMODEO (2ª ed.).
96. *Luz, más luz. Lecciones de filosofía vital de un psiquiatra.* BENITO PERAL. (2ª ed.)
97. *Tratado de la insoportabilidad, la envidia y otras "virtudes" humanas.* LUIS RAIMUNDO GUERRA. (2ª ed.)
98. *Crecimiento personal: Aportaciones de Oriente y Occidente.* MÓNICA RODRÍGUEZ-ZAFRA (Ed.).
99. *El futuro se decide antes de nacer. La terapia de la vida intrauterina.* CLAUDE IMBERT. (2ª ed.)
100. *Cuando lo perfecto no es suficiente. Estrategias para hacer frente al perfeccionismo.* MARTIN M. ANTONY - RICHARD P. SWINSON. (2ª ed.)
101. *Los personajes en tu interior. Amigándote con tus emociones más profundas.* JOY CLOUG.
102. *La conquista del propio respeto. Manual de responsabilidad personal.* THOM RUTLEDGE.
103. *El pico del Quetzal. Sencillas conversaciones para restablecer la esperanza en el futuro.* MARGARET J. WHEATLEY.
104. *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN. (14ª ed.)
105. *El tiempo regalado. La madurez como desafío.* IRENE ESTRADA ENA.
106. *Enseñar a convivir no es tan difícil. Para quienes no saben qué hacer con sus hijos, o con sus alumnos.* MANUEL SEGURA MORALES. (14ª ed.)
107. *Encrucijada emocional. Miedo (ansiedad), tristeza (depresión), rabia (violencia), alegría (euforia).* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
108. *Vencer la depresión. Técnicas psicológicas que te ayudarán.* MARISA BOSQUED.
109. *Cuando me encuentro con el capitán Garfio... (no) me engancha. La práctica en psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN Y CARMEN VÁZQUEZ.
110. *La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso.* JORGE BARRACA MAIRAL. (2ª ed.)
111. *¡Deja de controlarme! Qué hacer cuando la persona a la que queremos ejerce un dominio excesivo sobre nosotros.* RICHARD J. STENACK.
112. *Responde a tu llamada. Una guía para la realización de nuestro objetivo vital más profundo.* JOHN P. SCHUSTER.

113. *Terapia meditativa. Un proceso de curación desde nuestro interior.* MICHAEL L. EMMONS, PH.D. Y JANET EMMONS, M.S.
114. *El espíritu de organizarse. Destrezas para encontrar el significado a sus tareas.* P. KRISTAN.
115. *Adelgazar: el esfuerzo posible. Un sistema gradual para superar la obesidad.* A. CÓZAR.
116. *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido.* ALEJANDRO ROCAMORA. (3ª ed.)
117. *Rabia sana. Cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia.* BERNARD GOLDEN. (2ª ed.)
118. *Manipuladores cotidianos. Manual de supervivencia.* JUAN CARLOS VICENTE CASADO.
119. *Manejar y superar el estrés. Cómo alcanzar una vida más equilibrada.* ANN WILLIAMSON.
120. *La integración de la terapia experiencial y la terapia breve. Un manual para terapeutas y consejeros.* BALAJAISON.
121. *Este no es un libro de autoayuda. Tratado de la suerte, el amor y la felicidad.* LUIS RAIMUNDO GUERRA.
122. *Psiquiatría para el no iniciado.* RAFA EUBA. (2ª ed.)
123. *El poder curativo del ayuno. Recuperando un camino olvidado hacia la salud.* KARMELO BIZKARRA. (4ª ed.)
124. *Vivir lo que somos. Cuatro actitudes y un camino.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO. (4ª ed.)
125. *La espiritualidad en el final de la vida. Una inmersión en las fronteras de la ciencia.* IOSU CABODEVILLA ERASO. (2ª ed.)
126. *Regreso a la conciencia.* AMADO RAMÍREZ.
127. *Las constelaciones familiares. En resonancia con la vida.* PETER BOURQUIN. (14ª ed.)
128. *El libro del éxito para vagos. Descubra lo que realmente quiere y cómo conseguirlo sin estrés.* THOMAS HOHENSEE.
129. *Yo no valgo menos. Sugerencias cognitivo- humanistas para afrontar la culpa y la vergüenza.* OLGA CASTANYER. (4ª ed.)
130. *Manual de Terapia Gestáltica aplicada a los adolescentes.* LORETTA CORNEJO. (5ª ed.)
131. *¿Para qué sirve el cerebro? Manual para principiantes.* Javier Tirapu. (2ª ed.)
132. *Esos seres inquietos. Claves para combatir la ansiedad y las obsesiones.* AMADO RAMÍREZ VILLAFÁÑEZ.
133. *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes.* PEDRO MORENO, JULIO C. MARTÍN, JUAN GARCÍA Y ROSA VIÑAS. (5ª ed.)
134. *Cuidados musicales para cuidadores. Musicoterapia Autorrealizadora para el estrés asistencial.* CONXA TRALLERO FLIX Y JORDI OLLER VALLEJO
135. *Entre personas. Una mirada cuántica a nuestras relaciones humanas.* TOMEU BARCELÓ
136. *Superar las heridas. Alternativas sanas a lo que los demás nos hacen o dejan de hacer.* WINDY DRYDEN
137. *Manual de formación en trance profundo. Habilidades de hipnotización.* IGOR LEDOCHOWSKI
138. *Todo lo que aprendí de la paranoia.* CAMILLE
139. *Migraña. Una pesadilla cerebral.* ARTURO GOICOECHEA (5ª ed.)
140. *Aprendiendo a morir.* IGNACIO BERCIANO PÉREZ

141. *La estrategia del oso polar. Cómo llevar adelante tu vida pese a las adversidades.* HUBERT MORITZ
142. *Mi salud mental: Un camino práctico.* EMILIO GARRIDO LANDÍVAR
143. *Camino de liberación en los cuentos. En compañía de los animales.* ANA MARÍA SCHLÜTER RODÉS
144. *¡Estoy furioso! Aproveche la energía positiva de su ira.* ANITA TIMPE
145. *Herramientas de Coaching personal.* FRANCISCO YUSTE (4ª ed.)
146. *Este libro es cosa de hombres. Una guía psicológica para el hombre de hoy.* RAFA EUBA
147. *Afronta tu depresión con psicoterapia interpersonal. Guía de autoayuda.* JUAN GARCÍA SÁNCHEZ Y PEPA PALAZÓN RODRÍGUEZ (2ª ed.)
148. *El consejero pastoral. Manual de “relación de ayuda” para sacerdotes y agentes de pastoral.* ENRIQUE MONTALT ALCAYDE
149. *Tristeza, miedo, cólera. Actuar sobre nuestras emociones.* DRA. STÉPHANIE HAHUSSEAU
150. *Vida emocionalmente inteligente. Estrategias para incrementar el coeficiente emocional.* GEETU BHARWANEE
151. *Cicatrices del corazón. Tras una pérdida significativa.* ROSA Mª MARTÍNEZ GONZÁLEZ (2ª ed.)
152. *Ojos que sí ven. “Soy bipolar” (Diez entrevistas).* ANA GONZÁLEZ ISASI - ANÍBAL C. MALVAR
153. *Reconcíliate con tu infancia. Cómo curar antiguas heridas.* ULRIKE DAHM (2ª ed.)
154. *Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido.* JANET TREASURE - GRAÏNNE SMITH - ANNA CRANE (2ª ed.)
155. *Bullying entre adultos. Agresores y víctimas.* PETER RANDALL
156. *Cómo ganarse a las personas. El arte de hacer contactos.* BERND GÖRNER
157. *Vencer a los enemigos del sueño. Guía práctica para conseguir dormir como siempre habíamos soñado.* CHARLES MORIN
158. *Ganar perdiendo. Los procesos de duelo y las experiencias de pérdida: Muerte - Divorcio - Migración.* MIGDYRAI MARTÍN REYES
159. *El arte de la terapia. Reflexiones sobre la sanación para terapeutas principiantes y veteranos.* PETER BOURQUIN (2ª ed.)
160. *El viaje al ahora. Una guía sencilla para llevar la atención plena a nuestro día a día.* JORGE BARRACA MAIRAL
161. *Cómo envejecer con dignidad y aprovechamiento.* IGNACIO BERCIANO
162. *Cuando un ser querido es bipolar. Ayuda y apoyo para usted y su pareja.* CYNTHIA G. LAST
163. *Todo lo que sucede importa. Cómo orientar en el laberinto de los sentimientos.* FERNANDO ALBERCA DE CASTRO (2ª ed.)
164. *De cuentos y aliados. El cuento terapéutico.* MARIANA FIKSLER
165. *Soluciones para una vida sexual sana. Maneras sencillas de abordar y resolver los problemas sexuales cotidianos.* DRA. JANET HALL
166. *Encontrar las mejores soluciones mediante Focusing. A la escucha de lo sentido en el cuerpo.* BERNADETTE LAMBOY

167. *Estrésese menos y viva más. Cómo la terapia de aceptación y compromiso puede ayudarle a vivir una vida productiva y equilibrada.* RICHARD BLONNA
168. *Cómo superar el tabaco, el alcohol y las drogas.* MIGUEL DEL NOGAL TOMÉ
169. *La comunicación humana: una ventana abierta.* CARLOS ALEMANY BRIZ
170. *Aprender de la ansiedad. La sabiduría de las emociones.* PEDRO MORENO (4ª ed.)
171. *Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien.* SANDI KRSTINIC
172. *Cuidar al enfermo. Migajas de psicología.* PEDRO MORENO
173. *Yo te manejo, tú me manejas. El poder de las relaciones cotidianas.* PABLO POBLACIÓN KNAPPE
174. *Crisis, crecimiento y despertar. Claves y recursos para crecer en consciencia.* ENRIQUE MARTÍNEZ LOZANO (4ª ed.)
175. *Cuaderno de trabajo para el tratamiento corpomental del trastorno del trastorno de estrés postraumático (TEPT). Programa para curar en 10 semanas las secuelas del trauma.* STANLEY BLOCK Y CAROLYN BRYANT BLOCK
176. *El joven homosexual. Cómo comprenderle y ayudarle.* JOSÉ IGNACIO BAILE AYENSA
177. *Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva Terapia de Aceptación y Compromiso.* STEVEN HAYES
178. *Palabras caballo. Fuerza vital para el día a día.* DR. JUAN-MIGUEL FERNÁNDEZ-BALBOA BALAGUER (2ª ed.)
179. *Fibromialgia, el reto se supera. Evidencias, experiencias y medios para el afrontamiento.* BRUNO MOIOLI (2ª ed.)
180. *Diseña tu vida. Atrévete a cambiar.* DIANA SÁNCHEZ GONZÁLEZ Y MAR MEJÍAS GÓMEZ (2ª ed.)
181. *Aprender psicología desde el cine.* JOSÉ ANTONIO MOLINA Y MIGUEL DEL NOGAL
182. *Un día de terapia.* RAFAEL ROMERO RICO
183. *No lo dejes para mañana. Guía para superar la postergación.* PAMELA S. WIEGARTZ, PH.D. Y LEVIN L. Y GYOERKOE, PSY.D
184. *Yo decido. La tecnología con alma.* JOSÉ LUIS BIMBELA PEDROLA (2ª ed.)
185. *Aplicaciones de la asertividad.* OLGA CASTANYER (4ª ed.)
186. *Manual práctico para el tratamiento de la timidez y la ansiedad social. Técnicas demostradas para la superación gradual del miedo.* M.M. ANTONY, PH.D Y R.P. SWINSON, MD.
187. *A las alfombras felices no les gusta volar. Un libro de (auto) ayuda... a los demás.* JAVIER VIDAL-QUADRAS.
188. *Gastronomía para aprender a ser feliz. Psicococina socioafectiva.* A. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ
189. *Guía clínica de comunicación en oncología. Estrategias para mantener una buena relación durante la trayectoria de la enfermedad.* JUAN JOSÉ VALVERDE, MAMEN GÓMEZ COLLDEFORS Y AGUSTÍN NAVARRETE MONTOYA
190. *Ponga un psiquiatra en su vida. Manual para mejorar la salud mental en tiempos de crisis.* JOSÉ CARLOS FUERTES ROCAÑÍN
191. *La magia de la PNL al descubierto.* BYRON LEWIS
192. *Tunea tus emociones.* JOSÉ MANUEL MONTERO

193. *La fuerza que tú llevas dentro. Diálogos clínicos.* ANTONIO S. GÓMEZ
194. *El origen de la infelicidad.* REYES ADORNA CASTRO
195. *El sentido de la vida es una vida con sentido. La resiliencia.* ROCÍO RIVERO LÓPEZ
196. *Focusing desde el corazón y hacia el corazón. Una guía para la transformación personal.* EDGARDO RIVEROS AEDOS
197. *Programa Somne. Terapia psicológica integral para el insomnio: guía para el terapeuta y el paciente.* ANA MARÍA GONZÁLEZ PINTO • CARLOS JAVIER EGEA • SARA BARBEITO (COORDS.)
198. *Poesía terapéutica. 194 ejercicios para hacer un poema cada día.* REYES ADORNA CASTRO Y JAIME COVARSI CARBONERO
199. *Abre tu consciencia.* JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ SUÁREZ Y DAVID GONZÁLEZ PUJANA (2ª ed.)
200. *Ya no tengo el alma en pena.* ROSSE MACPHERSON
201. *Ahora que he decidido luchar con esperanza. Guía para vencer el apetito.* JOSÉ LUIS LÓPEZ MORALES Y ENRIQUE JAVIER GARCÉS DE LOS FAYOS RUIZ
202. *El juego de la vida Mediterránea.* MAURO GARCÍA TORO
203. *16 Ideas para vivir de manera plena. Experiencias y reflexiones de un médico de familia.* DANIEL FRANCISCO SERRANO COLLANTES
204. *Transformación emocional. Un viaje a través de la escritura terapéutica.* NOELIA MENDIVE MORENO
205. *Acompañar en el duelo. De la ausencia de significado al significado de la ausencia.* MANUEL NEVADO, JOSÉ GONZÁLEZ (2ª ed.)
206. *Quiero aprender... a conocerme.* OLGA CAÑIZARES, DOMINGO DELGADO
207. *Quiero aprender cómo funciona mi cerebro emocional.* IVÁN BALLESTEROS
208. *Remonta tu vuelo. Más allá de la fibromialgia hacia una nueva vida.* FÁTIMA GALLASTEGUI
209. *Vivir con el trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para pacientes.* ÁLVARO FRÍAS IBÁÑEZ
210. *Quiero aprender a quererme con asertividad.* OLGA CASTANYER
211. *Póker a la dieta. El juego para alcanzar tu peso ideal y mantenerlo de una forma natural y sencilla.* FEDERICA TROMBETTA
212. *Recupera tu autonomía y bienestar personal.* JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ SUÁREZ

SERIE MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática.* LUCIANO SANDRIN (11ª ed.)
2. *La experiencia somática. Formación de un yo personal.* STANLEY KELEMAN (2ª ed.)
3. *Psicoanálisis y análisis corporal de la relación.* ANDRÉ LAPIERRE
4. *Psicodrama. Teoría y práctica.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ (3ª ed.)
5. *14 Aprendizajes vitales.* CARLOS ALEMANY (ED.) (13ª ed.)
6. *Psique y Soma. Terapia bioenergética.* JOSÉ AGUSTÍN RAMÍREZ

7. *Crecer bebiendo del propio pozo. Taller de crecimiento personal.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS, S.J (12ª ed.)
8. *Las voces del cuerpo. Respiración, sonido y movimiento en el proceso terapéutico.* CAROLYN J. BRADDOCK
9. *Para ser uno mismo. De la opacidad a la transparencia.* JUAN MASIÁ CLAVEL
10. *Vivencias desde el Enneagrama.* MAITE MELENDO (3ª ed.)
11. *Codependencia. La dependencia controladora. La dependencia sumisa.* DOROTHY MAY
12. *Cuaderno de Bitácora, para acompañar caminantes. Guía psico-histórico-espiritual.* CARLOS RAFAEL CABARRÚS (5ª ed.)
13. *Del ¡viva los novios! al ¡ya no te aguanto! Para el comienzo de una relación en pareja y una convivencia más inteligente.* EUSEBIO LÓPEZ. (2ª ed.)
14. *La vida maestra. El cotidiano como proceso de realización personal.* JOSÉ MARÍA TORO
15. *Los registros del deseo. Del afecto, el amor y otras pasiones.* CARLOS DOMÍNGUEZ MORANO (2ª ed.)
16. *Psicoterapia integradora humanista. Manual para el tratamiento de 33 problemas psicosensores, cognitivos y emocionales.* ANA GIMENO-BAYÓN Y RAMÓN ROSAL
17. *Deja que tu cuerpo interprete tus sueños.* EUGENE T. GENDLIN (2ª ed.)
18. *Cómo afrontar los desafíos de la vida.* CHRIS L. KLEINKE
19. *El valor terapéutico del humor.* ÁNGEL RZ. IDIGORAS (Ed.) (3ª ed.)
20. *Aumenta tu creatividad mental en ocho días.* RON DALRYMPLE, PH.D., F.R.C.
21. *El hombre, la razón y el instinto.* JOSÉ Mª PORTA TOVAR
22. *Guía práctica del trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Pistas para su liberación.* BRUCE M. HYMAN Y CHERRY PEDRICK
23. *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, modelo y método.* GEORGE DE LEON
24. *El humor y el bienestar en las intervenciones clínicas.* WALEED A. SALAMEH Y WILLIAM F. FRY
25. *El manejo de la agresividad. Manual de tratamiento completo para profesionales.* HOWARD KASSINOVE Y RAYMOND CHIP TAFRATE
26. *Agujeros negros de la mente. Claves de salud psíquica.* JOSÉ L. TRECHERA
27. *Cuerpo, cultura y educación.* JORDI PLANELLA RIBERA
28. *Reír y aprender. 95 técnicas para emplear el humor en la formación.* DONI TAMBLYN
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt.* ÁNGELES MARTÍN (11ª ed.)
30. *Más magia de la metáfora. Relatos de sabiduría para aquellas personas que tengan a su cargo la tarea de Liderar, Influenciar y Motivar.* NICK OWEN
31. *Pensar bien - Sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes.* PAUL STALLARD
32. *Ansiedad y sobreactivación. Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio.* PABLO RODRÍGUEZ CORREA
33. *Amor y violencia. La dimensión afectiva del maltrato.* PEPA HORNO GOICOECHEA (2ª ed.)

34. *El pretendido Síndrome de Alienación Parental. Un instrumento que perpetúa el maltrato y la violencia*
SONIA VACCARO - CONSUELO BAREA PAYUETA.
35. *La víctima no es culpable. Las estrategias de la violencia.* OLGA CASTANYER (Coord.); PEPA HORNO, ANTONIO ESCUDERO E INÉS MONJAS (2ª ed.)
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta.* MIGUEL DEL NOGAL (2ª ed.)
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica.* ÁNGELES MARTÍN (2ª ed.)
38. *Medicina y terapia de la risa. Manual.* RAMÓN MORA RIPOLL
39. *La dependencia del alcohol. Un camino de crecimiento.* THOMAS WALLENHORST
40. *El arte de saber alimentarte. Desde la ciencia de la nutrición al arte de la alimentación.* KARMELO BIZKARRA (4ª ed.)
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia.* VICENTE SIMÓN (2ª ed.)
42. *Empatía terapéutica. La compasión del sanador herido.* JOSÉ CARLOS BERMEJO
43. *Más allá de la Empatía. Una Terapia de Contacto-en-la-Relación.* RICHARD G. ERSKINE - JANET P. MOORSUND - REBECCA L. TRAUTMANN (2ª ed.)
44. *El oficio que habitamos. Testimonios y reflexiones de terapeutas gestálticas.* ÁNGELES MARTÍN (Ed.)
45. *El amor vanidoso. Cómo fracasan las relaciones narcisistas.* BÄRBEL WARDETZKI
46. *Diccionario de técnicas mentales. Las mejores técnicas de la A a la Z.* CLAUDIA BENDER - MICHAEL DRAKSAL
47. *Humanizar la asistencia sanitaria. Aproximación al concepto.* JOSÉ CARLOS BERMEJO (2ª ed.)
48. *Herramientas de coaching ejecutivo.* FRANCISCO YUSTE (2ª ed.)
49. *La vocación y formación del psicólogo clínico.* AQUILINO POLAINO-LORENTE Y GEMA PÉREZ ROJO (COORDS.)
50. *Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género.* SOFÍA CZALBOWSKI (COORD.) (2ª ed.)
51. *Hazte experto en inteligencia emocional.* OLGA CAÑIZARES; CARMEN GARCÍA DE LEANIZ; OLGA CASTANYER; IVÁN BALLESTEROS; ELENA MENDOZA (2ª ed.)
52. *Counseling y cuidados paliativos.* ESPERANZA SANTOS Y JOSÉ CARLOS BERMEJO (2ª ed.)
53. *Eneagrama para terapeutas.* CARMELA RUIZ DE LA ROSA
54. *Habilidades esenciales del conuensing. Guía práctica y de aplicación.* SANDY MAGNUSON Y KEN NOREM
55. *Río, luego existo. Guía completa para curiosos, talleristas y dinamizadores de grupo. Risoterapia integrativa.*
M. ROSA PARÉS Y JOSÉ MANUEL TORRES
56. *Fuerzas que sanan. Constelaciones sistémicas sobre enfermedad y salud.* PETER BOURQUIN (Ed.)
57. *Herramientas de coaching: una aplicación práctica.* PACO YUSTE PAUSA
58. *Ilusión positiva. Una herramienta casi mágica para construir tu vida.* LECINA FERNÁNDEZ
59. *Cuando nada tiene sentido. Reflexiones sobre el suicidio desde la logoterapia.* ALEJANDRO ROCAMORA BONILLA
60. *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen. Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora.* MANUEL HERNÁNDEZ PACHECO (2ª ed.)

Índice

| | |
|--|----|
| Portadilla | 2 |
| Créditos | 4 |
| Dedicatoria | 5 |
| Colaboradores | 6 |
| Prólogo | 9 |
| Parte I. Introducción al Trastorno Límite de la Personalidad | 12 |
| ¿Cuáles con los síntomas del TLP? | 14 |
| ¿Cómo afectan estos síntomas a la vida de las personas con TLP? | 16 |
| ¿Cuáles son las causas del TLP? | 18 |
| ¿Cómo evoluciona el TLP a lo largo de la vida? | 21 |
| ¿Tienen las personas con TLP otros problemas psiquiátricos? | 23 |
| ¿Existe tratamiento para el TLP? | 24 |
| Parte II. Manejo de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad | 26 |
| Inestabilidad del ánimo | 28 |
| Descripción | 28 |
| Consecuencias | 30 |
| Recomendaciones | 31 |
| Vacío, dependencia emocional patológica y necesidad de reconocimiento | 40 |
| Descripción | 40 |
| Consecuencias | 41 |
| Recomendaciones | 45 |
| Desconfianza y desprecio hacia el mundo | 54 |
| Descripción | 54 |
| Consecuencias | 54 |
| Recomendaciones | 57 |
| Vergüenza y culpa destructiva | 65 |
| Descripción | 65 |
| Consecuencias | 66 |
| Recomendaciones | 67 |
| Envidia y celos patológicos | 72 |
| Descripción | 72 |

| | |
|--|------------|
| Consecuencias | 73 |
| Recomendaciones | 74 |
| Orgullo destructivo e intolerancia a la crítica | 78 |
| Descripción | 78 |
| Consecuencias | 79 |
| Recomendaciones | 79 |
| Irresponsabilidad y miedo al fracaso | 83 |
| Descripción | 83 |
| Consecuencias | 84 |
| Recomendaciones | 85 |
| Impulsividad extrema | 89 |
| Descripción | 89 |
| Consecuencias | 90 |
| Recomendaciones | 91 |
| Comportamiento manipulador | 99 |
| Descripción | 99 |
| Consecuencias | 101 |
| Recomendaciones | 102 |
| Trauma y revictimización | 107 |
| Descripción | 107 |
| Consecuencias | 108 |
| Recomendaciones | 110 |
| Parte III. Experiencias personales con el Trastorno Límite de la Personalidad | 117 |
| El caso de Toñi | 119 |
| Comentario | 120 |
| El caso de Anna | 122 |
| Comentario | 123 |
| El caso de Vanessa | 125 |
| Comentario | 126 |
| Bibliografía | 128 |
| Causas del TLP | 129 |
| Síntomas del TLP y otros problemas mentales relacionados | 130 |
| Limitaciones vitales debido al TLP | 130 |
| Tratamiento del TLP | 131 |

| | |
|---|-----|
| Acerca del autor | 132 |
| Otros libros | 133 |
| Fuerzas que sanan | 134 |
| Mindfulness: un camino de desarrollo personal | 135 |
| Remonta tu vuelo | 136 |
| Mindfulness para familias | 137 |
| Colección Serendipity | 138 |