



Álvaro Frías  
(Editor)

VIVIR CON  
*una persona con*  
TRASTORNO  
LÍMITE DE LA  
PERSONALIDAD

Una guía clínica para  
familiares y allegados

*Serendipity*

DESCLÉE DE BROUWER



Álvaro Frías Ibáñez  
(Editor)

VIVIR CON UNA PERSONA  
CON TRASTORNO LÍMITE  
DE LA PERSONALIDAD

Una guía clínica para familiares y allegados



**Desclée De Brouwer**

© Editor: Álvaro Frías Ibáñez, 2020

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2020

Henao, 6 – 48009 Bilbao

[www.edesclee.com](http://www.edesclee.com)

[info@edesclee.com](mailto:info@edesclee.com)

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

Twitter: [@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](http://www.cedro.org)–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-330-3855-5

Adquiera todos nuestros ebooks en

[www.ebooks.edesclee.com](http://www.ebooks.edesclee.com)

*Sacar provecho de un buen consejo exige  
más sabiduría que darlo.*

John Churton Collins

# COLABORADORES

**Isabel Alonso Fernández.** Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona).

**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. Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona).

**Meritxell Antón Soler.** Psicóloga interna residente. Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona).

**Núria Farriols Hernando.** Psicóloga clínica y doctora en Psicología. Profesora titular de Psicología, FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon Llull (Barcelona). Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona).

**Helena Hidalgo Culubret.** Psicóloga general sanitaria. Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona)

**Anna Horta Llovet.** Médico psiquiatra. Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona).

**Pilar Liria Plañiol.** Psicóloga general sanitaria. Consulta privada (Valencia).

**Inés Muñoz-Cobos Liria.** Psicóloga y psicoterapeuta sistémica. Consulta privada (Valencia).

**Sara Navarro Gómez.** Psicóloga general sanitaria. Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona).

**Carol Palma Sevillano.** Profesora de Psicología y doctora en Psicología. FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona). Servicio de Salud Mental y Adicciones. Hospital de Mataró (Barcelona).

**Mariona Roca Santos.** Psicóloga general sanitaria. Doctoranda en FPCEE Blanquerna. Universidad Ramon-Llull (Barcelona).

**Ana Salvador Castellano.** Psicóloga clínica. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones

(INAD) – Parc de Salut Mar (Barcelona).

**Laia Solves Parera.** Psicóloga interna residente. Servicio de Salud Mental y Adicciones.  
Hospital de Mataró (Barcelona).

# PRÓLOGO

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un problema mental grave que afecta al 2% de la población general adulta. Los síntomas son muy variados y generan sufrimiento al que lo padece y a las personas que le rodean. Los familiares y allegados cercanos al paciente suelen sentirse desconcertados por lo que sucede, no sabiendo además cómo actuar ante las diferentes situaciones que se presentan, muchas de ellas de una gran complejidad (por ej., amenazas suicidas). A su vez, el entorno puede arrastrar sus propios problemas emocionales (por ej., cuadros ansiosos) o bien desarrollarlos como consecuencia de la gestión de esta difícil coyuntura familiar. Estos padecimientos pueden limitar el adecuado y sano afrontamiento de las difíciles situaciones que se plantean en la convivencia con alguien diagnosticado de TLP.

Siendo esta una realidad suscrita por una mayoría de clínicos, lo cierto es que, hasta el momento, la familia ha quedado relegada a un segundo plano por parte de los tratamientos empíricamente validados para el TLP. Esto no quiere decir que, en el día a día, el entorno no participe de alguna manera en la psicoterapia convencional (por ej., grupos de familiares), pero ciertamente dista mucho de ocupar el papel que le corresponde considerando su relevancia en la evolución del trastorno del allegado. Es importante resaltar que los familiares que acuden en algún momento a la psicoterapia de una persona con TLP representan una parte del espectro total de allegados. Básicamente, son lo que podría denominarse familiares cuidadores, los cuales han mostrado en algún momento preocupación e interés en querer ayudar al familiar con TLP, independientemente de la mayor o menor fortuna en su empeño. Este perfil de familiares dista mucho de otros miembros potenciales del entorno que pudieran estar alejados del paciente desde hace mucho tiempo por multitud de causas. Partiendo de esta distinción, el presente texto nace de la necesidad de dotar a estos familiares y allegados cuidadores de una herramienta adicional que les ayude a entender y/o solucionar una mayor parte de las cuestiones planteadas en consulta. En concreto, este libro pretende dar respuesta a tres grandes objetivos: informar sobre el TLP desde un punto de vista científico-práctico, dar pautas para la autogestión emocional y, por último, aportar estrategias específicas

para hacer frente a las situaciones clínicas cotidianas. La necesidad de responder a estas cuestiones es perentoria considerando que las familias de los pacientes con TLP apenas disponen de libros que les doten de una guía clínica a partir de la cual poder contribuir positivamente a la evolución del trastorno. Con todo, debe quedar claro que este texto no pretende ser un sustituto de los consejos y asesoramiento que los familiares puedan recibir por parte del psicoterapeuta del allegado con TLP. Más bien deseamos que sea un complemento adecuado para el tratamiento estándar, dadas las limitaciones temporales que la psicoterapia convencional concede a las familias en una mayor parte de los casos que se abordan en la práctica clínica, a excepción de planteamientos teóricos de tipo sistémico.

En base a este marco conceptual, el presente texto se ha dividido en diferentes secciones. En el primer apartado se aporta información específica acerca TLP (psicoeducación), especialmente en los ámbitos en los que se pueden ver involucrados los familiares de alguien con TLP (por ej., ¿cuál es el papel de la familia en el origen del TLP?). En el segundo apartado se describen los diferentes problemas emocionales que pueden ser experimentados por el familiar en el contexto de su convivencia con el paciente (por ej., culpa, irritabilidad). Del mismo modo, se aportan pautas tanto para su autogestión como para que no repercutan de manera negativa en el curso del trastorno del paciente. En el tercer apartado se tratan diversas situaciones complejas que pueden acontecer en el día a día con un familiar con TLP (por ej., amenazas suicidas). Al respecto, se ofrecen estrategias para su manejo, incidiendo tanto en lo que conviene como en lo que no conviene hacer. A lo largo del libro, se ha hecho uso de un lenguaje claro, específico y didáctico con la finalidad de que los familiares tengan muy presente su actuación valorando el qué, cómo, cuándo y para qué. Con ello, lo que buscamos es que sean cada vez más expertos en manejar los diferentes retos que plantea la convivencia con una persona con TLP. No queremos dotar de sabiduría sin más, sino aportar consejos realistas y prácticos para los problemas de su día a día.

Esperamos que este texto pueda resultar de interés para una mayoría de familiares y allegados. Si con ello os ayudamos a que tengáis más conocimiento, apoyo, esperanza y herramientas para la convivencia diaria, habremos hecho realidad la motivación que nos ha llevado a escribirlo.

Álvaro Frías, julio del 2018

# I

## CONOCER EL TRASTORNO LÍMITE DESDE LA PERSPECTIVA DEL FAMILIAR

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico que afecta en torno al 2% de la población general adulta. Su prevalencia en muestras psiquiátricas es todavía mayor, representando el 10% de los pacientes ambulatorios que son atendidos en los centros de salud mental, así como el 20% entre los pacientes agudos que son tratados en unidades de hospitalización psiquiátrica. Se cree que no hay diferencias de género en cuanto a su prevalencia en la población general adulta. Sin embargo, suele ser más diagnosticado en mujeres que en hombres (8:1) entre aquellos usuarios que son atendidos en los centros de salud mental. Una hipótesis planteada para explicar esta discrepancia sería que muchos hombres con TLP “grave” presentarían rasgos antisociales adicionales (por ej., falta de empatía, actos delictivos), siendo por ello su presencia más prominente en prisiones (muestras penitenciarias) que en muestras psiquiátricas ambulatorias.

El diagnóstico de TLP debe ser realizado por especialistas clínicos (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 sistemas de clasificación vigentes son la *International Classification of Diseases, chapter V* (ICD-10, 1992) y la *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5, 2013). En ambos tipos de manuales, el TLP queda englobado en los denominados trastornos de la personalidad. Partiendo de que todo ser humano tiene una forma de ser (rasgos o estilo de la personalidad), hablaríamos de trastorno de la personalidad cuando la manera habitual de actuar, pensar y sentir genera sufrimiento a uno mismo y/o a los que le rodean, a la par que le comporta limitaciones en la consecución de vínculos sanos y en el desarrollo adaptativo de otros hitos vitales (por ej., trabajo).

La diferencia entre una personalidad saludable (estilo/rasgos de la personalidad) y otra no saludable (trastorno de la personalidad) es, ante todo, una cuestión de grado. Todos tendemos a ser de una manera determinada pero, dependiendo de la intensidad y rigidez de esa manera de ser, nos hallaremos dentro o fuera del rango patológico. Por ejemplo,

ser algo impulsivo puede ser sumamente adaptativo en muchas esferas vitales (por ej., para ligar o conocer gente nueva, al actuar en trabajos que requieren determinación o decisión); sin embargo, ser demasiado impulsivo o no discriminar entre ambientes puede ser absolutamente desadaptativo (por ej., conducir rápido en una carretera mojada, enfrentarse al jefe sin meditar las palabras).

Cuando hablamos, además, de TLP estamos indicando que esa manera de ser desadaptativa tiene unas particularidades que la diferencian de otros trastornos de la personalidad. En general, los estudios vienen a señalar que las características clínicas generales que representan el TLP son: alta inestabilidad emocional (por ej., alternancia entre estados emocionales, incluso en cuestión de horas), impulsividad extrema (incluyendo otros problemas asociados como el abuso de drogas, compras compulsivas, atracones de comida, etc.) y un patrón alterado en la manera de vincularse con los demás (por ej., dependencia emocional, desconfianza, relaciones basadas en la alternancia entre la idealización y la devaluación).

Algunos autores incluyen una cuarta característica denominada problemas de identidad. Esta variable viene a representar mejor que ninguna otra la complejidad, inconsistencia y aparente contradicción de la mente de una persona con TLP. Básicamente, estas personas tienden a no tener una visión coherente e integrada de los otros (por ej., “la gente es buena”) y de ellos mismos (por ej., “soy listo/a”). Popularmente se diría que tienen “múltiples personalidades”, pero los expertos tienden a llamarlo estados del Yo, disociación estructural o escisión. Cada uno de estos estados del Yo comprende un conjunto de pensamientos, sentimientos y maneras de actuar determinados. Según la situación del momento, un estado del Yo se puede activar, mientras que al cabo de unas horas, puede sucederse otro. A los ojos del familiar, un estado del Yo puede resultar propio de alguien dócil, accesible y que busca cariño. Sin embargo, al cabo de unas horas, la persona con TLP puede “mostrar otra cara” mucho más autosuficiente, arisca y despreciativa. Como consecuencia de esta inconsistencia temporal, generalmente los familiares acaban desconcertados y sienten que, hagan lo que hagan, no es suficiente. Además, dos (o más) estados del Yo pueden solaparse y lidiar entre ellos en relación a un “objeto” en el mismo momento (por ej., pueden amar y odiar a un familiar a la vez). En conjunto, todo ello hace que el entorno perciba a las personas con TLP como individuos impredecibles, caóticos, contradictorios, capaces de lo mejor y de lo peor, apasionados, sufridores, etc.

Siguiendo la DSM-5, actualmente, el diagnóstico de TLP puede realizarse en adolescentes de entre 15 y 17 años, siempre y cuando los síntomas se presenten durante,

al menos, un año seguido y no puedan ser completamente explicados por otro trastorno mental. No obstante, conviene ser precavido con su etiquetaje en esta rango de edad, ya que, en al menos un tercio de dichos pacientes, los síntomas se autolimitan a la adolescencia y principios de la adultez temprana. Por norma, las características propias de la adolescencia (por ej., rebeldía ante la autoridad, dependencia del grupo de iguales, conductas de riesgo) pueden parecerse en un grado menor al TLP. De hecho, no son pocos los autores que se refieren a este trastorno como una especie de adolescencia patológica perpetua. Con todo, el objetivo de un diagnóstico precoz no es tanto encasillar al menor en cuestión, como implementar intervenciones preventivas para reducir el riesgo de cronicidad una vez entrada la adultez. Este propósito es muy relevante considerando que la demora en recibir un diagnóstico certero de TLP se extiende habitualmente a unos 7-10 años desde la primera visita realizada en Salud Mental.

Con frecuencia, diagnósticos tales como la depresión mayor, los abusos de drogas y los trastornos de la conducta alimentaria esconden y acompañan la realidad de alguien que lleva arrastrando desde tiempo atrás un TLP. Se ha demostrado que la demora en el diagnóstico es un factor de mal pronóstico, ya que no facilita el acceso inmediato a los recursos psicoterapéuticos para hacer frente a este problema. Es sabido que la presencia de otros trastornos mentales es la norma y no la excepción en personas con TLP, representando muchas veces la punta de dicho *iceberg*. Por otro lado, conviene referir que las personas jóvenes (16-30 años) con TLP suelen ser mucho más impulsivas que sus homólogos de más edad (50 años o más). Esto, básicamente, se explica por los cambios biológicos dependientes del periodo madurativo, de manera que se produce un decaimiento de la impulsividad a medida que se van cumpliendo años, sobre todo a partir de los 50 años. Por el contrario, la inestabilidad emocional y el patrón alterado en las relaciones interpersonales suele ser más crónico y se observa igualmente en las personas con TLP de edad avanzada. Esto no quiere decir que alguien diagnosticado con TLP en la adultez temprana obligadamente siga cumpliendo criterios DSM-5 o ICD-10 en la adultez avanzada. De hecho, una mayoría de los estudios de seguimiento a largo plazo viene a señalar que al menos el 50-70% de las personas que reciben inicialmente este diagnóstico no lo presentan cuando son reevaluadas al cabo de 10-15 años.

Con todo, la realidad clínica viene a puntualizar que una cosa es no cumplir criterios diagnósticos y otra cosa muy distinta es seguir presentando síntomas subclínicos a largo plazo, intermitentes o continuos, que igualmente pueden generar una importante limitación funcional, máxime si no son tratados con psicoterapia prolongada. Por tanto, conviene diferenciar entre recuperación clínica (sintomática) y recuperación funcional.

Desde esta perspectiva, hay que considerar el TLP como un trastorno a “gestionar” durante toda la vida, pero del que puede obtenerse una relativa estabilidad, especialmente aquellas personas que no tienen complicaciones severas con otros trastornos psiquiátricos y gozan de una cierta estabilidad en el núcleo primario de apoyo (pareja, hijo/as, padres, amigo/as).

El diagnóstico de TLP ha sido y es objeto de controversia. Muchos debates científicos y pseudocientíficos han planteado la inexistencia de este trastorno psiquiátrico, sosteniendo que es una especie de cajón de sastre. Otros especialistas y bastantes pacientes no dudan de su existencia, pero cuestionan su actual ubicación nosológica. Sobre esta cuestión, se ha señalado que los pacientes que presentan características propias del TLP pertenecerían realmente, al espectro de trastornos bipolares más que al grupo de trastornos de la personalidad *per se*. Como crítica a este planteamiento, cabría señalar que la inestabilidad emocional observada en una persona con TLP suele depender mayoritariamente de la gestión de las relaciones interpersonales, en comparación al curso relativamente autónomo de los cambios anímicos propios de las personas con trastorno bipolar. No obstante, para complicar esta diferenciación, hay que advertir que el 10-15% de las personas con TLP pueden presentar un diagnóstico comórbido (simultáneo) de trastorno bipolar.

Por último, muchos otros autores reconocen el TLP como una entidad psiquiátrica real integrada dentro de los trastornos de la personalidad, si bien postulan la existencia de subtipos ante la marcada heterogeneidad clínica entre las personas que reciben este diagnóstico. En línea con esta tesis, el TLP presentaría algunos síntomas nucleares y comunes, mientras que otras características clínicas serían accesorias y divergentes. Por un lado, los síntomas nucleares del TLP serían la inestabilidad emocional, el vacío emocional y la ambivalencia cognitiva entre la vida (instinto de supervivencia) y la muerte (instinto de aniquilación). Por otro lado, las características clínicas divergentes de los pacientes con TLP se dividirían en función de dos dimensiones independientes dicotómicas. La primera dimensión estaría definida por las polaridades externalización (hacia fuera) *versus* internalización (hacia dentro) y haría alusión a la forma predominante de expresión del sufrimiento emocional. En este sentido, las personas con TLP “externalizante” serían más hostiles e irritables, mientras que los pacientes con TLP “internalizante” serían más propensos a presentar síntomas depresivoides y ansiosos prolongados. Por otra parte, la segunda dimensión haría referencia al foco principal de preocupación de la persona, pudiendo ser hacia uno mismo (polaridad del Yo) o hacia los Otros. En este contexto, los pacientes con TLP orientados al “Yo” destacarían por un

alto egocentrismo y búsqueda de atención, mientras que las personas con TLP focalizado en “los Otros” volcarían sus intereses en satisfacer y cuidar a los demás, incluso a expensas de la anulación de las propias necesidades personales. Con frecuencia, la ubicación de una persona con TLP dentro de estas dos dimensiones viene determinada por la presencia de otros rasgos disfuncionales de la personalidad habitualmente co-ocurrentes en dichos pacientes (por ej., los rasgos obsesivo-compulsivos de la personalidad conllevarían que la persona con TLP de base tendiera a los polos “internalizante” y los “Otros”).

# FUNCIONALIDAD SOCIO-FAMILIAR Y OTRAS ÁREAS DE DESARROLLO VITAL

El TLP genera una indudable afectación negativa en la vida diaria de las personas que lo padecen y, con frecuencia, entre los familiares más próximos. A su vez, el grado de repercusión no solo depende del tipo y severidad de los síntomas, sino también de ciertos factores contextuales (por ej., tipo de trabajo, características de los familiares), los cuales pueden exacerbar o amortiguar el efecto adverso de su propia sintomatología clínica. Entre otras cosas, esto quiere decir que el entorno (por ej., las reacciones de los demás) puede ser un factor de protección o de empeoramiento de los problemas diarios esperables directamente por el propio trastorno. Con todo, los años de evolución del trastorno también suponen un notable condicionante del tipo y grado de disfuncionalidad vital.

Por norma, las personas jóvenes y de mediana edad que tienen TLP intentan mejorar su funcionalidad pese a los intentos previos fallidos a nivel laboral (por ej., despidos, bajas), sentimental (por ej., rupturas, maltrato) o social (por ej., conflictos, rechazo). Desgraciadamente, muchas de estas personas buscan de nuevo readaptarse sin advertir que incurren en el mismo patrón disfuncional de afrontamiento que tan malos resultados les ha dado anteriormente. Además, mientras no son conscientes de esta problemática que llevan arrastrando en su “mochila”, el pensamiento habitual es que los otros por lo general son los responsables de sus fracasos.

A la larga, las personas con TLP de edad avanzada que se adentran en este círculo vicioso tienden a permanecer aisladas del mundo y se hallan desilusionadas ante el trato “deshumanizado” recibido a lo largo de toda su vida. En este punto, es habitual que expresen que se sienten sin energía para buscar un nuevo reto vital, ya que dicha empresa supondría una sobrecarga emocional excesiva para una probabilidad de éxito percibida como muy escasa.

## **Funcionalidad académico-laboral y salud general**

Las relaciones laborales de las personas con TLP pueden exponerles a situaciones potencialmente muy amenazantes, sobre todo si han de trabajar en equipo. En dichas circunstancias, los pacientes pueden mostrar desconfianza ante las intenciones de los demás, alta necesidad de aprobación/aceptación, sentimientos de inferioridad, competitividad con iguales, dificultad para aceptar los límites por parte del superior, intolerancia a la crítica, tendencia a expresar el desacuerdo con agresividad explícita (por ej., insultos) o pasividad (por ej., silencios), etc.

Aparte de todos estos problemas en el vínculo, las personas con TLP tienen baja tolerancia al estrés en general y, específicamente, una alta sensibilidad ante la frustración (por ej., imprevistos, impedimentos). Esto quiere decir que, cuando trabajan con plazos limitados, actividades rutinarias y/u objetivos muy ambiciosos, presentan un alto riesgo de manifestar desajustes emocionales.

Por el contrario, las personas con TLP se benefician enormemente de trabajos dinámicos y creativos, con una dosis relevante de autonomía y con jornadas semanales de trabajo inferiores a las 35 horas. Desgraciadamente, este contexto ideal dista mucho de representar la realidad vigente, motivo por el que frecuentemente acaban solicitando bajas laborales y son etiquetadas por otros trabajadores como personas difíciles, imprevisibles y con alto riesgo de generar bandos en el propio lugar o equipo de trabajo. A modo de círculo vicioso, cada fracaso laboral conlleva una pérdida de autoestima, ansiedad anticipatoria a la hora de enfrentarse a un nuevo reto laboral y un temor intenso a fracasar o cometer los mismos errores. Sobre esta cuestión, es relativamente común que algunas personas con TLP eviten buscar activamente empleo, permaneciendo en casa a modo de zona de seguridad emocional.

Algunas personas con TLP también pueden acabar siendo empleadas en trabajos protegidos en vez de en trabajos normalizados, lo que puede constituir una manera alternativa de mejorar la funcionalidad previa sin incurrir en un incremento desproporcionado de los riesgos percibidos.

Por último, son pocos quienes pueden llegar a cobrar una pensión contributiva o no contributiva en el Sistema Nacional de Salud español por un diagnóstico principal de TLP. Como consecuencia de todo esto, es habitual que el estatus económico de muchas de estas personas acabe siendo modesto y dependan materialmente de los allegados. Esto a veces deriva en el retorno o imposibilidad de independizarse de unos padres con los que ya existía una notable conflictividad previa. En otras ocasiones, impide la separación *de facto* de una antigua pareja, generando una incómoda y confusa convivencia con alguien a quien ya no se está vinculado sentimentalmente.

Por lo que respecta al plano académico, las personas con TLP suelen presentar un perfil heterogéneo en cuanto a los logros académicos obtenidos. Como norma, las dos características clínicas que más impedimentos generan en la consecución de los hitos académicos son la baja constancia y la inestabilidad emocional.

Es de destacar que, aquellas personas con TLP que inician un grado universitario que les apasiona, tienden a finalizar los estudios. Esta pasión ayuda a contrarrestar la alta susceptibilidad al aburrimiento que presentan ante aquellos objetivos que solo generan resultados palpables al cabo de un tiempo (por ej., notas al final del curso académico). En relación a esta cuestión, los programas académicos que contienen evaluaciones periódicas a lo largo del curso suelen compensar la falta de autodirección de muchas personas con TLP. En esta misma línea, los estudios con una duración menor que los grados universitarios (por ej., Formación Profesional) tienden a ser más accesibles para la gente con TLP, siempre y cuando “acepten” que puede haber alguna demora en su consecución.

Las barreras para cumplir con los tiempos reglamentarios son especialmente visibles en las épocas o picos depresivos, ya que dejan de asistir a las aulas o presentan notables problemas de concentración. En otras ocasiones, algunos problemas de relación con compañeros también pueden ser motivo de absentismo, perjudicando notablemente a su desarrollo académico. Por norma, el profesorado suele ser sensible a determinadas adaptaciones curriculares si vienen sugeridas a través de informes escritos por parte de los clínicos que los atienden. Estas adaptaciones suelen incluir, sobre todo, plazos más largos para la entrega de los deberes y tareas.

Es conveniente indicar que cuanto menos material teórico fundamente el estudio, más probabilidad de éxito hay en la consecución del objetivo académico. Así mismo, cuanto más práctica emplee el plan académico, más posibilidad de que acaben los estudios. Esto viene a sugerir que las personas con TLP se benefician en mayor medida de un tipo de aprendizaje procedimental en vez de “uno” mecánico o abstracto.

Por otro lado, tienden a ser gente ambiciosa en el ámbito académico e intelectual. Este es un aspecto que consideran muy relevante a la hora de relacionarse con los demás, siendo fuente de idealización de los otros o bien de competitividad, desacreditación y/o envidia. Es frecuente que haya una alta discrepancia entre su inteligencia o cociente intelectual (alto) y su inteligencia emocional (baja). Aquellos que no finalizan los estudios iniciados viven este *hándicap* con sumo pudor y vergüenza, siendo una especie de asunto inconcluso que les condiciona mucho la relación con gente con estudios superiores (sentimiento de inferioridad y vergüenza).

Por otro lado, los problemas médicos y legales son frecuentes en personas con TLP, generando un importante gasto para el sistema sanitario y judicial, respectivamente. Muchas de estas adversidades vienen asociadas a niveles muy elevados de impulsividad, es decir, a la actuación irreflexiva y en cortocircuito. La alta impulsividad en el TLP no es una característica estática del trastorno. Constituye una dimensión más o menos acentuada según el paciente del que hablemos. Además, en un mismo paciente se ve indefectiblemente incrementada en presencia de una alta inestabilidad emocional (picos depresivos/ansiosos). De este modo, el acto impulsivo actúa con frecuencia como un inadecuado autorregulador emocional (por ej., en presencia de una crisis depresiva, pueden aumentar las compras compulsivas).

Adicionalmente, el efecto de ciertas drogas (por ej., abuso cocaína) también contribuye a inhibir las funciones reflexivas e incluso a hacer desaparecer el temor a las consecuencias negativas. Sobre esta cuestión, la agresividad y la hipersexualidad constituyen las manifestaciones clínicas de la impulsividad que generan un mayor número de consecuencias negativas. La agresividad dirigida hacia otras personas es fuente frecuente de litigios, denuncias y penas de prisión (por ej., en el contexto de una discusión de tráfico). Por otro lado, cuando es orientada hacia el propio Yo, genera un perjuicio médico para el sujeto en cuestión, bien por la comisión de autolesiones no suicidas (por ej., sobreingesta medicamentosa), bien por un intento real de suicidio (por ej., tirarse por un balcón). Por lo que respecta a la hipersexualidad, es de destacar que algunas personas con TLP se exponen involuntariamente a situaciones de riesgo (por ej., violaciones, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.) como consecuencia de alternar numerosas parejas sexuales en ambientes de riesgo (por ej., prostitución, entorno de consumidores de tóxicos) y sin hacer uso de preservativo.

Por último, muchas pacientes con TLP presentan alteraciones médico-somáticas derivadas de otros trastornos simultáneos. Por ejemplo, aquellos que tienen trastornos alimentarios desarrollan las complicaciones clásicas de estos problemas mentales, incluyendo pérdida de la menstruación (amenorrea), desequilibrios electrolíticos, bradicardia o derrames esofágicos. Así mismo, los abusos de drogas o psicofármacos también pueden afectar a los órganos vitales (por ej., disfunción hepática por alcoholismo) o a las capacidades cognitivas (por ej., distractibilidad por abuso de ansiolíticos). La combinación de abuso de drogas y elevada impulsividad (por ej., búsqueda de sensaciones) también aumenta el riesgo de que los pacientes con TLP presenten más accidentes de tráfico, con los consiguientes problemas médicos (por ej., traumatismos craneoencefálicos), económicos y legales.

Hay que destacar que el TLP no solo facilita la irrupción de algunas alteraciones médico-somáticas, sino que constituye un factor de mal pronóstico en la evolución de algunos problemas médicos pre-existentes, en gran parte por su incidencia negativa en la adherencia a los tratamientos indicados (por ej., un paciente con TLP que tiene alta inestabilidad emocional suele llevar un peor control de la pauta de insulina diaria para su diabetes tipo I). En conjunto, todas estas variables hacen que la calidad y esperanza de vida de una persona con TLP sea menor que la esperable en la población general.

### **Funcionalidad socio-familiar**

Las relaciones íntimas (familiares, amistades y sentimentales) de las personas con TLP están profundamente influidas por las propias características del trastorno. Son personas que no dejan indiferente a nadie y tienden a ser percibidas con gran afecto (mucho estima) o malestar (ninguna estima) entre los allegados. Incluso es muy habitual que afecto y malestar se alternen o confluyan en la vida mental del mismo allegado. Se podría decir que las relaciones cercanas de estas personas son, ante todo, intensas e inestables, muchas veces referidas como “agotadoras” por algunos familiares.

La sobrecarga y el desgaste emocional (*burnout*) son casi inherentes a una relación a largo plazo con una persona con TLP. En dicho contexto, mucha gente del entorno opta por distanciarse como una manera de salvaguardar su propio bienestar emocional. Este alejamiento puede ser definitivo o transitorio. Por norma, quien ha llegado a apreciar a alguien con TLP difícilmente romperá los vínculos con este de manera definitiva. Estos pacientes suelen generar un regusto donde se mezcla el cariño y aprecio junto con el resentimiento, la culpa y la pena. Son, básicamente, relaciones donde prevalece la dicotomía amor-odio por ambas partes, aunque con predominio de uno de los dos afectos según el implicado y el momento.

Con todo, cabe recordar que las personas con TLP también generan momentos “mágicos” en las relaciones con sus seres queridos, pues pueden ser muy entregados, divertidos, apasionados y espontáneos, lo que puede compensar también una serie de déficits caracteriales/personalidad de la persona con la que se involucran (por ej., ser muy lineal o “cuadrado”).

Algunas otras características son específicas si consideramos las relaciones concretas que mantienen con los miembros del entorno. En el caso de las madres, estas suelen ser las cuidadoras principales de los pacientes con TLP a lo largo de su vida, independientemente de que hayan épocas de mayor o menor conflictividad entre ambo/as. Las madres suelen ser emocionalmente castigadas por los pacientes cuando

estos son jóvenes, ya sea por un abuso de confianza (dominancia/tiranía) o porque estas progenitoras no pudieron ejercer adecuadamente su función materna en el pasado con el paciente por multitud de factores (por ej., problemas de pareja, depresión mayor, etc.). En estos últimos casos, a veces fue un abuelo/abuela quien hizo las veces de mamá, siendo la figura de referencia en la infancia del paciente. En general, esta estrecha relación con la madre no es exclusiva de dichos pacientes, sino que podría generalizarse al conjunto de personas que tienen algún tipo de dolencia mental y/o física, al menos en Occidente.

Siguiendo el mismo hilo argumental, la figura del padre tiende a ejercer un rol más instrumental cuando forma parte de la vida de la persona con TLP (por ej., ayudar para hacer...). En este caso, la tendencia a admirar alguna cualidad personal del padre es habitual en los pacientes (por ej., su inteligencia), sobre todo en las hijas (*versus* hijos) con TLP. No obstante, también existe un subgrupo de padres ausentes físicamente, desimplicados mentalmente y/o extrapunitivos verbalmente (críticos, intolerantes), lo que suele generar resentimiento y amor frustrado en el paciente. Este déficit paterno puede acarrear que la persona con TLP busque durante su adultez el amor parental frustrado a través de relaciones sentimentales sustitutorias.

En el caso de la fratria, los hermano/as del paciente con TLP pueden ser divididos en dos tipos. Por una parte, aquellos que también han arrastrado trastornos psiquiátricos (por ej., en el caso de los varones, abuso de drogas), los cuales mantienen un contacto intermitente con el paciente, aunque no por ello desprovisto de afecto. Por otro lado, aquellos hermanos que han ido desarrollando una actitud hiperresponsable desde que el paciente era pequeño, ejerciendo un rol sobreprotector como de segundo papá/mamá, provisto con frecuencia de criticismo y dureza verbal hacia el paciente cuando recae en un problema (poli malo).

En cuanto a los hijos de las personas con TLP, se observa de nuevo dos perfiles. Aquellos que tienen mucha rabia porque no fueron adecuadamente cuidados en su niñez. En este caso, el contacto con el paciente es intermitente, pudiendo pasar temporadas largas sin querer saber nada de él/ella cuando una situación del presente les recuerda el trauma que vivieron antaño con el padre/madre con TLP. Por otro lado, están los hijos que han hecho siempre de cuidadores del paciente, incluso cuando estos son adultos. Estos hijos tienden, además, a arbitrar los conflictos entre paciente y sus hermanos más díscolos, con quienes también le une un fuerte lazo emocional.

En cuanto a las parejas, los pacientes con TLP jóvenes suelen acercarse a otros pacientes TLP (¡diagnosticados o no!), experimentando una especie de luna de miel por

haber encontrado a alguien parecido a él/ella, con quien poder entenderse y compartir una misma filosofía de vida. Desgraciadamente, estas relaciones son muy intensas (por ej., se van a vivir juntos a las pocas semanas) y descarrilan al cabo de pocos meses, dejando tras de sí recaídas del trastorno de base en forma de picos depresivos, intentos autolíticos, agresiones mutuas, denuncias, etc. Con el tiempo, las personas con TLP pueden acabar seleccionando parejas más estables emocionalmente, aunque esto pueda restarles un ápice de los subidones (“chispa”) que a veces precisan en la convivencia con vistas a compensar su tendencia a la monotonía. Desafortunadamente, algunas veces estas parejas duraderas no siempre aportan estabilidad, sino que se erigen en un saco de boxeo que soporta toda clase de circunstancias intolerables debido a su falta de asertividad (por ej., no poner límites al paciente cuando este le insulta).

La vida social suele ser de dos tipos según la edad de la persona con TLP. Cuando son muy jóvenes, tienden a crear bandos en dónde buscan algún tipo de liderazgo (por ej., social/popularidad, belleza/imagen, etc.) con mayor o menor éxito en función de sus habilidades y capacidades de manipulación. En este contexto, es habitual la rivalidad y competitividad con quien puede amenazar la búsqueda de ese estatus. Con frecuencia, no hay límites en las relaciones de amistad, promoviéndose una comunicación grupal de tipo *Gran Hermano* basado en el “... me ha dicho que tú le has dicho de mí que...”. Por todo ello, las idas y venidas, los desencuentros y reconciliaciones, son muy comunes en este tipo de relaciones sin fronteras. Cuando son más mayores, las personas con TLP se vuelven mucho más selectivas, desarrollando vínculos de amistad muy estrechos, pero solo con determinadas personas. En un porcentaje relativamente alto de casos, los pacientes de más 50 años prefieren permanecer en absoluta soledad, destacando por una marcada desconfianza para con el exterior sobre la base de los continuos fracasos relacionales en el pasado.

# PAPEL DE LA FAMILIA EN EL ORIGEN Y CURSO DEL TRASTORNO

No hay una sola causa que explique la aparición del TLP. Salvo visiones muy reduccionistas, existe un relativo consenso científico a la hora de considerar el TLP como un trastorno fruto de la combinación desigual de factores biológicos y ambientales según el paciente del que hablemos. Por tanto, la idea generalizada es que el TLP es un trastorno de origen multifactorial. Esto viene a significar que ninguna causa es necesaria ni suficiente para desarrollar el trastorno. Además, una mayoría de estas variables son factores de riesgo inespecíficos. Esto quiere decir que no hay una relación unívoca entre la causa y el TLP, de modo que, perfectamente, personas con otros diagnósticos psiquiátricos o sin patología mental han podido verse expuestas a alguno de los acontecimientos presentes en la vida previa del paciente con TLP. En cualquier caso, las causas que dan pie a un trastorno asientan sus bases, pero no son condicionantes últimos de un final irreversible. De hecho, una vez el sujeto adulto con TLP se expone a nuevas situaciones, estas pueden tener una incidencia positiva o negativa en el devenir del trastorno.

## **Factores biológicos implicados en el TLP**

Entre los factores biológicos destaca especialmente la genética. Estudios recientes destacan que hasta el 40% del riesgo de padecer este trastorno está determinado por la herencia 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. Esta susceptibilidad biológica que el menor “recoge” y que determina desde un inicio su tendencia a sentir y actuar de manera idiosincrásica se ha denominado temperamento.

Siendo cierto el papel de la herencia genética, esto no quiere decir obligadamente que uno o ambos padres tengan que haber padecido este u otros diagnósticos afines. Con frecuencia, algunos de estos genes responsables pueden permanecer silentes

(“dormidos”) en el/los progenitor/es, pero pueden haberse manifestado en otra persona con similar grado de consanguinidad (por ej., un tío/a).

Nuestra propia experiencia clínica nos ha hecho ver que al menos un tercio de las personas diagnosticadas con TLP eran de pequeños niño/as con una altísima sensibilidad emocional, sin que ello tuviera justificación objetiva por ningún factor ambiental y ni siquiera por algún tipo de trastorno mental en los padres. Sin embargo, en la historia clínica recogida con los progenitores, estos destacaban tener algún hermano/a con problemas mentales graves, muchas de estas alteraciones compatibles con trastornos de la personalidad y/o abuso de sustancias.

Dicho esto, incluso en el caso de que un padre pudiera tener el diagnóstico de TLP, la influencia de los genes puede no ser solo directa, sino indirecta en tanto que determina algunos recursos psicológicos empleados por el progenitor para con el menor. Por ejemplo, un padre inestable emocionalmente (sin cumplir todos los criterios para TLP) podría ser inconsistente en los cuidados emocionales hacia el menor (futuro TLP), alternando momentos con alto criticismo con otros de altísima emocionalidad. En un caso de este tipo, dicho estilo educativo inconsistente mediaría la relación entre la genética de riesgo del padre y el futuro diagnóstico de TLP en su hijo/a.

Además, la relación entre progenitor de riesgo e hijo vulnerable no es unidireccional, sino bidireccional. Esto quiere decir que aquellos menores más impulsivos o emocionales acaban “provocando” reacciones más negativas en padres ya de por sí impetuosos u hostiles. 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.

Con todo, conviene considerar que otros factores ambientales pueden proteger o amortiguar el efecto nocivo, directo o indirecto, que un padre vulnerable genéticamente pudiera transmitir a su descendencia. Por ejemplo, si dicho padre tiene relación con una persona estable emocionalmente, la cual hace las veces de cuidador principal del menor, es posible que este último pueda recibir una mejor carga genética y pautas educativas a través del progenitor más sano.

El objetivo de explicar esta realidad clínica y empírica es también desmitificar algunas versiones que hace no mucho tiempo eran oficiales como paradigmas científicos a la hora de entender el origen del TLP. En concreto, los planteamientos sistémicos y psicodinámicos tradicionales (no así los contemporáneos) propugnaban el papel de los padres como agentes causales “obligados” para este y otro tipo de problemas mentales. Hoy en día puede afirmarse que al menos un tercio de los pacientes con TLP no han

recibido influencias perniciosas notables por parte de los padres en cuanto a factores ambientales (por ej., estilo educativo, traumas). Podría decirse de manera burda y simplificada que su hijo/a “nació en parte así” y que ni este ni él/ella (progenitor) es responsable de esta lotería genética.

Dicho esto, la responsabilidad del paciente y de los progenitores viene de aquí en adelante, es decir, qué hacer una vez esto es lo que hay. No tener una franca responsabilidad en el origen del TLP no tiene nada que ver con el grado de responsabilidad respecto a la evolución del trastorno en el hijo/a. Al respecto, la familia tiene un rol muy importante en el devenir del problema (si no, ¿qué sentido tiene el presente libro?), sobre todo aquellos que tienen un contacto más próximo con el paciente. La misma lógica se puede aplicar a aquellos progenitores que sí pudieran tener una incidencia directa en el trastorno del paciente (hijo), ya fuera por su carga genética directa y/o a través de la manera en que esto determinó cómo le criaron. En dicho caso, es importante asumir lo sucedido, sabiendo que la relación con el paciente es, en la mayoría de casos, para toda la vida. Esto quiere decir que siempre pueden contribuir a la mejora del trastorno del paciente, independientemente del papel que jugaran en su origen.

Nuestra experiencia es que muchas personas con TLP son capaces de perdonar si este familiar asume con los hechos y las palabras sus errores e intenta en adelante involucrarse de manera sana en la vida del paciente (¡también en las terapias!). Este hecho lo hemos observado frecuentemente en la relación entre paciente y padre (más que madre). A veces, no es que el padre cambie su forma de ser (los patrones de personalidad pueden estar muy arraigados), pero basta que el paciente perciba un claro esfuerzo en hacerlo para que la visión que tenga de él esté menos mediatizada por el resentimiento y la rabia. Recuperar parcial o totalmente una figura que no se tuvo a nivel físico o emocional es, además, muy reconfortante para una persona con TLP, ayudándole a sanar heridas muy profundas del pasado. Igualmente, estos progenitores pueden tener una segunda oportunidad de demostrarles que han cambiado una vez son abuelo/as y tienen la posibilidad de cuidar a los hijo/as del paciente. Aunque a los pacientes pueda sorprenderles el trato efusivo que los abuelos/as tienen con el nieto, finalmente se alegrarán por ver que, al menos, sus propios hijo/as hayan podido recibir lo que ello/as no tuvieron. En este sentido, la persona con TLP hará suyo el refrán nunca es tarde si la dicha es buena.

Al margen de la herencia y el temperamento, durante los últimos 20 años son numerosos los estudios que están encontrando diversas alteraciones cerebrales asociadas

a la sintomatología del TLP. Estas alteraciones están relacionadas con irregularidades hormonales (por ej., hipercortisolismo basal), en el tamaño del cerebro (por ej., cortezas orbitofrontal y dorsolateral reducidas) y en la activación de determinadas áreas cerebrales (por ej., hiperactivación amigdalal). Ninguna de estas “pruebas” biológicas se ha podido determinar que antecedan a la irrupción del TLP, por lo que podrían ser causas y/o consecuencias del trastorno. Con todo, conviene decir que, por el 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.

### **Factores ambientales implicados en el TLP**

Al margen de los factores biológicos, los factores ambientales tienen un efecto muy notable en el origen de, al menos, dos tercios de los casos. Las causas ambientales no se limitan al ambiente familiar, sino que engloban otros lugares de socialización en donde la futura persona con TLP deba integrarse como parte de su desarrollo psicológico en la etapa pre-adulta (por ej., escuela, grupo de amigos). Con esto, queremos decir que el cerebro de cualquier menor sigue siendo muy moldeable más allá de la infancia, de modo que todo aquello que acontezca en la adolescencia puede tener una influencia psicológica y biológica (desarrollo y conexiones cerebrales) muy relevante en el futuro paciente con TLP (¡y en cualquier otra persona!).

Entre los factores ambientales familiares que pueden tener un papel causal en el TLP incluyen la presencia de traumas intrafamiliares y algún tipo de disfuncionalidad en cuanto al modelo parental/educativo, la comunicación y la estructura/composición del núcleo familiar. Realmente todas estas variables están entrelazadas y se influyen unas a las otras para bien y/o para mal. Básicamente, son distintos niveles de análisis de la realidad familiar partiendo de que uno de estos factores es la variable principal, elección que depende del modelo hipotético al que sea sensible el especialista en la materia (por ej., si es un profesional psicodinámico, se centraría más en el papel del apego como eje central).

Desde un punto de vista meramente descriptivo y siguiendo el orden indicado en líneas previas, cabe decir que el trauma intrafamiliar recoge cualquier acontecimiento, puntual o no, que objetivamente tenga el potencial de generar un desequilibrio psíquico (a veces también físico) en el desarrollo del menor. El trauma infantil (“objetivo”) debe distinguirse de la vivencia traumática (“subjetivo”), ya que algunas vivencias traumáticas que han pasado las personas con TLP no obedecen realmente a un trauma,

sino a una especial susceptibilidad personal que el sujeto tiene ante ciertos acontecimientos, incluso cuando eran adolescentes (por ej., alta emocionalidad, temor al abandono). Por ejemplo, a una mayoría de personas nos ha rechazado alguien que quisiéramos o amásemos. El hecho de que para una persona esto supusiera el “fin del mundo” no quiere decir que dicha eventualidad fuera un evento traumático *per se*. Con esta distinción no se pretende infravalorar la experiencia subjetiva traumática (si no, ¿qué sentido tiene la Psicología?), pero sí destacar que nos hallamos ante una persona que presenta una características de personalidad que le pueden hacer vulnerable a sufrir más de la cuenta ante hechos estresantes, pero totalmente universales y normalizados.

Del mismo modo, la presencia de un evento traumático real puede, en apariencia, no haber generado una vivencia traumática en el menor que luego presentó un TLP. Si este es el caso, conviene no dejarse llevar por lo superficial, pues muchos pacientes emplean, consciente o inconscientemente, mecanismos internos para no conectar con el malestar derivado del trauma. Estos mecanismos son muy habituales en las personas con TLP e incluyen básicamente la presencia de síntomas disociativos, ya sean puntuales o como manera general de enfrentarse a las traumas “objetivos” desde que eran pequeños. Entre estos mecanismos disociativos cabe señalar: la negación o amnesia psicógena (olvidar todo o partes del acontecimiento traumático), la represión emocional (recordar el episodio, pero renegar/minimizar el dolor psíquico causado) y la despersonalización-desrealización (sentirse fuera de uno mismo y del ambiente mientras se experimenta el trauma).

Tradicionalmente, los traumas infantiles “objetivos” que se pueden producir en la vida de cualquier persona son: abuso físico (por ej., maltrato, palizas, etc.), negligencia física (por ej., omisión de necesidades básicas como son la vestimenta o la alimentación), negligencia emocional (por ej., falta de afecto), abuso emocional (críticas constantes, humillaciones) y abuso sexual. Aunque este último sea el más reconocido popularmente en cuanto a su conexión con el TLP, lo cierto es que ha sido el abuso emocional el factor de riesgo que más evidencia empírica ha recogido respecto a su asociación con el TLP. De manera similar, la negligencia emocional es muy evidenciable en la práctica clínica, sobre todo en la historia vital recogida a través de personas ya diagnosticadas con TLP. Esta falta de cuidados emocionales en su niñez 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 desafortunada paradoja es que muchas personas con TLP acaban repitiendo en su adultez acontecimientos traumáticos similares a los que padecieron de pequeños, a veces como víctimas reincidentes (por ej., violencia de género hacia una mujer con TLP que fue maltratada por su padre en la niñez) y, en otras ocasiones, como verdugos (por ej., una persona con TLP que insulta a su pareja como hacía su madre con él/ella misma en la niñez).

La siguiente variable es el estilo parental y educativo. No siendo términos totalmente idénticos, podría decirse que un estilo parental inconsistente constituye un clarísimo factor de riesgo para el TLP. La inconsistencia se refiere a la arbitrariedad en los criterios por los cuales un padre muestra afecto y/o disciplina hacia el menor. También hace alusión a una marcada alternancia en la muestra de dichos afectos o actos disciplinarios ante el mismo hecho/acto del menor en diferentes periodos temporales (por ej., un niño llora; como consecuencia de ello, unas veces la madre muestra una actitud sumamente intrusiva y dramática, mientras que otras ocasiones es indiferente y negligente). La inconsistencia también puede referirse a la discrepancia en estos criterios entre ambos padres, sobre todo si viven en la misma casa.

La inconsistencia lleva al menor a la indefensión, a no saber a qué agarrarse para recibir un beso o una reprimenda. Es decir, genera un desajuste psíquico por el cual no establece un concepto formal y sólido de lo que es adecuado e inadecuado, de lo que se espera y no se espera de él/ella, etc. Esto comporta una notable incertidumbre, ansiedad y confusión en el menor, lo que puede motivar que desarrolle hacia las figuras de referencia un tipo de vinculación caracterizado por la combinación de la aproximación y la evitación (apego desorganizado o ambivalente). Es sabido que este tipo de apego genera graves problemas de autorregulación interna en el futuro adulto con TLP, siendo una de las bases de los posteriores problemas de inestabilidad emocional y de identidad.

Aparte del estilo parental inconsistente, diferentes estudios indican que la sobreprotección resulta un claro factor de riesgo para el TLP. Nosotros hemos visto personas adultas con TLP sin aparentes problemas en su infancia y adolescencia mientras vivían en una burbuja social y familiar que les cubría todas sus necesidades sin apenas esfuerzo y sin “salir del huevo”. Una vez han tenido que enfrentarse a la realidad del exterior a partir de hechos estresantes normativos (por ej., no ser elegido en una entrevista de trabajo, cambio de residencia de la mejor amiga, ruptura de pareja, pérdida de un abuelo/a), eclosiona una vulnerabilidad de fondo que había sido, durante años, amortiguada por el entorno más próximo. Por tanto, eran personas que no estaban preparadas para lo que suponía vivir, es decir, a veces perder y a veces ganar, a veces ser

aceptado y otras veces rechazado. Generalmente, la sobreprotección en personas vulnerables (alta emocionalidad, inseguridad y/o rumiación) es una de las bases que promueven en el futuro TLP un intenso temor al fracaso, así como dependencia emocional patológica.

En cuanto al tipo de comunicación, un factor de riesgo es el uso de un lenguaje invalidante mediante el cual no se recoge o pregunta sobre los sentimientos/pensamientos del paciente o bien se hace pero con un tono siempre menospreciativo (por ej., “déjate de rollos”; “no te pongas así”). A veces, esta falta de validación comunicativa conlleva que los futuros adultos con TLP hayan sido niños que, con frecuencia, sufrieran en silencio y tuvieran un intenso temor a ser criticados por sentir la realidad de una manera concreta y/o diferente a los demás. De este substrato, emerge muchas veces una profunda desconfianza hacia los demás y un alto temor a la crítica, lo cual es habitual en los pacientes con TLP. Otras muchas veces esta invalidación conlleva que estos pacientes hayan despreciado su propia experiencia interna desde la niñez, considerándola por norma como inadecuada. De este germen salen los posteriores sentimientos de vergüenza patológicos (hipermoralismo) que muchos de ellos sienten como adultos con TLP. Una última consecuencia de la invalidación es el alejamiento de la propia subjetividad, de modo que el futuro sujeto con TLP únicamente se centra en contentar a la figura invalidante de referencia. Ni se plantea qué quiere o no, qué siente o no; lo que importa es que el otro “ponga el sello” a lo que se dice.

A partir de esta secuela psicológica, muchas futuras personas con TLP terminan manifestando 1) déficits en la capacidad de identificar y/o expresar sus propios estados internos (baja capacidad de mentalización, alexitimia o evitación experiencial), 2) una intensa necesidad de aprobación y 3) graves problemas de identidad. Respecto a esto último, muchos pacientes adoptan una actitud camaleónica, de modo que pueden ser personas muy diferentes según el contexto y con quien estén. Ninguno de estos Yoes representa realmente quiénes son, sino que se desarrolla un concepto de la identidad dependiente de contexto e incongruente entre sus partes, en donde no existe la individuación ni la integración. Este problema de identidad ha sido definido por varios autores como difusión de la identidad. Adicionalmente, otra secuela del alejamiento del propio Yo es el vacío existencial que experimentan muchas personas con TLP. Esto se debe a que jamás se han dedicado a nutrir/cuidar/valorar su Yo real y genuino, de modo que no encuentran nada en el interior a lo que puedan dirigirse y les valga la pena. En el fondo, desconocen quiénes son porque nunca se han mirado en el espejo que desnude su

“alma”.

Respecto a la estructura familiar, un subgrupo de pacientes con TLP han vivido como niños en ambientes desestructurados, no tanto por el hecho de que los padres estuviesen o no separados, sino por la relación que entre estos había. En este sentido, los futuros pacientes pueden haber sido testigos de una gran discordia marital, incluyendo violencia de género, infidelidades conyugales, abusos de sustancias en uno de los padres, etc. En el seno de este tipo de hogares, pudieron posicionarse de parte del progenitor que fue sentido como víctima, de modo que se establecían alianzas con límites muy difusos entre ambos.

En general, estas alianzas no respetaban las fronteras sanas entre progenitor-víctima y menor, ya fuese porque se invertían los roles (el menor hacía de cuidador del padre/madre-víctima) o porque entre ambos la relación se hacía muy simétrica (“como muy buenos amigos”). Si finalmente estos padres se separaban, bastantes de estos menores acababan dejando de tener (casi) todo contacto con el padre-verdugo, es decir, con aquel que no formaba parte de la alianza, bien fuera por desvinculación activa de dicho progenitor, bien porque el menor le señalase como el culpable de todo lo que había sucedido en el entorno familiar.

En la convivencia del menor con el progenitor-víctima, es habitual que la inversión de roles referida evolucionase a una absoluta dominancia del menor sobre el adulto, dinámica casi siempre representada entre el hijo varón adolescente y la madre indefensa. La dominación podía incluir incluso actos muy simbólicos como dormir juntos o no permitir/tolerar que aparecieran figuras masculinas sustitutivas en la vida de la madre. Todo este proceso de alianza patológica entre menor varón y madre ha sido denominado por algunos autores como complejo de Edipo. En nuestra experiencia, “los Edipos” son muy habituales en los futuros trastornos de la personalidad, incluyendo los varones que acaban desarrollando un TLP. En este último caso, es relativamente común que tengan adicionalmente rasgos narcisistas de la personalidad (por ej., sentimiento de ser especial, individualismo) al haberse sentido el “príncipe” u “hombre de la casa” durante demasiado tiempo, máxime al no haber tenido previamente una sana subordinación hacia la figura adulta del mismo sexo.

En otras ocasiones, si el menor tenía relación con ambos padres ya separados, podía ser testigo de las críticas que uno o ambos hacían hacia el otro en sus respectivas casas. Esto podía comportar un conflicto de lealtades (triángulo perverso) por no saber qué versión creer, es decir, no poder definir quién es el malo y quién es el bueno de la “película”, ni saber a quién defender ni a quién atacar. Algunos de estos menores

acababan por darse cuenta de que en el fondo podían estar siendo utilizados por uno (o ambos) de los padres en el contexto de unos conflictos aún no resueltos entre los antiguos cónyuges. En dicho caso, lo habitual era que el futuro adulto con TLP se independizase prematuramente, yéndose por ello a vivir con una pareja elegida habitualmente con poca fortuna y que hacía propio el refrán salir de Málaga para meterse a Malagón.

Al margen de los factores ambientales familiares, cada vez se tiene más en cuenta la presencia de los factores ambientales no familiares, en concreto el *bullying* o acoso escolar. Este ha sido recientemente descrito como un factor de riesgo que puede desembocar en multitud de problemas psiquiátricos en la adultez (incluido el TLP), sobre todo si se combina con otras variables personales (por ej., alta emocionalidad) y contextuales (por ej., falta de apoyo familiar e institucional). Es relativamente común que algunos familiares se responsabilicen de lo que hubiera podido suceder a su hijo en el exterior cuando eran pequeños. Partiendo de esta realidad, es importante resaltar que los padres no nacen sabiendo, ni tienen un manual de primeros auxilios al que poder haber consultado cuando el menor (futuro TLP) hubiese padecido algún tipo percance psíquico en el ambiente extrafamiliar (por ej., en la escuela). Los pensamientos o frases de tipo “ojalá me hubiera dado cuenta antes” o “tendría que haberle llevado a un profesional” son habituales en las madres que, con el tiempo, son conscientes de las secuelas ocasionadas por estos problemas no advertidos o, a veces, minimizados. Nuestra opinión es que lo hicieron lo mejor que pudieron y supieron, aunque esto no fuera suficiente, ni lo que necesitaba su hijo/a en dicho momento.

Partiendo de esa premisa y reflexión, insistimos en que su responsabilidad es del presente en adelante, sabiendo que ahora tienen más conocimiento y madurez. Son justo estas últimas cualidades las que convierten su participación en una especie de obligado compromiso con el paciente desde este mismo momento, pero siempre respetando los límites que el paciente ponga en cuanto a su grado de implicación y teniendo en consideración su momento vital (ya no es un niño/a, ¡es un adulto/a!).

# ROL E IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO

## **Tratamientos psicológicos para el TLP**

Existen varias psicoterapias psicológicas empíricamente validadas para el tratamiento del TLP. Las principales psicoterapias son: terapia dialéctico-comportamental, psicoterapia focalizada en la transferencia, terapia centrada en los esquemas, terapia cognitivo-analítica, terapia basada en la mentalización y la terapia denominada “sistemas de entrenamiento en previsibilidad emocional y solución de problemas”. La mayoría de las intervenciones mencionadas tienen una duración de entre 6 y 24 meses, situando al paciente como eje de la intervención, ya sea en formato individual y/o grupal (varios pacientes). Estas terapias se centran, en diferente medida, en elaborar los traumas del pasado y/o en gestionar los problemas del presente. En conjunto, los hallazgos obtenidos sugieren que bastantes pacientes que llevan a cabo estas terapias reducen en grado dispar su inestabilidad emocional, los actos suicidas o la disfuncionalidad interpersonal, según la mayor o menor sensibilidad de cada una de estas terapias hacia determinadas características del trastorno. Siendo ciertos los logros referidos, se siguen precisando todavía estudios de seguimiento a largo plazo, los cuales observen si estos beneficios se mantienen varios años después de que se finalice la intervención psicológica.

Al margen de lo que se considere científicamente probado, nuestra visión acerca de lo que se puede esperar de una psicoterapia para el TLP es que el paciente aprenda a conocer y manejar su trastorno a lo largo de toda su vida. Esto quiere decir, por ejemplo, que los picos emocionales lleguen a ser más cortos, menos intensos y generen escasas limitaciones en su funcionamiento diario. También significaría que identificaran sus “talones de Aquiles” mentales (por ej., ser sensible al rechazo), supieran autogestionarlos y, por último, revirtieran la previsible cascada de reacciones que suelen derivarse (por ej., en vez de atacar o aislarse, seguir socializándose). Con esto pretendemos decir que nuestra visión es que los trastornos mentales en general y el TLP en particular no tienen curación, tal y como se entiende en la medicina general. La aspiración siempre ha de ser

la estabilidad clínica, siendo el mayor desafío prevenir o mitigar el efecto de las recaídas, especialmente en los momentos en que el paciente ha de enfrentarse a estresores de la esfera interpersonal (por ej., soledad, rechazo, crítica, pérdida). Estos objetivos que proponemos precisan de psicoterapias integradoras, no solo basadas en las premisas y técnicas de una de las terapias concretas descritas. Además, las psicoterapias que realmente se llevan a cabo con los pacientes con TLP duran más de 2 años. Es decir, pocos pacientes con TLP dejan de acudir a las sesiones de psicoterapia por decisión expresa del terapeuta tras 24 meses de seguimiento. Lo ideal y/o lógico es que sigan acudiendo al menos durante 5 años, habitualmente con visitas más espaciadas pasados los primeros 24 meses, salvo en los periodos de crisis emocional.

Al inicio del tratamiento, los pacientes deben ser informados de que los comienzos de una psicoterapia para el TLP son muy duros y que pueden generar inicialmente un aparente efecto nocivo paradójico. Estos síntomas adversos pueden incluir problemas de sueño, dificultades de concentración o mayor irritabilidad. Siendo esto totalmente normal cuando una persona empieza a mover sus cimientos psíquicos, conviene que lo comuniquen al terapeuta para que baje la intensidad de las sesiones o sugiera ajustes psicofarmacológicos. A su vez, los efectos positivos de la terapia psicológica no son evidenciables a corto plazo, advirtiéndose su ganancia al cabo de meses. Utilizando un símil, es como el barco pesquero que va a aguas profundas y movidas, arrastra la red hasta el fondo y no lleva el fruto de su trabajo al puerto de referencia hasta pasados unos buenos meses. En este contexto, la premisa a transmitir al paciente es algo que ellos no suelen tener mucho: paciencia.

En general, los pacientes involucrados con sus terapias suelen mejorar mucho más que los que acuden intermitentemente. Las razones para que el paciente, de manera unilateral, no acuda regularmente a las psicoterapias son múltiples y pueden incluir algunos aspectos directamente asociados a su trastorno: 1) temor a la intimidad y a hablar de ellos mismos (vergüenza); 2) malestar o enfado con el terapeuta u otros pacientes del grupo; 3) necesidad de autosuficiencia y convencimiento de no tener un problema relevante; 4) falta de constancia y compromiso con las metas en general, salvo cuando se hallan muy mal; 5) dificultades para gestionar la carga emocional que supone abrirse a sus traumas u oír los de otros; 6) intenso temor a la crítica, con tendencia a sentirse juzgado por el terapeuta y/o los otros pacientes; 7) sensación de que no les está funcionando el tratamiento porque no ven avances en los primeros 3 meses; y 8) presencia de picos depresivos prolongados en los que permanece aislado/a en casa.

Aparte de la adherencia al tratamiento, hemos visto que la edad también es una

variable que influye mucho en los avances con la psicoterapia: a menor edad, mayor mejoría. Esto tiene sentido si consideramos que el cerebro de una persona joven con TLP no está lo suficientemente consolidado como para ser totalmente impermeable a los nuevos *inputs* del exterior. Nuestra experiencia es que la estructura/base psíquica de un ser humano no acaba de formarse del todo hasta que se alcanza los 30-35 años, de modo que toda intervención previa resulta más efectiva que si se realizase posteriormente (por ej., a los 45 años) haciendo uso del mismo número de sesiones y/o tiempo. Esto quiere decir que la intervención precoz es fundamental en el TLP. También viene a significar que aquellos pacientes con TLP mayores de 50 años y sin experiencia terapéutica previa han de esperar una mejoría más modesta, a veces centrada en la “reducción de daños” y en la mejora de su calidad de vida (¡que no es poco!) más que en la reducción significativa de su sintomatología.

En cuanto al tipo de síntomas, de manera contraria a lo que la familia pudiera pensar, los pacientes con una sintomatología más externalizante o aparatosa (por ej., agresividad, irritabilidad, impulsividad general) tienden a mejorar en mayor medida que aquellos en los que predomina un componente internalizante (por ej., inseguridad, rumiaciones constantes, tendencia depresiva). Usando un símil, se podría decir que en la psicoterapia del TLP es más fácil domesticar un caballo salvaje que convertir un potro en un caballo de carreras.

En conjunto, nuestra impresión es que la respuesta del paciente con TLP a la psicoterapia cumple la regla de los 3 tercios: 1) un tercio mejora significativamente y realiza una vida bastante estable a largo plazo, incluyendo pareja sana, hijos bien cuidados y un trabajo más o menos fijo. Estos pacientes presentan crisis intermitentes a nivel emocional, pero han aprendido parcialmente a manejarlas por sí mismos; 2) otro tercio responde parcialmente a la psicoterapia, sobre todo por lo que respecta a los síntomas agudos (por ej., intentos de suicidio). Sin embargo, presentan síntomas subclínicos constantes que requieren tratamiento continuado a largo plazo (por ej., tristeza prolongada, miedo al rechazo). Estos pacientes tienen más limitaciones vitales dentro de un entorno cercano escaso pero sólido; 3) el último tercio no responde a la psicoterapia porque no participa activa y continuamente en la misma. Su funcionalidad es caótica (por ej., negligencia o inconsistencia en el cuidado de los hijos, parejas “tóxicas”, etc.). Lo habitual es que acaben aislados (ambientes muy marginales) y con problemas a largo plazo con las drogas.

Un asunto que el familiar ha de tener en cuenta es que los tratamientos psicológicos para el TLP se realizan en régimen ambulatorio o en hospital de día, limitando los

ingresos de corta duración para momentos en los que esté muy inestable el paciente. Al contrario de lo que muchos familiares pudieran pensar, una hospitalización larga no es para nada garantía de mejoría a largo plazo en el paciente. De hecho, muchos de ellos pueden acostumbrarse o acomodarse a la “protección” sanitaria, al estatus de paciente “estrella” o a las relaciones patológicas (por ej., sexuales/sentimentales) que allí tengan con otros pacientes. Como consecuencia de esto, es habitual que puedan desarrollar una tendencia a buscar el refugio del ingreso ante una nueva crisis, de modo que no intenten por sí solos gestionar el problema que ha acontecido en este nuevo momento. Este fenómeno por el cual el paciente con TLP busca el amparo del sistema sanitario se ha llamado hospitalismo. Por otro lado, el papel asumido por él durante dicho proceso se llama rol de enfermedad. Muchas veces, el hospitalismo y el rol de enfermedad se erigen en las causas más destacables a la hora de explicar hospitalizaciones y urgencias psiquiátricas recurrentes en un paciente con TLP. Por tanto, la familia ha de saber que es justo, humano y necesario que ellos mismos precisen de momentos de respiro en la convivencia con una persona con TLP, pero el uso de estos dispositivos más intensivos debe estar muy medido, ya que puede empeorar el trastorno de base.

Al margen de los contenidos y técnicas de las psicoterapias para el TLP, lo cierto que la experticia/pericia del profesional es tan o más importante que el método empleado. El papel del psicoterapeuta es de suma importancia, pues la persona con TLP tiende a proyectar en él todas aquellas actitudes/expectativas/miedos que habitualmente despliega con su entorno próximo. Este fenómeno se ha llamado transferencia terapéutica. La idealización y/o devaluación del terapeuta está a la orden del día y así lo hará ver/expresar al familiar cuando vuelva de las sesiones. Unas veces dirá que su psicólogo/a es Dios (“el mejor profesional que he tenido”) y otras que no le entiende (“esto no sirve para nada; es frío; no me ha gustado que...”).

Al respecto, la actitud de la familia ha de ser siempre buscar ese punto medio que el paciente casi nunca tiene a la hora de juzgar a su profesional. Es decir, ha de reflejar con su discurso que es lógico que el profesional pueda equivocarse, pero que eso no elimina el sentido global de su valía y profesionalidad. Así mismo, cuando intuya que es el propio paciente quien está haciendo una interpretación distorsionada de los hechos (por ej., cree que el terapeuta pasa de él porque le ha atendido 10 minutos tarde), es conveniente que le invite a expresar adecuadamente ese malestar en vez de que se lo calle, se lo “devuelva” o deje de asistir a las visitas. Con todo esto, pretendemos decir que la familia no solo son nuestros ojos en la vida cotidiana del paciente, sino que pueden llegar a ser verdaderos terapeutas auxiliares, de modo que todos los que estemos

involucrados en el tratamiento del paciente rememos en la misma dirección.

A pesar de que en la práctica real los familiares puedan ser verdaderos terapeutas auxiliares, resulta llamativo que las terapias empíricamente validadas les hayan concedido un papel secundario en sus paquetes de tratamiento, a excepción de las intervenciones con adolescentes con TLP. Uno de los grandes motivos por los que las familias no suelen ser el eje de estas intervenciones es que los modelos más sensibles con este planteamiento han tendido a rechazar algunas de las premisas que contribuirían a la consolidación de dicha aproximación. Por ejemplo, los modelos sistémicos tradicionales, los cuales tienen a la familia como centro de evaluación (diagnóstico relacional) y tratamiento, han solido rechazar tanto la existencia de etiquetas psiquiátricas como el uso del método empírico como fuente de validación de sus planteamientos. Debido a ello, la cobertura profesional que han tenido estas terapias ha sido relativamente reducida, ya que muchos terapeutas solo se sienten cómodos aprendiendo y poniendo en prácticas métodos validados científicamente, independientemente de que en la práctica clínica real pudieran resultar más o menos efectivos.

Afortunadamente, durante los últimos años empiezan a aparecer tratamientos que sitúan la relación con otro ser significativo como eje central del tratamiento del TLP. Estas intervenciones se están realizando en formato de terapia de pareja, terapia parentofamiliar y grupos de familiares. Siendo sus resultados prometedores, todavía están lejos de tener una validación empírica consolidada. Incluso empiezan a haber asociaciones de familiares de pacientes con TLP en las grandes urbes, los cuales ejercen de soporte emocional y como método psicoeducativo. Basta con hacer un *click* en *Internet* para cerciorarse de ello.

Al margen de los tratamientos oficiales, en la práctica clínica real de una mayor parte de profesionales, el papel de las familias suele ser el de aportar información que ayude a verificar el diagnóstico y la evolución del paciente a lo largo de las sesiones. Así mismo, se tienden a intercalar algunas sesiones entre el familiar y el paciente para consensuar objetivos, tareas y/o procedimientos de actuación en diferentes situaciones delicadas, incluyendo los ingresos psiquiátricos del paciente y la posterior alta al domicilio. No es aconsejable que el terapeuta esté a solas con un familiar en consulta, salvo que el paciente, de antemano, lo permita sin poner absolutamente ningún tipo de impedimento. Esto conviene considerarlo dado la desconfianza que muchos de estos pacientes tienen.

Con todo, la participación directa de la familia es también necesaria para evitar malentendidos a 3 bandas motivados por comentarios que el paciente pudiera hacer a un

familiar acerca de lo que el terapeuta supuestamente piensa de este (por ej., “el psicólogo dice que tú...”). Es sabido que las personas con TLP pueden distorsionar involuntariamente aquello que “recuperan” de la memoria, mientras que, en otros casos, pueden emplear información real o ficticia (inventada por ellos) para manipular al entorno, a veces incluso con la finalidad de poner al terapeuta en contra del familiar o del lado del paciente. A través de la participación en las terapias del paciente, muchos familiares también pueden entender mejor la dureza y alcance de una psicoterapia, pudiendo con ello tener una visión más empática con el paciente y su sufrimiento. También esto puede ayudar a que el familiar anime al paciente a que mantenga dicho seguimiento cuando este pudiera presentar más dudas. Hemos visto también que la participación del familiar elimina o reconduce sus prejuicios negativos acerca de lo que supone un tratamiento psicológico. Generalmente, estos prejuicios del familiar derivan de sus propios miedos al “mundo emocional” o por una mala experiencia propia con un profesional de la Salud Mental. Con todo, no son pocas las veces que algunos de estos familiares acaban yendo (o retornando) a profesionales de la Salud Mental, ya sea por iniciativa propia o por recomendación del terapeuta del paciente con TLP.

### **Tratamientos psicofarmacológicos en el TLP**

Siendo el tratamiento psicológico la intervención principal para el TLP, lo cierto es que una mayoría de pacientes mantienen también un tratamiento psiquiátrico complementario. El tratamiento psiquiátrico “ataca” síntomas concretos del TLP más que el trastorno *per se*. Dicha intervención se basa principalmente en el uso de antidepresivos y estabilizadores del humor (o eutimizantes), los cuales tienen un papel primordial en el control de la inestabilidad del ánimo y la impulsividad, ya sea durante una crisis o como tratamiento preventivo y a largo plazo. Los ansiolíticos solo se prescriben para los momentos de crisis que cursan con alta ansiedad (por ej., crisis de pánico). Sin embargo, no es infrecuente que los pacientes abusen de estas medicaciones cuando padecen estos y otros picos emocionales. Por dicho motivo, el familiar no ha de facilitar el acceso a esta clase de psicofármacos en caso de que él también los tomase por cualquier razón.

Durante los últimos tiempos se están probando con relativo éxito otras medicaciones, las cuales aún no tienen la evidencia empírica ostentada por los antidepresivos y estabilizadores del humor. Con todo, su uso en la práctica clínica real es extendido. Por ejemplo, los ácidos grasos omega 3 pueden ser efectivos en el abordaje de la impulsividad, sobre todo la agresividad. La oxitocina puede favorecer un vínculo mucho

más estable y receptivo con el entorno. Por último, diversos antipsicóticos atípicos pueden mejorar la calidad del sueño, los episodios de desconfianza, los intentos autolíticos o algunos tipos de síntomas disociativos (por ej., perplejidad o bloqueo emocional).

Salvo que el terapeuta referente indique lo contrario, el cumplimiento de la pauta prescrita debe correr absolutamente de la mano del paciente, de modo que se responsabilice de su tratamiento por sí mismo. Esto es importante remarcarlo porque algunos familiares que no confían en el paciente suelen asumir un rol contraproducente, haciendo las veces de “alarma”, preparándole la medicación o incluso comprobando que se la hayan tomado.

Al igual que las psicoterapias generan efectos psicológicos adversos a corto plazo, los psicofármacos generan “los suyos”. Entre estos destaca el aumento de peso o la pérdida de deseo sexual, síntomas ambos muy relevantes para el paciente, sobre todo si presentaba un TCA co-ocurrente y/o tenía una marcada vida sexual (¡ojo con los comentarios que las parejas puedan hacer al respecto!). En caso de que comente estos efectos con el familiar, es conveniente alentarle para que lo hable con su psiquiatra en vez de que deje de asistir a las visitas, le mienta o abandone el tratamiento unilateralmente. Esto solo empeoraría su estado emocional de base, como muchos de ellos (¡y también las familias!) comprueban después. La realidad es que otras medicaciones afines pueden reducir estos efectos adversos sin apenas modificar su ganancia terapéutica. Con todo, si el paciente siguiera quejándose por un efecto adverso todavía presente, conviene enfatizarle que en la vida no hay decisiones ideales y que uno tiene que aprender a decidir la menos mala de las soluciones. Esto puede favorecer el compromiso del paciente con su salud y, en general, con toda aquello que no sea un camino de rosas y requiera tolerancia ante la frustración.

# II

# IMPACTO EMOCIONAL EN LOS FAMILIARES Y ESTRATEGIAS DE AUTOGESTIÓN

# CULPABILIDAD

## **Descripción**

La culpa es un sentimiento complejo que incluye un componente emocional y otro cognitivo. El componente emocional abarca el dolor por un hecho negativo acontecido al propio sujeto o a otra persona (por ej., suspenso del curso escolar en un hijo). El componente cognitivo genera, además, una atribución interna acerca de los agentes responsables del hecho negativo (por ej., “mi hijo suspendió el curso escolar porque no me di cuenta de que necesitaba clases de repaso”).

Partiendo de esta base, la culpa puede ser sana/ adaptativa o insana/ desadaptativa. La culpa sana es aquella por la cual el sujeto se responsabiliza de un hecho negativo en el que realmente tuvo una incidencia (por ej., multa de tráfico por haber sobrepasado el límite de velocidad). La culpa sana es también adaptativa en la medida que genera un aprendizaje constructivo y prospectivo en el sujeto con la finalidad última de no repetir el mismo error. La culpa sana también lleva, siempre que sea posible, a conductas puntuales y proporcionales de compensación hacia la persona afectada, muchas veces adquiriendo la forma de disculpas.

Por el contrario, la culpa insana es aquella en la que el sujeto se responsabiliza de hechos negativos en los cuales no tuvo realmente una incidencia por acción u omisión (por ej., culparse del hambre en el mundo). La culpa insana es desadaptativa al generar un círculo autodestructivo por el cual el sujeto se considera no merecedor del perdón propio o ajeno. La culpa desadaptativa puede derivar en sentimientos patológicos de muerte e inutilidad. Así mismo, impide a la persona orientarse al presente y al futuro, como si estuviese atascado en aquel suceso pasado, repitiendo en un bucle perverso y rumiativo los hechos sin encontrar salida o consuelo.

En el contexto de un familiar con TLP, el entorno puede experimentar culpabilidad sobre dos aspectos relacionados con el curso clínico de esta patología mental. Por una parte, algún miembro de la familia de origen (por ej., madre) puede sentirse culpable en la medida que siente que pudo contribuir al origen del trastorno en la persona afectada.

Por otro lado, otra gente del entorno (por ej., pareja) puede culpabilizarse ante determinadas reacciones insanas (por ej., autolesiones) observadas en una persona que ya presenta TLP. En ambos tipos de casos, la culpabilidad puede ser sana o insana partiendo de las premisas descritas con anterioridad.

En cuanto a la culpabilidad sobre del origen del trastorno, algunos padres (especialmente las madres) se señalan como agentes causantes del mismo. La justificación de esta visión viene determinada, por ejemplo, por el hecho de haber tolerado que el hijo/a fuera testigo de situaciones de violencia o maltrato de género durante su infancia. En otras ocasiones, estas madres lo explican por el hecho de haber padecido ellas mismas diversas depresiones mayores o trabajos prolongados que dificultaban la función materna en esas etapas tempranas del desarrollo evolutivo de su hijo/a. Con todo, es de destacar que las madres que se culpan tienden a tener un perfil de personalidad muy determinado: baja autoestima; tendencia a reprimir las propias necesidades emocionales; autorreproches sobre una mayor parte de hechos negativos que acontecen a su alrededor; y antecedentes de negligencia o abusos emocionales/físicos en su propia familia de origen.

Por norma, la culpabilidad percibida en relación al trastorno del hijo/a viene dada por la percepción de que a este no se le dispensó el soporte emocional que precisaba, especialmente por haber cometido o “permitido” excesos (por ej., insultos) para con este. En otras ocasiones, se deriva del hecho de que se le hubiese retirado la custodia de este hijo/a y que, durante el tiempo que el menor estuvo en el centro de acogida, no pudiera dispensarle unos cuidados emocionales que cree que hubieran podido evitar la aparición posterior del TLP.

Una de las principales consecuencias negativas de esta culpa desadaptativa es que estas madres no acaban nunca de “romper el cordón umbilical” con el hijo/a ya adulto, mostrándose sobreprotectoras y/o permisivas ante conductas que precisarían otro tipo de actuación más firme (por ej., tolerar insultos del hijo/a cuando este se enfada). La sobreprotección viene a ser una manera de darle en un momento ya inadecuado aquello que no se lo pudo/supo dar cuando realmente el otro lo necesitaba. Al final, un pasado no cerrado a través de la culpa insana genera un presente que busca compensar un hecho ya irreversible. Por este motivo, la culpa insana contamina el afrontamiento de cualquier acto inadecuado en el hijo/a ya adulto con TLP.

A partir de ello, este puede muchas veces emplear la culpa de la madre en su propio beneficio, bien sea para eximirse de responsabilidades vitales (por ej., no independizarse y ser mantenido en casa) u obtener otra clase de beneficios (por ej., recibir dinero del

familiar por el mero hecho de pedirlo, sea cual sea su uso). Esta clase de vínculos entre madre e hijo con TLP suelen combinar la sobreprotección de la primera junto con el chantaje emocional y acomodación en el segundo.

En cuanto a la culpabilidad por los actos desadaptativos realizados por las personas con TLP, las parejas a veces asumen la responsabilidad última sobre algunas conductas clínicamente significativas, especialmente las autolesiones o las agresiones que padece el miembro diagnosticado. Conviene señalar que el uso de la violencia física dirigida hacia las parejas es relativamente común entre la gente con TLP, especialmente entre aquellos con un perfil más externalizante y centrados en el Yo. Así mismo, las parejas que se culpan de los actos desadaptativos del otro suelen caracterizarse por tener baja autoestima, codependencia (actuar siempre desde el rol de cuidador) y nula asertividad (por ej., incapacidad para poner límites y mostrar desacuerdo). La interacción entre ambos perfiles de personalidad convierte esta relación sentimental en un escenario en donde las acusaciones de la persona con TLP (por ej., “si hubieras estado conmigo, no habría intentado matarme”) generan un comportamiento de sumisión en la pareja (por ej., no salir más con los amigos), lo que a su vez permite al primero delegar la responsabilidad real sobre sus actos.

## **Recomendaciones**

- **Identificar el chantaje emocional y poner límites al familiar con TLP.** Un subgrupo de personas con TLP tienden a utilizar un lenguaje que pretende, consciente o inconscientemente, trasladar la responsabilidad última de sus actos al familiar. Frases como “me provocaste”, “si no hubieras dicho/hecho...”, “lo haré si te vas”, etc. pueden generar una culpabilidad insana en el otro, especialmente cuando se ha sido testigo del acto y de sus consecuencias negativas en el pasado (por ej., auxiliarle tras una autolesión). Es importante que el familiar tenga en cuenta que la responsabilidad última de cualquier decisión depende de la propia persona que la ejecuta, al margen de los factores externos que puedan haber predisuesto a la misma, reales o imaginados. Sentirse culpable no tiene por qué significar que uno sea realmente culpable. Esta premisa debe ser especialmente tenida en cuenta por aquellos familiares que tienden a culparse de todo lo que pasa a su alrededor. Identificado el intento de chantaje en la persona con TLP, es sugerible que se le mire a los ojos y se le digan frases firmes y serenas (sin actitud beligerante) tales como “es/fue tu decisión”, “son tus decisiones y tus consecuencias”, “todos podemos decidir hasta en el peor de los escenarios”.

- **Promover el rol de “adulto” en el familiar con TLP.** Algunas personas con TLP

pretenden no salir de su “zona de seguridad” al trasladar la responsabilidad de sus actos al otro. Esta actitud de acomodación les libra de la ansiedad, pero refuerza el egocentrismo y un comportamiento pueril e inmaduro. Muchos familiares pueden conectar con su sufrimiento, pero obviar por ello esta manera patológica de gestionarlo. Los familiares han de tener presente que una cosa es conectar/entender el sufrimiento de una persona con TLP, mientras que otra cosa muy diferente es aprobar/tolerar/aceptar maneras inadecuadas de gestionarlo y hacerle frente, incluyendo el inmovilismo. Este razonamiento es muy pertinente para aquellos familiares que, durante demasiado tiempo, han sido “cuidadores intensivos” del allegado con este diagnóstico. El otro hace de la sobreprotección su bandera para no explorar lo desconocido. El familiar sin TLP ha de considerar todas las actividades que realiza en nombre del otro (por ej., trámites administrativos) e ir trasladando su acción al responsable último, previo aviso de que a partir de ese momento dejará de hacerlo por él. Frases tales como “pasarás ansiedad, pero te hará crecer”, “no podré estar toda la vida aquí, así que empieza a decidir por ti mismo”, “si te gastas dinero en esto, yo no lo pagaré por ti ni pediré disculpas en tu nombre”, etc. contribuyen a “acorralar” (madurar o crecer) a la persona con TLP y ponerle en la tesitura de que son sus actos y sus consecuencias.

• **Identificar y gestionar los sentimientos generalizados de culpa hacia el familiar con TLP.** Algunos familiares tienden a culparse de cualquier cosa negativa que acontece en relación a su allegado con TLP. Evidentemente, la generalización de esta culpa es un síntoma de su cualidad insana. Es por ello que deben lidiar constantemente con un sentimiento –el de culpa– que por sí solo les hace confundir su vivencia interna con la realidad (la responsabilidad del otro). Como norma, es recomendable que el familiar esté muy atento a esta vivencia interna y que sepa que es fácilmente desencadenada por diferentes situaciones que acontecen con el allegado con TLP. Sabido esto, uno empieza entonces a saberse vulnerable a dicha predisposición (mi “mochila”) y no considera que provenga directa y únicamente de lo que sucede a su alrededor. En el momento en que esta distinción es consciente, puede iniciarse el diálogo interno en vez de la confusión entre realidad y vivencia personal. Ya no es cuestión de cómo resolver el sentimiento de culpa ayudando o tolerando ciertas cosas en la persona con TLP, sino que el centro de atención pasa a ser cómo lidiar y no dejarse llevar por aquello que uno siente habitualmente. Frases tales como “ya sabes que te sueles sentir culpable, no piques”, “vigila tu sentimiento de culpa y no cedas ante lo que diga”, “recuerda que, aunque te sientas culpable, es su responsabilidad”, etc. pueden contribuir a “domesticar” una culpa insana en el familiar que generalmente la experimenta. Importante recordar: sentir algo,

no equivalente necesariamente a realidad.

• **Pedir perdón por el daño real causado al familiar con TLP.** A veces un familiar puede haber contribuido parcialmente a los problemas emocionales de la persona ya diagnosticada de TLP, especialmente en la niñez y adolescencia de este (por ej., no poderle dispensar cuidados emocionales por estar él/ella misma deprimida). En este caso, la culpa es insana en la medida en que el familiar no puede pasar página y siente constantemente un “debería haber...”. A veces esta culpabilidad es una nube difusa que colorea la relación bidireccional con la persona con TLP muchos años después. En pocas palabras, queda como un asunto inconcluso, una espina clavada, que todos saben pero que nadie pone sobre la mesa. Estos familiares suelen tener miedo a ponerle palabras a la culpa a través de pedir disculpas. A su vez, el allegado con TLP, casi siempre en el contexto de una discusión vigente, expondrá “involuntariamente” este problema del pasado (por ej., “ya cuando era pequeña tú...”). Si el familiar identifica esta situación, es muy relevante que intente quedar un día con la persona con TLP en una casa, sin nadie más presente y sin asuntos pendientes a realizar las horas posteriores por parte de ambos implicados. Pedir perdón por algo que uno cree haber hecho mal por omisión o comisión debe ser un acto claro y sencillo. Hay que evitar cualquier insinuación que justifique lo que pasó (“no pude ayudarte porque estaba deprimida”), ni emplear frases en condicional (“siento si te hice daño”). El propósito es reconocerle al otro el daño causado percibido, poniéndose con ello en su piel y reconociendo las necesidades frustradas que no fueron emocionalmente nutridas en un momento vital de su desarrollo evolutivo. Frases tales como “quiero pedirte disculpas porque... en ese momento”, “siento el daño/dolor que te ocasioné cuando...”, etc. son muy validantes cuando alguien ya adulto arrastra una espina de la infancia con un familiar. Durante el acto, es importante que se mire a los ojos a la otra persona. Si la situación lo propicia, un abrazo tiende a ser un cierre muy sano del contexto referido.

• **Autoperdonarse por el daño real causado al familiar con TLP.** Independientemente de si un familiar “recoge” o no el perdón de la persona con TLP, la paz interior no se logra hasta que uno no logra autoperdonarse. El familiar podrá advertir si se ha perdonado cuando perciba que su mente se queda menos anclada en los episodios de ese pasado en los cuales pudo omitir cierto soporte emocional. Perdonarse es un acto compasivo hacia uno mismo, en el que uno reconoce ser falible sin que esto le reste ni un ápice de su dignidad como ser humano. Perdonarse no es justificarse, ni minimizar lo sucedido, ni racionalizar lo acontecido. Es aceptar que en nuestra trayectoria vital hay claroscurios, aciertos y errores, virtudes y defectos, y que todo, en conjunto, es propio de

alguien que merece ser amado. Es un acto de respeto a uno mismo, aceptando, en tanto que se es humano, la realidad de lo sucedido, su responsabilidad y sus circunstancias condicionantes. El autoperdón no solo implica una deconstrucción y reconstrucción de lo sucedido en el pasado, sino que invita prospectivamente a crecer a partir de lo sucedido. Perdonarse también sirve para valorar que el error es, en ocasiones, la mayor fuente de aprendizaje; le ayuda a uno a tener una actitud más humilde y equilibrada en su ego; por último, permite ser más tolerante (que no permisivo) con los errores ajenos. Esa reformulación del error como fuente de sabiduría, humildad y dignidad convierten lo sucedido, no tanto en una culpa insana, sino en una experiencia a partir de la cual poder ser una persona con más capacidad de empatizar con uno mismo y con el otro. Una manera de aprender a perdonarse es escribiéndose una carta terapéutica a uno mismo, especialmente dirigida a aquella parte del Yo que en un pasado actuó de una manera que hoy es percibido con arrepentimiento (“Querido amigo/a, llevamos juntos desde que nacimos y hoy quería comentarte un episodio que vivimos cuando nuestra hija tenía 10 años...”). En la carta es importante mostrar amor incondicional a ese Yo vivido con vergüenza (“sería muy fácil criticarte por lo que hiciste, pero solo te diré que, a pesar de esos errores, el simple hecho de reflexionar sobre ello ya te hace una persona digna y merecedora de respeto”). Del mismo modo, la carta tiene que proponer un aprendizaje, es decir, un “para qué” más que un “por qué”. Ha de definir el presente del Yo a partir de aquel pasado con la finalidad de construir un futuro que suponga una evolución positiva desde aquella primera etapa (“es cierto que no fue sano que nuestra hija/o pasara aquel calvario; esto te ha llevado a aprender de la manera más dura lo que ella significa para ti. Te sigue necesitando ya de adulta, aunque de otra manera. Aún puedes ser una persona de referencia para lo que ella te diga que precise”).

# NEGACIÓN Y REPRESIÓN EMOCIONAL

## **Descripción**

Negación y represión emocional son dos mecanismos psicológicos pre-conscientes (parcialmente voluntarios) por los cuales el ser humano intenta no asumir o aceptar la realidad de un hecho. Este suceso puede acontecer a uno mismo y/o a otros con los que se tiene algún tipo de vinculación. Además, el acontecimiento en sí debe tener algún significado o valor emocional para el equilibrio psíquico de aquél que lo niega o reprime. Negación y represión emocional pueden aparecer en la misma persona ante diferentes acontecimientos, siendo por norma una característica que define su estilo de afrontamiento habitual ante la irrupción de sucesos con una alta carga emocional negativa.

No hay que confundir estos mecanismos psicológicos con la mentira, pues en esta última el sujeto es plenamente consciente de faltar u ocultar la verdad. También conviene matizar que algunas formas de negación y represión emocional pueden ser adaptativas, siempre y cuando sean puntuales y permitan el posterior procesamiento del hecho con el tiempo. Lo que las hace patológicas es su grado de generalización y cronificación. De hecho, formas de negación y represión emocional transitorias y excepcionales pueden entenderse como mecanismos sanos de supervivencia mientras el ser humano ha de atender a otras necesidades y demandas paralelas a corto plazo (por ej., una madre que pierde a su marido en accidente de tráfico y debe cuidar mientras tanto a su hijo pequeño).

La negación implica, de algún modo, no reconocer el hecho propiamente dicho, como si jamás hubiera pasado (por ej., una mujer cuya madre muere asesinada y refiere que se ha ido de viaje). Se corre por ello un tupido velo y se olvida en apariencia. En otras ocasiones, se describe de un modo muy distinto a como realmente fue/es, es decir, se distorsiona la realidad (por ej., un enfermo que dice no tener una patología terminal y refiere estar en el hospital porque le están haciendo pruebas).

La negación de un hecho suele tener dos motivaciones principales: preservar un

narcisismo patológico (falta de autocrítica y alto egocentrismo) o amortiguar el impacto emocional que un acontecimiento traumático tiene para el equilibrio interno. En el primer caso, la persona tiende a negar no tanto el hecho entero como tal, sino su grado de implicación o responsabilidad al respecto (por ej., un padre que justifica el maltrato hacia su hijo por el hecho de que este se portara a veces mal). En el segundo caso, la persona es más probable que obvie lo sucedido, no hablándolo con nadie y ni consigo mismo. En este último sentido, algunas formas de negación incluso adquieren cualidad psicopatológica, denominándose por ello amnesias psicógenas, es decir, fallos de memoria de origen psicológico que impiden el recuerdo de episodios negativos.

Por lo que respecta a la represión emocional, no se produce la distorsión u olvido del hecho, sino que se “amputa” la carga emocional asociada (por ej., un hijo que habla de la muerte traumática de su padre como si se refiriera a un vecino). En este sentido, la persona reconoce lo sucedido, pero lo narrará como si hablase de un hecho no significativo. La represión emocional, por tanto, despoja al hecho de la angustia inherente que le acompaña.

Una forma menor de represión emocional es la minimización. Con ello, el sujeto reconoce parcialmente el significado emocional que para su persona tiene lo sucedido, pero sin conectar del todo con ello (por ej., una persona que habla de la infidelidad de la pareja como algo que “no es para tanto”).

Hay dos motivaciones fundamentales para caer en la represión emocional y la minimización. Por un lado, preservar un sentido de autosuficiencia y autovalía (vivencia de ser fuerte y no poder verme afectado por nada). En este sentido, el auto-reconocimiento del dolor o angustia emocional sería vivido como una señal de debilidad y vulnerabilidad. Por otro lado, tal y como sucede con la negación, se puede también emplear para gestionar de una manera no abrumante hechos que han generado un gran impacto emocional.

Las consecuencias perniciosas de la negación y la represión emocional se producen tanto a corto como largo plazo. Así mismo, influyen en el propio afectado y en el entorno (personas) que le rodea. Una consecuencia negativa de estos mecanismos psicológicos es la imposibilidad de conectar y/o empatizar (ponerse en el lugar de) con aquel sujeto que ha podido sufrir el acontecimiento adverso. Esto genera un alejamiento psicológico sobre la otra persona, que se sentirá incomprendida y no percibirá tener/sentir la ayuda que precisa por parte de aquel que niega/reprime.

Respecto al propio individuo, estos mecanismos psicológicos impiden en ocasiones actuar en situaciones en las que el sujeto podría llegar a tener algún control sobre lo

acontecido o, al menos, intervenir de una manera proactiva para minimizar o paliar su impacto pernicioso (por ej., un persona con un enfermedad terminal podría despedirse de sus seres queridos y cerrar algunos aspectos legales que conciernen a los otros miembros de la familia).

En otras ocasiones, estos mecanismos psicológicos pueden generar una anestesia emocional generalizada (por ej., “soy incapaz de sentir algo”; “es como si todo me diera igual”; “parezco un psicópata”). Es decir, no solo se inyecta un antídoto contra el dolor o la angustia ante un determinado evento, sino que el sujeto pierde la capacidad de sentir cualquier emoción ante cualquier hecho, sea del tipo que sea. Otras veces, el muro de la anestesia emocional generalizada tiene alguna fisura. Estas grietas se manifiestan como síntomas súbitos e inesperados de ansiedad en forma de crisis de pánico, recuerdos o imágenes intrusivas (*flashbacks*) sobre el trauma, pesadillas e irritabilidad, incluso pasados muchísimos años del trauma original. Por norma, lo habitual es una mezcla de todos estos síntomas, lo que en conjunto viene a representar un síndrome de estrés postraumático.

Por último, otras personas presentan síntomas psicósomáticos (por ej., problemas gastro-intestinales, cefaleas, psoriasis, alopecia areata, dolor generalizado, contracturas musculares, etc.) para los cuales los médicos internistas o de cabecera no hallan una explicación de base plenamente orgánica. Es sabido que esta clase de síntomas corporales no totalmente explicables por causas médicas pueden ser consecuencia directa de mecanismos psicológicos de negación y represión emocional en situaciones de estrés.

En el caso de los familiares de personas con TLP, los mecanismos de represión emocional y negación están a la orden del día. Por norma, en nuestro entorno clínico los padres tienden a la represión emocional en mayor medida que las madres. Estos padres pueden ser de dos perfiles clínicos. Un subgrupo de ellos suele presentar rasgos narcisistas de la personalidad, incluyendo bajo este epígrafe dificultad/incapacidad para empatizar con las necesidades/emociones de otro, falta de autocrítica, individualismo, ideas de grandeza, etc. En este caso, la represión emocional es una forma de hacer preservar su narcisismo patológico. Por lo general, estos padres no acuden a las terapias familiares y el trato que los terapeutas tenemos con ellos es testimonial, ya que no se involucran en las terapias de sus allegados porque “no es su problema”.

El otro subgrupo de padres sí que tiende a venir a terapia familiar, por norma acompañando a una figura materna con un matiz mucho más emocional. Estos padres suelen ejercer un rol instrumental, analítico-racional y proactivo-brazo ejecutor (por ej., acompañan a la persona con TLP a los sitios, asesoran con dudas, etc.). En este caso,

vienen a compensar el desbordamiento emocional de la madre de la persona con TLP. Aunque muchos de estos pacientes puedan quejarse de la frialdad que en el trato dispensan ese subgrupo de padres, a la larga agradecen el hecho de que “siempre estén ahí”.

Por otro lado, algunas parejas de personas con TLP tienden a la minimización/negación ante algunos hechos negativos, sobre todo aquellos que guardan relación con actos de hostilidad y violencia emitidos por el paciente (por ej., insultos, patadas, etc.). El gran perjuicio derivado de esta negación/minimización (por ej., “no fue para tanto; estaba algo nervioso/a”) es la inacción o dificultad para poner límites ante ciertas situaciones que menoscaban su dignidad. A la larga, esto comporta que la persona con TLP vaya “comiéndose” el criterio, individualidad y poder de decisión de la pareja. Muchas de estas relaciones tienen un cierto cariz de maltrato psicológico en el contexto de una figura dominante (persona con TLP) y otra sumisa (pareja), adoptando esta última el rol de *sparing* o *container* emocional.

En nuestro entorno clínico, la negación también suele ser un mecanismo psicológico más observable en las madres que en los padres de personas con TLP. La negación en dichas madres tiene dos orígenes. En unos casos, la madre percibe en el hijo/a los mismos traumas que ella pasó, hecho que viene a llamarse revictimización (por ej., una madre que sufrió palizas por parte de su propio padre en el pasado, ahora ve cómo su marido pega al hijo/a en común). En dicho contexto, la madre sufre el mismo bloqueo que tenía siendo pequeña; en la situación inicial, en calidad de víctima directa; en el caso posterior, como observadora y testigo de ello.

Otro subgrupo de madres tiende a la negación cuando se halla en un conflicto de lealtades, es decir, cuando el agresor es un familiar y la víctima otro miembro de ese entorno (por ej., una madre que es informada de que un hijo ha abusado sexualmente de una hermana). En este caso, la madre queda bloqueada por el hecho de que se siente obligada a acercarse a uno y, a la vez, a alejarse de otro. Esto es vivido como una situación de acorralamiento emocional en la que cualquier decisión firme siempre va a llevarla a perder algo importante.

A la larga, la negación comportará que intente no separarse de ninguno de ellos (ambivalencia), con los consiguientes problemas y enfrentamientos activos o pasivos que ello pueda generar con el familiar que ha sido víctima. No hay que olvidar tampoco que algunos de los pacientes con TLP, si han sido víctimas en la infancia de un trauma silenciado, llegan a pensar que aquello que pasó pudo ser un sueño o una fantasía de su propia mente.

## Recomendaciones

• **Aceptar y afrontar la realidad de los hechos traumáticos en relación al familiar con TLP.** La negación es ante todo la no aceptación de unos hechos que son en el fondo vividos como intolerables. Una manera de empezar a asimilar la realidad de lo que ha pasado es romper el tabú. El tabú es la manifestación más patológica del silencio comunicacional ya sea hacia otros o hacia uno mismo.

Escucharse es un ejercicio muy doloroso cuando alguien quiere hacer oídos sordos a algo que es vivido como muy amenazante. Sin embargo, es la única manera de conectar con una situación que no deja de estar presente como una nube difusa en lo alto de nuestra mente. Es importante recordar que los seres humanos podemos “engañar” a nuestra conciencia, pero no es posible hacerlo con el inconsciente, quien de una u otra manera nos recordará que algo no funciona bien por esas latitudes.

La negación viene a ser lo mismo que hace un espectador cuando va a ver una película y se tapa los oídos y los ojos con las manos. La película no deja de rodar pese a que uno parezca que la ha parado durante esos segundos. Un método para aceptar la realidad es intentar ver el episodio o etapa amenazante como si en la actualidad fuésemos un espectador de ese tramo de nuestra película vital. En ese contexto, es importante no taparse y ver lo que pasó, por muy terrorífica que sea la escena. Conviene ver los detalles de cada una de dichas escenas (quién, dónde, cómo, qué, cuándo) y dejarlo en *pause* si la situación visionada en el recuerdo es lo suficientemente compleja antes de poder ser asimilada. Es importante que el familiar después escriba aquello que ha visto en el episodio de esa película vital, incluyendo los detalles descritos. Es recomendable que el escrito finalice con un: “con el presente escrito, yo, xxx, hago constar que lo he mencionado anteriormente pasó y fui testigo de ello”.

El hecho de poner palabras a través del habla o la escritura da valor de realidad a lo acontecido. Para que este ejercicio sea completamente satisfactorio, es sugerible que el episodio sea compartido con la persona con TLP, ya sea en su condición de víctima o verdugo (por ej., una madre habla con su hija con TLP acerca de los abusos sexuales que sufrió la segunda por parte del hermano; una pareja habla con su cónyuge con TLP acerca de una agresión física infligida por el segundo un año atrás).

En caso de que el paciente haya sido víctima del hecho silenciado, no habrá mayor signo de validación de su persona que reconocer a través de ese tipo de conversación la realidad de lo que este/a vivió y sufrió en aquel momento. Esto ayudará también a curar algunas barreras emocionales entre ambo/as, las cuales se alimentaban previamente de la

falta de reconocimiento del estatus de víctima en la ahora persona con TLP (por ej., “soy consciente de lo que pasaste y quiero que lo sepas; nunca hemos hablado de ello, pese a saber que esto siempre ha estado ahí como un fantasma...”).

Es importante recordar que, en caso de que el familiar hubiera vivido una experiencia traumática similar al paciente con TLP cuando era pequeño/a (por ej., una madre que también sufrió abusos sexuales como su hija con TLP), no lo comparta con este/a para favorecer el trato diferenciado y personalizado. De lo contrario, se corre alto riesgo de sobre-identificaciones entre ambo/as, que impedirían al paciente permitirse ocupar un rol donde pueda sentirse protegido/a.

Otra consecuencia de poner sobre la mesa un hecho traumático de este calibre es ejercer límites en la relación con el verdugo, especialmente en aquellos encuentros en que exista riesgo de que agresor (por ej., hermano) y víctima (por ej., hermana con TLP) pudieran coincidir en un encuentro familiar patrocinado por un tercer miembro de dicho núcleo (por ej., madre). En ese tipo de casos, la madre ha de escuchar el deseo del paciente y respetarlo. Muchas veces esto lleva a que, si la hija va a ver a la madre, el hermano no pueda estar presente, previa comunicación de la madre a este. Esto no quiere decir que la madre no pueda tener una relación individual y/o discreta con el hijo agresor, sino que en los actos familiares dependientes de ella, deberá priorizar el sentimiento de seguridad y validación emocional de la víctima, lo cual puede ir ligado al deseo de no querer coincidir con su verdugo.

En otras ocasiones, los límites derivados de aceptar una realidad traumática son hacia el familiar con TLP. No es fácil reconocer sin minimizaciones los insultos o agresiones que esta clase de pacientes pueden, en ocasiones, realizar hacia los familiares. Sin embargo, cuanto antes se pongan las cartas boca arriba, antes se podrá solucionar este problema de fondo que mina la autoestima del familiar en cuestión (por ej., pareja). Conviene ir sin rodeos sobre este tipo de asuntos, adoptando un discurso firme mientras se le mira a los ojos y se le transmite la idea de que no tiene margen de maniobra para dar la vuelta a la tortilla (por ej., “es la segunda vez que me dices...; la primera vez no quise creerlo, pero lo has vuelto a hacer; yo no voy a estar con un persona que...; si no me respetas, tomaré la decisión de alejarme de ti”).

• **Procesar el dolor derivado de los hechos angustiantes relacionados con el familiar con TLP.** Algunos familiares de personas con TLP son concedores de los hechos traumáticos que han acontecido/acontecen en la vida del paciente. Sin embargo, hacen uso de la represión emocional para no procesar el impacto que esto les genera en su psiquismo, hecho que les aleja de sí mismo y, también, de su núcleo de relaciones.

Tragar es posiblemente el gesto físico más representativo de alguien que reprime las emociones. Tragar implica muchas veces comer la angustia o llorar hacia adentro. El primer paso es, por tanto, darse cuenta de las señales físicas de la represión emocional, sobre todo cuando uno está a solas consigo mismo y piensa en aquellas situaciones complicadas que vive o ha vivido con el familiar con TLP. No es sugerible dar inicialmente este paso con otras personas alrededor, ya que será vivido como más amenazante. Al no tragar, uno se permite expulsar, exteriorizar y reflejar hacia fuera el estado interno. Dado que es una situación que puede ser vivida como incontrolable, recomendamos no tener asuntos programados o pendientes para cumplir durante las horas siguientes. No hay límites prefijados de tiempo para permitirse hacer este ejercicio. Al igual que una presa vacía su caudal hasta obtener un equilibrio hídrico, la exteriorización a solas de la angustia o el llanto no puede ser cronometrada. Cada persona necesita un tiempo en cada momento. Es conveniente no hacer juicios de valor ni moralismos (por ej., “es ridículo”, “patético”, “no es para tanto”) por el hecho de reflejar estos sentimientos hacia el exterior.

Finalizado este paso inicial, el siguiente es poder permitirse una comunicación emocional con la persona con TLP, de manera que ya no solo se aporte un rol instrumental y de ayuda “logística”, sino uno con un mayor componente de empatía y conexión emocional. Hay una máxima para este orden indicado: aquél que no se abre emocionalmente hacia sí mismo, no puede entrar luego en las profundidades emocionales del otro. En este punto, es aconsejable empezar a emplear recursos verbales en las conversaciones con el otro de tipo “me siento/sentí”, “deseé/deseo”, “me disgusta/disgustó”, “eché/echo de menos”, “quiero/quise”, etc.

A su vez, la actitud hacia la persona con TLP tendría que ser menos orientadora-docente (por ej., “yo de ti haría”, “vamos a hacer”, “te aconsejo”) y más reflexiva y de escucha activa (por ej., “¿cómo viviste...?”, “¿qué te pareció...?”, “¿qué necesitabas?”; ¿qué motivaba tu inseguridad?”), favoreciendo una mayor conexión entre ambos. Es importante reparar que las preguntas reflexivas y abiertas se sustentan en el uso de pronombres tipo “qué” y “cómo” antes que otros de tipo “por qué” o “cuándo”, ya que los segundos dejan menos libertad para que la persona con TLP elabore sus propias respuestas. Así mismo, este tipo de preguntas reflexivas y abiertas hace ver al paciente que el familiar se ha puesto en el lugar de este (empatía), independientemente de que comparta o no la manera de hacer frente al hecho amenazante.

Por último, valida y potencia la toma de decisiones responsable por parte del paciente en vez de consolidar la tutorización del allegado por el hecho de que el paciente tenga

sus inseguridades o problemas emocionales. Durante este segundo paso es sumamente relevante mantener el contacto ocular con la persona con TLP, permitiéndose un acercamiento físico no invasivo (por ej., menos de un metro de distancia entre ambos, darle la mano, etc.).

Con todo, somos conscientes de que estos pasos no pretenden “volver” a estos familiares –habitualmente padres– en personas muy afectivas. Sin embargo, sí que es posible que puedan flexibilizar su estilo de afrontamiento ante los problemas del paciente, sobre todo en aquellas situaciones en donde no se pueda actuar para dar marcha atrás, sino más bien “aguantar el chaparrón” ante lo sucedido (por ej., tras una ruptura sentimental por parte del familiar con TLP).

# MIEDO E IRRITABILIDAD

## Descripción

El miedo (o ansiedad) es la emoción que emerge cuando la persona predice, un peligro o amenaza potencial (por ej., daño) en relación a una situación/objeto/persona. El sujeto percibe, además, tener bajo control en ese contexto y alta incertidumbre acerca de cuándo puede irrumpir dicho peligro. Como respuesta anticipatoria, el miedo se orienta hacia el futuro, habitualmente inmediato, y guía nuestra conducta para prevenir que acontezcan los hechos perniciosos que se prevén. El miedo es una alarma que nos dice “por aquí no”. Nos advierte y nos pre-ocupa mentalmente, de ahí que vaya unido al concepto de preocupación o *worry* (en inglés). Las palabras mentales que acompañan al miedo suelen ser “cuidado”, “vigila”, “y si...”, etc.

Habitualmente, la conducta ligada al miedo es la evitación (inacción) o el escape (huida), pero otras muchas veces se asocia al perfeccionismo, es decir, a la conducta compulsiva de comprobación, hipervigilancia o de reaseguramiento, como si necesitásemos cerciorarnos de todo lo que nos rodea para reducir el riesgo de que algo malo pasase.

El miedo tiene un importante componente de activación somática, preparando al cuerpo para una respuesta rápida, enérgica y resolutiva. Aparece taquicardia, la frecuencia respiratoria aumenta, la musculatura se tensa, la adrenalina se incrementa, etc.

El miedo puede ser sano/adaptativo o insano/desadaptativo. En el primer caso, se previene una amenaza real (por ej. picadura de una avispa que yace en nuestro brazo) y, cuando esta pasa, la persona vuelve a un estado basal más sereno y tranquilo. El miedo se vuelve insano/desadaptativo cuando incurren una o varias de estas circunstancias: 1) aparece en ausencia de una amenaza real u objetiva (por ej., una persona con fobia a la deglución/tragar que decide no tomar ningún alimento sólido); 2) genera una respuesta desproporcionada de miedo (por ej., crisis de pánico o de ansiedad al subir a un avión); y/o 3) se mantiene constante a lo largo del tiempo (por ej., una soldado que interviene en una guerra y sigue sobresaltado al volver a su país).

Las consecuencias negativas del miedo desadaptativo son básicamente los trastornos de ansiedad (por ej., fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático). Los trastornos de ansiedad se asocian, además, a una respuesta psicofisiológica patológica (por ej. exceso de producción de cortisol), ocasionando otros problemas somáticos (por ej., problemas gástricos, cefaleas), déficits cognitivos crónicos (por ej., problemas de atención/concentración) y otros trastornos mentales secundarios (por ej., depresión mayor).

La irritabilidad es una emoción más compleja que el miedo. Coincide con esta en que la persona siente que tiene escaso margen para controlar por sí mismo los hechos negativos que acontecen. Sin embargo, estos hechos no son negativos porque sean percibidos con un cariz de amenaza/peligrosidad, sino porque representan un deseo no satisfecho para el sujeto. Por ello, la irritabilidad representa el malestar de la persona cuando algo que quería o quiere se escapa de su dominio, no obteniendo los resultados esperados.

La irritabilidad tiene un importante componente temperamental (genético) y es perceptible en las personas propensas desde la primera infancia. Los componentes psicológicos más ligados a la irritabilidad son la escasa tolerancia a la frustración, la impotencia y la rigidez mental (dificultad para ser flexible y adaptarse a los cambios).

El sujeto que se irrita parece enfadado con el mundo, tiende a mostrarse hostil/crítico y pone “peros” a todo. Está como en efecto túnel y no atiende a razones. Tiende a salir desde “dentro” (persona) y se propaga hacia afuera (entorno). Por ello, la irritabilidad es fuente de discusiones interpersonales, generando a la larga el alejamiento de las personas allegadas.

A diferencia del miedo, la irritabilidad raramente es sana/adaptativa. En el “mejor” de los casos, la irritabilidad puede entenderse como una respuesta inicial de malestar antes de que el sujeto pueda procesar de una manera más adaptativa la impotencia y frustración. En una mayor parte de las ocasiones, la irritabilidad no “construye” nada y produce rumiaciones “en bucle” que reflejan la no aceptación de lo que está sucediendo.

En los familiares de las personas con TLP, el miedo (o ansiedad) es muy común, especialmente en las madres, hijo/as y hermanas. Estas figuras cercanas, predominantemente mujeres, han sido testigos directos de los sufrimientos del paciente en el pasado (por ej., intentos suicidas) y han ejercido desde los inicios un papel como “cuidadores” o auxiliares terapéuticos.

Por norma, estas personas cuidadoras son por concepto “sufridores” y están más

pendientes de auxiliar a los demás (especialmente la gente vulnerable) que de cuidarse a sí mismos. Por ejemplo, algunas madres de hijo/as jóvenes con TLP suelen intentar protegerles a toda costa de algunas demandas y responsabilidades normativas por el mero hecho de intentar evitar verles sufrir de nuevo (por ej., tolerar el absentismo escolar si el hijo/a ha tenido un problema de relación con un compañero).

A la larga, esto conduce a una sobreprotección que limita el proceso de crecimiento personal proactivo (por uno mismo hacia la meta final) y de aprendizaje por ensayo-error (equivocarse y después “levantarse”). Desafortunadamente, esto es vivido por algunos jóvenes con TLP como justificación de que, si sufren, tienen toda la legitimidad de no hacer nada o de que otros lo hagan por ellos.

Como consecuencia de esto, algunos de estos pacientes desarrollan un alto egocentrismo e intentan imponer su criterio a toda costa a la madre que sufre al verlos expresar sufrimiento. Esta tendencia tirana en casa de los padres suele chocar de frente con la falta de recursos y poder que el paciente percibe fuera del entorno familiar, lo que conlleva que se sientan menos preparados para adaptarse a la vida real fuera de la “burbuja” familiar.

Respecto a los hijo/as de padres con TLP que sienten miedo, la realidad que han vivido desde bien pequeños les ha llevado a que fueran adultos prematuros, es decir, no pudieron permitirse ser niño/as porque el padre/madre con TLP no pudo ejercer esa función parental de soporte y cuidado (por ej., al estar deprimido/a en cama muchos días). El proceso por el cual el hijo/a renunció a su estatus normativo para ejercer el rol de cuidador del padre/madre con TLP ha venido a llamarse inversión de rol o parentalización.

En ocasiones, esta función parental de soporte y cuidado que realmente el hijo/a necesitaba fue parcialmente satisfecha por una abuela/o, que actuaba las veces como figura sustitutoria o de reemplazo. Este hecho hace que los duelos que muchos de ellos tengan tras el fallecimiento de dicha figura sea realmente traumático y desadaptativo (“era la única persona que me cuidó”). A la larga, estos adultos prematuros se convierten en sufridores natos y sus relaciones posteriores refuerzan un rol rígido dirigido al cuidado de los demás (por ej., siendo profesionales que trabajan con grupos vulnerables/de alto riesgo, teniendo parejas pasivas o con escasa capacidad de toma de decisiones, etc.). Este patrón crónico de relaciones caracterizado por el cuidado constante del prójimo ha venido a llamarse codependencia, ya que aparentemente el que tiene el rol de cuidador es menos dependiente que el que es cuidado, pero en el fondo, lo son los dos.

En ocasiones, algunas hermanas de estos pacientes también han ejercido este rol de codependencia, siendo una especie de “segunda mamá” para la persona con TLP. Con ello, renuncian en parte al desarrollo de su vida más allá de los “muros” que supone el problema de su hermano/a con TLP (por ej., cambiar su residencia a una localidad más alejada). A veces, hemos visto que esta renuncia realmente oculta el miedo del familiar codependiente a fracasar en la búsqueda de una vida autónoma satisfactoria, prefiriendo “malo conocido que bueno por conocer”. Con todo, para todos estos familiares sufridores, el miedo a re-experimentar algún acontecimiento negativo en la figura del paciente con TLP (por ej., llevarles a urgencias tras una sobreingesta de medicamentos con alcohol) queda enquistado en su mente, lo que les coloca en un estado constante de alerta y en un no poder descansar, incluso cuando este familiar pueda estar durante un temporada estable de su trastorno de base (por ej., les mandan todos los días *sms* al móvil para sondear cómo están).

Por lo que respecta a la irritabilidad, algunos familiares de personas con TLP tienden a mostrarse crispados con los pacientes. Generalmente, esto es más observado en varones, sobre todo en la figura de los hermanos, quienes suelen tener menos “aguante” que las hermanas a la hora de gestionar los altibajos emocionales y los conflictos con el familiar con TLP.

La crispación asociada a la irritabilidad hace que salten a la mínima ante cualquier actitud o comentario del paciente, hecho que coloca a este en total indefensión al reaccionar el hermano a la mínima (“es como si fuera con la pistola cargada”). La presencia de un familiar (por ej., hermano) que quiere cuidar al paciente, pero que a la vez se dirige a este con altos niveles de crispación/irritabilidad es lo que ha venido a ser una forma de lo que se denomina alta emoción expresada.

Dado que la irritabilidad es raramente sana y que estos pacientes son sumamente sensibles a la crítica y a la hostilidad, es relativamente común que las relaciones entre ambos sean muy intensas y vividas como una montaña rusa. Ambos podrían perfectamente pensar o decir del otro: “si alguien le tocara, le partiría la cara... aunque a veces me apetecería a mí mismo/a hacerlo con él/ella”).

## **Recomendaciones**

- **Cuidarse uno mismo.** Cuando alguien sufre por ver sufrir a un/a familiar con TLP llega un momento en que se olvida de sí mismo. Olvidarse de uno mismo es dejar de escuchar lo que uno necesita y anteponer en cualquier momento las necesidades del otro a las propias. Ese celo de responsabilidad con el bienestar del otro (hiperresponsabilidad)

lleva a consumir emocionalmente al cuidador, quien muchas veces ni se permite dar respuesta a esas necesidades personales, pues son vividas como menos relevantes o, incluso, egoístas.

Al contrario de lo que piensan algunos de estos cuidadores, elegirse/priorizarse a uno mismo es un acto de respeto hacia nuestra persona y necesidades; es, ante todo, un ejercicio de autocuidado. Si lo hacemos por el familiar con TLP, ¿por qué no hay derecho a hacerlo con uno mismo o incluso pedirlo? Las necesidades de uno son tan relevantes como las del otro y eso es una regla de oro que estos cuidadores deben considerar en todo momento. Todo “buen cuidador” ha de cuidarse a sí mismo para cuidar bien a los demás. No es que se tenga que elegir entre el bienestar de uno o del otro, sino que la única manera para poder entregarse sanamente a otro es hacerlo también con uno mismo. En el equilibrio entre ambos tipos de demandas (interna/personal y externa/los otros) está la virtud. Además, es importante tener en cuenta que la ayuda que se concede solo surte efecto en aquel que demuestra o pone voluntad en querer mejorar, aunque no sepa cómo hacerlo. De lo contrario, toda entrega hecha por el cuidador resultará estéril.

El cuidador también tendría que considerar que solo se debería ayudar a quien respete el hecho de que a veces es necesario que nos prioricemos a nosotros mismos en algunas ocasiones. Es decir, es sano ayudar a aquel que tolere que no siempre le digamos “sí” en el momento, forma o condiciones que desee.

El primer paso en el manual del autocuidado es el escoger una actividad con sentido para el familiar o allegado y asignarse un horario a la semana/mes donde la atención va a dirigirse a uno mismo (por ej., el primer martes de mes, ir por la tarde a la peluquería; el viernes por la tarde, ir a leer a la cafetería). No solo es relevante que el cuidador oficialice este espacio, sino que lo comunique al familiar con TLP y se le haga saber que, salvo causa mayor, en ese espacio no se le debe decir nada.

Esta pauta también va dirigida al cuidador, quien debe no mandar *whatsapp* ni llamar al familiar con TLP en dicho lapso. Este tipo de ejercicio genera desconcierto a los inicios y ayuda a calibrar hasta qué punto el cuidador está pendiente del paciente y viceversa. De hecho, es habitual que durante las primeras semanas se dé cuenta de que le cuesta estar mentalmente centrado en sí mismo o que se sienta culpable por no estar pensando en el otro, pero es importante saber que esa sensación es temporal y cambiará. Esto es importante que sea valorado con normalidad al principio, pues forma del proceso de individuación (centrarse en uno mismo) dentro de un patrón previo de ayuda patológica para con el familiar con TLP. A la vuelta de este momento, no se tendría que

compartir con el paciente lo experimentado. No hay mejor manera de promover la individualidad y el autocuidado que saborear para uno mismo ese espacio, incluso en el retorno al contacto habitual entre ambos.

El tipo de actividad para promover el autocuidado no solo ha de estar desligada del familiar con TLP, sino que debería estar ligada a la salud emocional y/o física del cuidador. Muchas veces, estos cuidadores no saben qué hacer para ellos mismos ante la falta de experiencia previa en este tipo de ejercicios. Como norma general, un cierto contacto social o familiar con personas que han sido algo relegadas desde que ejerce su papel de cuidador/a pueden ser una buena elección (por ej., una cena con amigas del colegio el primer viernes de mes).

Otro tipo de actividades puede ser más intelectual e incluir contenidos que fomenten la capacidad cognitiva del familiar (por ej., curso de informática, taller de pintura). Aparte, suele ser muy saludable programar alguna actividad deportiva que genere cierta liberación de endorfinas (hormonas que genera el propio cuerpo que provocan bienestar) a la par de consolidar vínculos sociales (por ej., ir a pasear todos los sábados por la mañana con una amiga). Con todo, la clave es que el cuidador/a se permita priorizar un tiempo insustituible para sí mismo/a. Si empieza a hacer excepciones, muy posiblemente volverá a anular sus necesidades y el tiempo que dedicaba a ello, por lo que es muy importante mantener esos hábitos.

• **No sobreproteger al familiar con TLP.** Una cosa es la angustia que sentimos cuando vemos sufrir a un familiar con TLP y algo muy diferente es que dicha angustia sea información veraz para concluir de que este no puede mejorar por sí mismo. Es relativamente común que algunos familiares refuercen la autoimagen de desvalimiento e ineficacia (el “no saber hacer las cosas solos”) que muchos pacientes sienten cuando escuchan su propia ansiedad. El choque de ambas angustias genera un efecto en escalada que perpetúa un círculo vicioso de relación entre “rescatador” y “rescatado”. Esto contribuye a que el paciente con TLP no sienta la necesidad de salir de su zona de seguridad, ya que confía en que el familiar le sacará de los problemas si estos se presentan (fantasía de rescate). Este tipo de interacción es un claro germen de la dependencia emocional patológica.

El familiar debe tener en cuenta que la única manera para que crezca el paciente es que se enfrente a las cosas por él mismo. Para ello, es conveniente que el familiar, independientemente de si el paciente solicita o no su ayuda, calibre de inicio si este ha intentado manejar la situación por sí mismo. Para poder plantearse este tipo de preguntas ha de distanciarse parcialmente de su angustia cuando vea al paciente sufrir. Esto solo se

puede lograr haciendo de inicio alguna técnica de relajación (por ej., respiración controlada, por ejemplo, inspirando contando hasta 3, parando un segundo y espirando contando hasta 3 y volviendo a esperar un segundo) que reduzca el nivel de alerta y de hiperactivación somática (por ej., taquicardia).

Posteriormente, se ha de permitir observar sin actuar, es decir, sin ocupar el papel de soporte o guía que el propio paciente debería dispensarse a sí mismo. En este punto, se corre el riesgo de lanzarle un doble mensaje (comunicación contradictoria) si se le dice, por ejemplo, que se levante de la cama por sí solo mientras se le quita la sábana para que se despiere. Conviene resaltar que las personas nos quedamos prioritariamente con lo que vemos, no con lo que se nos dice.

El siguiente punto es redefinir el rol que se tiene con el familiar que sufre. Esto se puede lograr verbalizando frases tipo: “el primer paso lo has de dar tú; yo podré ayudarte después”, “sé que sufres y también sé que puedes mejorar la situación por ti mismo”, etc. Con esto, se traslada un mensaje al paciente en donde se valida su sufrimiento, pero se discrepa acerca de su manera de gestionarlo (a veces desde la acomodación) o de las expectativas insanas que deposita en el otro al respecto (búsqueda de rescatador).

El último punto es actuar desde el nuevo enfoque, el cual prima la autorresponsabilidad y compromiso del paciente con su sufrimiento. Por ejemplo, si una persona con TLP tuviera inseguridad al hablar con extraños en una tienda, el familiar le acompañaría y le alentaría a superar su miedo (por ej., “solo lo lograrás si lo intentas”; “lo importante no es el logro, es enfrentarte a tu miedo”), pero este sería quien realizara los trámites con el asistente o comercial (por ej., cambiar una prenda).

Conviene que el familiar alabe el hecho de que el paciente se hubiera enfrentado por sí mismo a la situación temida, reforzando con ello su autocompetencia y autovalía (por ej., “lo has hecho muy bien”, “ves cómo puedes”). Es importante realizar estos refuerzos positivos selectivos, dada la alta sensibilidad que dichos pacientes tienen al reconocimiento y la búsqueda de aceptación. Igualmente también el familiar puede pedir ayuda en aspectos concretos, reforzando la conducta prosocial del paciente (por ej., “hoy estaba muy cansado, me alegro de que hayas hecho tú la compra”).

• **Reducir el ambiente crítico hacia el familiar con TLP.** El criticismo viene a significar el polo contrario de la sobreprotección. En la sobreprotección se valida el sufrimiento del paciente, pero desafortunadamente se aprueba/consiente la actitud evitadora y/o acomodada para hacerle frente. En el criticismo, se discrepa sobre la manera de (no) hacer frente a los problemas, pero se obvia e invalida el sufrimiento de

fondo que el paciente presenta tras ello. De ahí que sea habitual que el criticismo del familiar tienda a reforzar en el paciente una posición revictimizada, es decir, de incompreensión emocional tal y como le podía pasar en la infancia (por ej., “es que no me entiende”) y, también, victimista, en tanto le concede un argumento externo para no dar pasos proactivos en su mejoría (por ej., para qué voy a mejorar, si siempre va a pensar que...”).

En primer lugar, a la hora de realizar una crítica al familiar con TLP es muy importante ceñirse básicamente a la conducta concreta del presente que es reprobada, sin hacer alusión a personalismos (por ej., “es que/porque tú eres...”, ya, como tú...”), ni problemas similares en el pasado (por ej., “como siempre,...”, “para variar, ...”, “otra vez, ...”, “has vuelto...”). De esta manera, se consigue superar el estigma (por ej., “soy/eres un/a TLP”) al que muchos pacientes y familiares se agarran cuando aparece una conducta desadaptativa, la cual no siempre es explicable por el diagnóstico de base, atribuyéndose al trastorno muchos otros aspectos que pasan en otras familias por otros motivos.

A la hora de hacer la crítica, conviene tener en cuenta el contexto de la conducta-problema. Si tiene que ver con hechos puntuales o no relevantes en la vida del paciente con TLP, se sugiere realizar el comentario desde una finalidad constructiva (para mejorar) y prospectiva (de cara al futuro), principalmente a través de formas verbales en condicional e impersonales (por ej., “sería deseable que la próxima vez...”).

Es importante vigilar la expresión facial y el tono de voz cuando se emita este tipo de comentarios, ya que las personas con TLP suelen sentir elevada culpabilidad y/o rabia ante la percepción, real o distorsionada, de hostilidad en la expresión (facies) del interlocutor. Por ello, es sugerible utilizar un tono de voz sereno y pausado en vez de uno cortante, atropellado y/o elevado. El gesto facial tendría que evitar el fruncimiento de cejas, una mirada fija-helada y los labios sellados. Con todos estos detalles de la comunicación verbal y no verbal se evita una actitud inquisitiva y se potencia una orientación más centrada en la posibilidad de cambio próximo.

Por otro lado, si hablamos de conductas desadaptativas recurrentes (por ej., no levantarse de la cama en picos depresivos) o que atenten contra la salud del paciente (por ej. autolesionarse para llamar la atención) o contra la dignidad del familiar (por ej., amenazas o insultos), el comentario ha de ser más determinista e imperativo. Con ello, se busca poner límites a la situación actual, sin dar margen a la negociación. No es necesario explicar al paciente el porqué del comentario más allá del compromiso consigo mismo y/o con quien le rodea (por ej., “si quieres ir superando este momento de tristeza,

deberás levantarte; nadie puede hacerlo por ti”; “no voy a tolerar que me hables mal; puedes estar nervioso, pero no te consiento que me insultes”).

Al margen de reconducir la manera de hacer una crítica, es conveniente que el familiar se fije en lo que el paciente va haciendo mejor, por muy puntual que sea (“pillarlo” haciendo algo positivo). Con frecuencia, somos testigos de cómo algunas mejorías muy relevantes no son consideradas como tal por el familiar crispado, bien sea “porque no son suficientes”, bien “porque no valen para nada, ya que luego volverá a caer”. Esta actitud es altamente destructiva y alimenta un sentimiento de indefensión y estigma en el paciente, al considerar que haga lo que haga está mal visto por el familiar. Sobre esta cuestión, es muy relevante que el familiar refuerce cualquier avance conductual en la persona con TLP, por insignificante que a uno le pueda resultar (por ej., levantarse un día a las 10 de la mañana cuando antes lo iba haciendo a las 12 horas). Este hecho es sumamente relevante considerando que esta clase de paciente es especialmente agradecido con los comentarios positivos discriminativos, es decir, aquellos que reconocen el esfuerzo realizado en una ocasión en la línea de los objetivos terapéuticos.

Los comentarios de refuerzo deben omitir a toda costa la palabra ”pero”. Los “peros” son altamente tóxicos en el contexto de una frase en la que se quiere resaltar positivamente una conducta del interlocutor, pues invalidan una gran parte de la alabanza que se hubiera efectuado anteriormente. Por ejemplo, es menos adecuado decir “hoy te has levantado sin que te dijéramos nada, *pero* sigues sin hacerlo a tu hora” que expresar “me alegra que hayas podido levantarte por ti mismo; además de ello, intenta la próxima vez hacerlo más pronto”. Para que este tipo de mensajes no generen en el paciente una dependencia de la aprobación del familiar es importante transmitir en dichas frases nuestra satisfacción por el aumento de sus competencias y autodirección (capacidad de gestionar él/ella solo/a los problemas) más que el beneficio indirecto que ello pueda comportar en el funcionamiento familiar. Frases tipo “he visto hoy que lo has logrado...; me alegro mucho por ti”, “felicidades por haber conseguido...”, “hoy has alcanzado...; está genial para tu evolución” van en la línea de esta propuesta.

# AGOTAMIENTO EMOCIONAL

## Descripción

Cuando el ser humano está expuesto a una fuente de estrés prolongada existe el riesgo de claudicación, es decir, el cuerpo y la mente se dan por vencidos como si la batería del móvil no pudiera recargarse más. El agotamiento emocional (o *burnout*) no es, por tanto, una decisión activa del sujeto ante el afrontamiento de un acontecimiento estresante crónico o sobresaliente, sino un recordatorio de que el ser humano, independientemente de su voluntad o deseo, tiene unos límites por lo que respecta a su capacidad de resistir ante el malestar.

Conviene diferenciar el agotamiento emocional de la desimplicación. En esta última, la persona se desocupa activa y voluntariamente de aquello que le puede suponer una fuente de estrés o problema, muchas veces desde el planteamiento de que su papel o responsabilidad hacia el mismo es mínimo o inexistente (por ej., un padre que cuando se le pregunta por qué no toma medidas para que su hijo no tome drogas exhorta que “son cosas de adolescentes y tienen que aprender por sí mismos”).

El agotamiento emocional es, pues, una parada técnica que se ve forzada a hacer un coche al quedarse sin gasolina, pese a los frenéticos esfuerzos por llegar al destino final (solución del problema). En una situación de agotamiento siempre la disponibilidad de recursos (mentales, materiales, sociales, etc.) viene a ser inferior a la demanda (problema, requerimiento, etc.) que se presenta, generando un colapso en la capacidad para hacer frente a la situación que se pretende mejorar.

A nivel biológico, está “rendición” viene asociada a un aumento en la secreción de cortisol (hipercortisolemia) y de las enfermedades psicosomáticas y autoinmunes (por ej., cefaleas, psoriasis, enfermedad de Crohn). A nivel psicológico, la sensación es de cansancio extremo (apatía), desgana (abulia), tristeza e incapacidad de disfrutar ante la presencia de situaciones potencialmente placenteras (anhedonia). Por ello, muchos autores han venido a denominar estos estados de claudicación como depresión por agotamiento.

La presencia de agotamiento emocional es habitual en muchos familiares cercanos de personas con TLP. Generalmente estas personas del entorno tienen relación con el paciente desde hace muchos años y han sido testigos de las idas y venidas que conlleva la vida en montaña rusa propia del paciente (por ej., frecuentes rupturas sentimentales, discusiones familiares, cambios de residencia, etc.). Muchas de estas personas claudicadas vienen a estar representadas en las figuras de los hermano/as y los hijo/as. Habitualmente, estos hermano/as han hecho de “hermano/as mayores” o “segundos padres” del paciente durante mucho tiempo, asumiendo un papel poco gratificante y productivo ante la escasez de resultados positivos observados en la evolución del familiar-paciente (por ej., una persona con TLP sigue robando dinero a la familia para jugar a las máquinas tragaperras a pesar de que sus finanzas las controla uno de los hermanos).

En cuanto a los hijo/as claudicados, estos se solieron criar en un entorno en donde el padre/madre con TLP no pudo o supo ejercer su función parental debido a su trastorno de base (por ej., cambios emocionales constantes, incluyendo episodios depresivos que limitaban la atención a las necesidades de los hijos a cargo). En consecuencia, un subgrupo de estos menores hicieron de papá/mamá de su progenitor con TLP (inversión de rol) como manera patológica de relación en un ambiente que no permitía que pudieran ser niño/as.

Con los años, si el padre/madre con TLP mejora o está más estable, el hijo/a cuidador se permite bajar el nivel de alerta en casa, siendo justo en ese momento cuando aparecen los primeros síntomas palpables de agotamiento emocional. En otras ocasiones, no es hasta que abandonan el domicilio familiar y se independizan cuando irrumpen las señales iniciales de claudicación.

En cualquiera de los casos descritos, los síntomas de agotamiento emocional constituyen la máxima manifestación de una historia previa de sobrecarga de rol, dificultando en adelante la ejecución del papel de cuidador que hasta ese momento se ostentaba. Como consecuencia de esto, se rompe el equilibrio patológico (homeostasis) evidenciable hasta entonces entre cuidador y paciente. La ruptura de esta homeostasis deriva en última instancia en una reestructuración de la relación, la mayoría de las veces buscando el paciente otro cuidador, muchas veces en la figura de una pareja (patrón insano), o bien mejorando su autocuidado (patrón sano), mientras que el cuidador previo obligadamente se irá aislando del entorno por la falta de energía para tirar adelante. En este contexto, es muy habitual que, durante varios meses o años, el cuidador “fatigado” limite o evite el contacto físico directo con el paciente y/o la exposición a

conversaciones de gran carga emocional con este (por ej., problemas familiares).

## **Recomendaciones**

- **Poner una distancia de seguridad emocional con la persona con TLP.** Algunos familiares de personas con TLP deciden, en un momento dado, poner tierra de por medio después de sentir que no pueden más y que su allegado (el paciente) “no va a mejorar hagan lo que hagan”. Para llegar a dicho razonamiento derrotista, el familiar-cuidador ha de llegar a una situación de tal agotamiento e indefensión que, por una vez, decide priorizarse a sí mismo y saltar de este barco antes de hundirse con él. En este caso, la distancia adoptada respecto a la persona con TLP es un acto puro de supervivencia.

El familiar claudicado ha de entender que la distancia no es un acto egoísta per se, sino que constituye el último recurso que encuentra cuando otros mecanismos de afrontamiento más proactivos ante las problemáticas del paciente (por ej., dar consejo, controlar, auxiliar, etc.) no han resultado útiles y/o han superado sus capacidades emocionales y mentales. Desgraciadamente, muchos de estos familiares tienden a sentirse culpables por estas medidas “extremas”. En este sentido, el cuidador ha de tener presente que, en ocasiones, una distancia física de seguridad emocional es absolutamente necesaria para preservar, en alguna medida, la propia salud mental cuando los síntomas de agotamiento son ya claramente visibles para uno mismo y repercuten notablemente en su día a día (por ej., despistes en el trabajo que causan accidentes laborales, alta irritabilidad/hostilidad con los hijos, etc.).

El familiar que se distancia no debe confundir autocuidado con egoísmo y ha de tener en cuenta que priorizar en alguna ocasión las propias necesidades es un acto de respeto a su persona (derecho básico), incluso en contextos en donde los demás también puedan necesitar algún tipo de ayuda.

Por otro lado, muchos pacientes pueden vivir este distanciamiento como una muestra de rechazo, interpretando la falta de contacto como una señal de que nadie le va a “aguantar” y que su destino es estar solo/a. Para poder reconducir parcialmente esta interpretación, es importante hablar con antelación con el paciente acerca de la decisión que se va a adoptar (alejamiento), incidiendo para ello en dos conceptos primordiales: transitoriedad y autocuidado. Esto quiere decir que hay que dejar claro a la persona con TLP que es una medida provisional y reversible, que busca dar oxígeno/gasolina al cuidador para que, dentro de un tiempo, pueda volver a ocupar un rol más proactivo en el día a día del paciente (por ej., “necesito estar durante un tiempo centrado en mí mismo; me gustaría poder hacer más por ti, pero siento que si no doy un paso provisional hacia

atrás, caeré y me derrumbaré. Esto no quiere decir que no te quiera; lo vivo como un acto de respeto a mí mismo/a; quiero que sepas que estaré más tarde ahí, pero ahora – reitero– necesito estar por mí”).

Por norma, estos “retiros” vienen a durar pocas semanas o meses y es importante que el familiar respete su palabra por muy culpable que luego se sienta. Este *impasse* no quiere decir “cero comunicación” con el paciente (se le puede llamar por teléfono o por *whatsapp* en algunas ocasiones), pero sí máxima atención hacia uno mismo (por ej., dedicar tiempo a *hobbies*, descansar, quedar con amigos). En ese lapso, recomendamos que muchos de estos familiares claudicados acudan a especialistas en Salud Mental, ya que durante mucho tiempo han dejado de escucharse y de ser escuchados. Esta distancia solo ha de implicar al familiar-cuidador, es decir, la relación con otros allegados del entorno no debe sufrir alteraciones (por ej., en el caso de un hermano/a, el paciente debería seguir viendo a sus sobrino/as aparte, ya fuera recogiénolos en el colegio, invitándolos a su propia casa, etc.). Igualmente, en aquellos actos sociales que coincida con el paciente, el cuidador que se ha distanciado debe normalizar la conversación con este; de lo contrario, puede ser vivido como un gesto activo de rechazo. Por último, en algunas ocasiones esta distancia de seguridad emocional puede ser planteada y aprovechada por el familiar en el momento en el que el paciente ha de hacer un ingreso psiquiátrico de varios meses en un hospital de día o unidad especializada.

• **Exponer determinadas condiciones para mantener una relación periódica con la persona con TLP.** Como norma, es recomendable poner reglas a la relación antes de plantearse marcar una distancia, tal y como se ha planteado en el punto anterior. En el caso de familiares con síntomas claros de claudicación, se recomienda que estas reglas incluyan algunos de los siguientes requisitos.

En primer lugar, el paciente no debería comunicarse con el allegado para hablar de los problemas de relación que tenga con terceras personas (por ej., otros familiares), sobre todo cuando esto le pudiera causar conflicto de lealtades al familiar que recibe dicha información (por ej., si critica al hijo/a del familiar). Por esta misma regla de tres, el paciente no debería promover triangulaciones, es decir, emplear al allegado para “comunicar” mensajes a un tercero (por ej., “dile a xxx que...”), ni promover bandos o alianzas en contra de otro (por ej., “tú sí me entiendes, no como...”; “él/ella sí me entiende, no como tú”). En conjunto, todo esto quiere decir que la comunicación entre ambos ha de incluir solamente información y contenidos sobre ello/as, nadie más.

En segundo lugar, el paciente no debería comunicarse con el allegado para “vomitar” emocionalmente todo lo que se le pasa por la cabeza. Jamás ha de permitirse que las

conversaciones se conviertan en monólogos en donde el paciente escupe a ritmo atropellado y con lenguaje soez los pensamientos que se le pasan por la cabeza. En conjunto, las conversaciones entre ambos tendrían que estar dotadas de una cierta simetría. Esto quiere decir que tendrían que alternarse los papeles de emisor (quien habla de sí mismo y/o de sus problemas) y receptor (quien escucha, aconseja o recoge la carga emocional que deposita el otro), bien en la misma o en sucesivas conversaciones.

En tercer lugar, el paciente no puede hablar con el allegado en cualquier momento y bajo cualquier condición. Una relación cercana no es una “tarjeta *black*” o préstamo a fondo perdido. Salvo causa muy mayor (por ej., actos autolesivo consumado), no debe llamar a horas intempestivas (por ej., de madrugada), ni cuando esté ocupado formalmente en otros menesteres (por ej., si el allegado está en horario laboral).

Estas tres reglas básicas para limitar la comunicación entre ambos incluyen todo tipo de soporte lingüístico, incluidos los *whatsapp*, a los que suelen recurrir los pacientes frecuentemente cuando sienten urgencias emocionales. El conjunto de estas reglas debe ser explícitamente manifestado al paciente con anterioridad a su ejecución. Así mismo, se le debe indicar que se cortará o no se permitirá la comunicación en el momento en que se infrinja, realizándose para su cumplimiento actos abruptos como colgar el teléfono, irse de su casa o no responder *sms*.

Pese a las reticencias del paciente y a los propios sentimientos ambivalentes/de culpa del allegado, es sumamente relevante que se cumplan estas condiciones sin excepción. No hay mejor manera de tener credibilidad que demostrarlo con los actos; de lo contrario, las palabras pierden su valor. A la larga, esto liberará al familiar de una parte de la sobrecarga emocional sentida en la relación con el paciente. A su vez, supondrá, de algún modo, una suerte de reeducación emocional e interpersonal para esta clase de pacientes, quienes muchas veces tienden a desarrollar una conceptualización bastante egocentrista (centrada en ello/as) de las conversaciones en las que participan.

• **Expresar y compartir la carga emocional con otras personas que no sean el familiar con TLP.** Generalmente, los síntomas de agotamiento emocional del familiar son recogidos por el paciente (por ej., mal humor, comentarios derrotistas, quejas constantes), lo que comporta que se pueda sentir culpable por ello o, incluso, que lo pueda utilizar en su propio beneficio (por ej., pidiendo cosas con insistencia al familiar justo cuando lo ve más bajo de ánimo). A la larga, esta interacción entre paciente y claudicación del familiar puede actuar como factor de mantenimiento y/o agravamiento de la psicopatología del primero. Por todo ello, no es recomendable, por norma, expresar verbalmente al paciente los estados de agotamiento emocional propios. Sin embargo,

esto no debe confundirse con el silencio.

Es absolutamente necesario aprender a compartir con otras personas la gran carga emocional que puede comportar vivir 24 horas con un paciente con TLP. Pese a que muchos puedan ser racionalmente conscientes de ello, bastantes de estos familiares son reacios a delegar su cuidado en el resto (por ej., amigos, profesionales de la Salud Mental), ya que siempre han hecho prevalecer su autonomía/autosuficiencia, así como el rol rígido de soporte para con los demás. Es como si no se permitieran mostrar y dirigir la atención hacia su vulnerabilidad en cuanto es autopercebida como una posible carga para los demás y/o como un síntoma de debilidad para su Yo. En el fondo, cuando alguien llega al agotamiento emocional, no es tanto porque esté haciendo de cuidador constante del paciente, sino porque no ha decidido priorizarse en ningún momento a lo largo de este largo proceso de convivencia con la persona con TLP. El agotamiento emocional viene a ser, en última instancia, una consecuencia de la falta de autocuidado, independientemente de las condiciones socio-familiares que nos rodean. No es una consecuencia pasiva “de lo que nos ha tocado vivir”, sino de las pequeñas grandes decisiones que día tras día se toman, consciente o automáticamente, en el contexto de convivir con una persona con TLP.

Es cierto que la vorágine de vivir con alguien con TLP muchas veces no permite realizar paradas técnicas, pero nadie está exento de frenar en un momento dado, mirarse al espejo y preguntarse a sí mismo “¿y tú cómo estás?”. Realizar esa pregunta es el primer ejercicio de autocuidado con uno mismo, pues implica autofocalizarse, sincerarse, escucharse y conocerse. Aquél que esté abierto a dar este paso consigo mismo es más probable que pueda luego abrirse a ser cuidado. Llegados a este punto, muchos de estos familiares valoran y/o precisan algún tipo de soporte profesional por parte de psicólogos y/o psiquiatras. Con dicho fin, es recomendable acudir a un profesional independiente (que no trate también al familiar con TLP), el cual haga uso de un formato de intervención (individual) que permita a uno mismo ser el protagonista de la terapia. Ser escuchado por un profesional puede ser un gran paso en el proceso de validación de las propias necesidades y emociones. De este modo, uno empieza a ubicar el mundo interno propio en una escala similar de prioridad en comparación al del familiar con TLP.

Por otro lado, es muy conveniente recibir escucha activa (atenta y sin juicios de valor) por parte de gente íntima o allegada. Muy posiblemente, algunas de estas personas han sido relegadas en la medida que se ha estado excesivamente pendiente del paciente o se ha pretendido silenciar lo que le pasaba a este por temor al juicio negativo por parte de

dichos allegados.

Es importante aclarar que la revinculación con el entorno previamente desplazado (antiguos amigos, otros familiares) requiere proporcionalidad y progresividad. Proporcionalidad quiere decir que no se puede expresar constantemente el sufrimiento emocional a los allegados, pues acabaría generando distanciamiento por parte de los otros. Con dicho fin, es sugerible alternar este tipo de diálogos con otras conversaciones en las que el otro sea el foco de atención o nuestros contenidos puedan tener un tono más distendido y menos dramático (por ej., hablar de aficiones, momentos compartidos en el pasado, planear actividades conjuntas, contar chistes).

Por otra parte, progresividad quiere decir que hay que estar atentos a la inercia de la reconstrucción de la relación que va germinando con el otro. No hay que dar por hecho que el otro mostrará la misma sintonía, interés y compromiso en reconstruir la relación por el mero hecho de que nosotros ahora queramos. Inicialmente, es conveniente explicarle el porqué del alejamiento de la manera más descriptiva posible, pidiendo disculpas por ello y sin caer en justificaciones (por ej., “siento haber estado apartado de ti los últimos tiempos; me cegué en el problema de mi... y no supe ver más allá de ello; me gustaría que a partir de ahora... ¿qué te parece?”). Seguidamente, hay que permitir que la reconstrucción de la relación no sea forzada. A veces uno se aproxima, pero también hay que dejar ver cuánto quiere el otro acercarse. La única manera de determinar esto es no tomando la iniciativa siempre y esperar a ver en qué punto coloca el otro la relación, su grado de intimidad y compromiso. Tendrá que aceptarse que, en ocasiones, algunas viejas relaciones ya no podrán ser lo que eran. En ese caso, dichas interacciones no podrán entenderse como un espacio íntimo en donde pueda hablarse de nuestras preocupaciones y agobios respecto al paciente. No obstante, en otras ocasiones, la revinculación se realizará como si no hubiese pasado nada entre medio y el tiempo apenas hubiera transcurrido. Incluso en ese caso, tendrá que irse poco a poco para que el otro no sienta que está siendo utilizado como un “vomitorio emocional”.

En resumen, aquellos familiares que tengan contacto directo y continuado con una persona con TLP han de estar atentos a los síntomas de agotamiento emocional. Este alto sufrimiento no debería ser vivido en silencio, siendo aconsejable por ello salir de la situación de auto-aislamiento psíquico y abrirse a compartir con otros el malestar que comporta.

# PENA, ENFADO Y AMBIVALENCIA EMOCIONAL

## **Descripción**

La pena es un sentimiento derivado de una actitud compasiva para con el otro. A través de la pena se percibe sufrimiento en otra persona, a la que se considera carente de medios y/o recursos personales suficientes para gestionarlo y hacerle frente. Esto quiere que en la pena se ve al otro como un ser indefenso, que acaba siendo víctima de la propia situación negativa que vive.

En la pena hay un importante contagio emocional, es decir, se hacen de alguna manera propios los sentimientos del otro. La pena tiene, por tanto, un componente relevante de empatía emocional en cuanto nos ponemos en el lugar de la otra persona por lo que respecta a su manera de sentir las cosas. La pena genera, además, un sentimiento de profunda aflicción y tristeza en el que la siente, impulsando en última instancia un deseo inherente de ayudar al prójimo ante su sufrimiento. Por ello, la actitud de ayuda suele ser la manifestación más explícita de la pena que se siente hacia otra persona. La pena también lleva implícita una idea de responsabilidad para con el otro, de modo que nos lleva a una suerte de compromiso con el bienestar de aquel por el que se siente dicho sentimiento.

Existe una pena adaptativa/sana y otra desadaptativa/insana. La primera implica conectar con el fondo (sufrimiento) del paciente sin obviar las formas, intencionalidad, responsabilidad y recursos potenciales del paciente en su manifestación. Por ejemplo, cuando se siente pena por alguien que ha sido rechazado por una tercera persona (por ej., ruptura de una relación sentimental), se puede conectar con su sensación de haberse sentido abandonado y solo. Sin embargo, si dicha persona expresa ese sufrimiento de modos insanos (por ej., “si me dejas solo me mataré”, rompiendo cosas en casa), una pena adaptativa jamás las tolerará ni las justificará.

En conjunto, la pena sana es aquella que empatiza emocionalmente con el otro, pero pone límites a los modos destructivos de manifestarla, sobre todo cuando las consecuencias pueden recaer justamente en aquel que quiere ayudar (por ej., “entiendo

que ahora lo estés pasando mal; sin embargo, si quieres que esté contigo tendrás que hablarme sin chillar ni despreciarme; de lo contrario, decidiré irme”).

Por lo que respecta a la pena insana/desadaptativa, el sufrimiento percibido en el otro invade la mente de tal manera que se pierde la perspectiva o contexto en la que esta irrumpe. Como consecuencia de ello, a veces se toleran maneras tóxicas de manifestarla (por ej. gritos) y se exime de responsabilidad en su gestión al propio afectado (etiqueta de “pobrecito”). Con frecuencia, en la pena insana no se captan las reales intenciones del otro. Por ejemplo, algunas personas sienten pena desadaptativa ante conductas victimistas emitidas por el otro (por ej., “hasta ahora nadie me había tratado como tú; he tenido una vida horrible y todo el mundo me ha tratado mal...”). Es importante identificar estas verbalizaciones victimistas, las cuales buscan manipular al receptor “activando” su pena para que se mantenga en el papel de cuidador.

La pena también es insana en cuanto que genera un alejamiento y distanciamiento de las propias necesidades (por ej., tiempo personal para aficiones y amigos). El cuidador que siente pena insana solo busca nutrir emocionalmente al otro a partir de ese momento, incluso a costa de la propia salud, la cual es vista como mucho menos importante y prioritaria. En consecuencia, la pena insana tiende a llevar a una relación asimétrica donde existe un cuidador maltratado y un enfermo victimista.

El enfado es un sentimiento de molestia ante las conductas o actitudes concretas de una persona. Generalmente, es la máxima manifestación de la discrepancia, de no estar de acuerdo con el otro, de oponerse a lo que el otro expresa/hace/dice. El enfado genera una reacción psicofisiológica muy distintiva caracterizada por una sensación de bola de fuego en el pecho, la mandíbula se tensa, los ojos parecen salirse de las órbitas, la respiración se vuelve mucho más nasal y profunda, el ceño se frunce, los brazos se cruzan, las piernas están inquietas, los puños se cierran y tiemblan, etc. El enfado incita a expulsar rápidamente por la boca lo que se piensa, no tanto para negociar, sino para poner límites al otro o manifestar la indignación personal. El fin último del enfado es comunicar al otro nuestro desacuerdo y hacerle ver que “por ahí no”.

Existe un enfado sano/adaptativo y otro insano/desadaptativo. En el primero, la intención del enfado es constructiva, es decir, busca informar al otro acerca de nuestra disconformidad, inicialmente con vistas a replantear o reconducir lo que se está hablando, haciendo o decidiendo. Además, el tono de voz, pese a poder ser enérgico y seco, no se acompaña de un griterío ensordecedor. Las palabras empleadas centran la confrontación en expresar el propio enfado (“me ha molestado...”), más que señalar con el dedo acusador al otro mediante la personalización y generalización de la situación (“es

que tú siempre...”).

Por otro lado, en el enfado insano/desadaptativo no hay afán de buscar una mejoría en el trato o en la relación con el otro. Al contrario, desde un inicio y ante cualquier discrepancia se busca meramente un desahogo emocional, sin posibilidad de réplica y sin intención de construir nada. La destrucción del orgullo del otro es la finalidad. Se personaliza la crítica (“eres...”) y se trasciende el momento y contexto (“para variar...”, “como siempre...”). El uso de adjetivos descalificadores o insultos es habitual. En el peor de los casos se emplea la violencia física y/o con objetos (tirar cosas), sobre todo cuando el enfado adquiere un tono demasiado intenso (ataque de ira). En otras ocasiones, el enfado no permite discriminar entre los actos (positivos o negativos) del interlocutor y se mete todo en el mismo saco (argumento *ad hominem*). Las formas verbales más graves de enfado incluyen la humillación y la desacreditación.

Entre los familiares de pacientes con TLP es habitual observar pena y enfado insanos. La pena insana es muy habitual en las mujeres, sobre todo en las madres de dichas personas. La pena de estas progenitoras conecta con el sufrimiento del paciente, pero tolera formas claramente abusivas en la manifestación de ese malestar a su persona (por ej., gritos, amenazas suicidas, etc.). Por norma, estas madres son incapaces de conectar con el enfado adaptativo, es decir, uno que permitiera poner límites a los modos tóxicos de relación que muchos pacientes con TLP establecen con ellas cuando están sufriendo.

Estas situaciones de pena desadaptativa se hacen más flagrantes cuando la persona con TLP tiene también un trastorno por consumo de sustancias (por ej., alcohol, cocaína). En este contexto, la progenitora puede acabar tolerando las amenazas del paciente cuando este vuelve intoxicado a casa o bien acceder a sus demandas cuando le pide dinero para seguir tomando drogas. Muchas veces, estas madres tienen estrecha relación con otros familiares que más bien hacen uso de un enfado desadaptativo con el paciente. A veces, es justo esa sensación de que otros familiares no le están dando cariño lo que contribuye a que tengan una visión indulgente acerca de las malas maneras del paciente (por ej., “pobrecito/a, con todo lo que ha pasado...”; “me sabe mal...”). De hecho, algunas de esas madres reconocen que su tolerancia y permisividad a los malos modos constituye una suerte de contraprestación por la falta de trato emocional o concordia que el paciente tiene con otros allegados (por ej., “si no le doy yo cariño, ¿quién lo va a hacer?”, “no sabe pedir las cosas de otra manera”). La falta de asertividad (hacer valer y expresar los propios deseos y necesidades) es una constante en la vida de estas madres, motivo por el que no se debe circunscribir esta pena desadaptativa a la relación específica con el paciente.

Por otro lado, el enfado desadaptativo es mucho más común entre los hombres, especialmente entre algunos padres de personas con TLP. Estos padres suelen ser incapaces de valorar y expresar cualquier avance, conducta o cualidad positiva en el paciente. Son intolerantes a los “grises” y para que algo merezca alabanza debe estar constantemente bien hecho. Etiquetan al paciente como alguien que no va a cambiar, que siempre tiene una actitud indolente y manipulativa. Les cuesta aceptar que su familiar pueda tener, además, un problema emocional relevante de fondo. Muestran escasa empatía emocional. Identifican las formas tóxicas, pero no conectan con el fondo de sufrimiento. El vocerío y crispación se evidencia en el timbre de su parlamento. En sus comentarios no hay una línea argumentativa de cómo mejorar la situación (por ej., “a mí me gustaría...”; “sería más sano si...”). Al contrario, promueven la estigmatización (etiquetaje negativo) del paciente, de modo que pueden reforzar conductas insanas en el otro a modo de círculo vicioso (por ej., “ya has vuelto a... Si es que no vas a cambiar”). No tienen esperanza en el cambio del paciente. Perciben la psicoterapia con incredulidad/desconcierto y como una pérdida de tiempo/esfuerzo innecesario.

Muchos de estos padres no aceptan que su hijo/a tenga un TLP, ni asumen que los altibajos intrínsecos a su evolución conlleven conductas reincidentes (por ej., estar un día en cama tras meses sin hacerlo), pese a que estas pudieran ser menos graves y/o prolongadas.

Algunos allegados de estos pacientes pueden también alternar las emociones de pena y enfado. Esto ha venido a denominarse ambivalencia emocional y es sobre todo visto en hermano/as, hijo/as y las relaciones de pareja. Básicamente estos allegados han llegado a conectar con el sufrimiento del paciente, pero también están molestos y resentidos por las maneras inadecuadas de gestionarlos a lo largo de su vida, ya que muchas veces han sido ellos mismos los que han sufrido los daños colaterales.

Esta ambivalencia emocional también es vivida por los pacientes hacia ello/as, generando una relación ambivalente de amor-odio recíproco (relación “yo-yo”), el cual no permite a ambos estar demasiado cerca, pero tampoco demasiado lejos (ni contigo, ni sin ti). Por norma, el enfado y resentimiento surge cuando el contacto se vuelve más íntimo, mientras que la pena irrumpe en la distancia. La proximidad, el oír ciertas palabras/actitudes o el ver determinados gestos (re)activan en el familiar el enfado insano (“otra vez...”), pero la lejanía les sitúa en un sentimiento compasivo, “maternal” y con una visión del paciente como un ser desválido, que no sabe hacer las cosas mejor o de otra manera. La alternancia entre pena-enfado genera una relación caótica, contradictoria, en montaña rusa y con un altísimo desgaste para ambos participantes.

## Recomendaciones

• **Conectar con la rabia y poner límites a la persona con TLP.** Uno de los problemas básicos de alguien que no se permite experimentar rabia/enfado es creer que dicho sentimiento excluye o borra el amor/aprecio que se pueda tener por el otro. Nada más lejos de la realidad: mostrar enfado hacia alguien que se quiere es una manifestación de que uno, a su vez, también puede quererse a sí mismo. Conectar con el enfado es una señal activa de escucha a nuestro propio corazón, a lo que nos duele, a lo que nos impide crecer y ser nosotros mismos.

En última instancia, muchos familiares de pacientes con TLP no quieren reconocerse a sí mismos que aquella persona a la que aprecian/aman pueda estar siendo dañina para su autoestima y dignidad. Se acogen al sufrimiento de fondo del otro para justificar el daño que producen con sus actos/palabras, ocasionando por ello que estos pacientes puedan pasar de víctimas infantiles a verdugos adultos. Hay que recordar a estas progenitoras que ser madre no es ser un saco de boxeo que pueda ser golpeado al antojo del otro. De la misma manera que actúan con los demás cuidándolos, es de esperar que el entorno lo haga y así lo han de hacer ver a los pacientes con TLP poniéndoles límites.

Por norma, se recomienda que uno mismo escuche cuáles son sus propios derechos y necesidades (por ej., ser escuchado, ser respetado), pues muchas veces se olvidan en pro de las necesidades de los otros. Después de ello, deben recordar qué responsabilidades y obligaciones tienen los demás con el entorno (por ej., respetar, ayudar al prójimo). Generalmente, ambos tipos de variables son olvidadas por los cuidadores con pena insana.

Hacia el otro, la manera de demostrar límites ha de ser con frases cortas, firmes y taxativas (por ej., “a mí no me hables así, incluso aunque te encuentres mal”; “tu sufrimiento no te da derecho a pagarlo conmigo”; “no puedes seguir hablándome con ese tono”). Las frases deben repetirse como máximo 3 veces, ya que a mayor número de repeticiones más valor pierde cada emisión. No hay que salirse del “guion” de la frase, de lo contrario puede parecer que estamos pidiendo perdón por estar enfadados. Especialmente, hay que evitar comentarios tipo “no te lo tomes a mal”, “es que...”, “me sabe muy mal, pero...”. Ante el incumplimiento de los límites por parte del paciente, debe cerrarse el intercambio conversacional (por ej., “hablamos en otro momento”; “no quiero continuar con esto”; “te he avisado, la decisión la has tomado tú con tus actos”).

Debe tenerse en consideración que los familiares con pena insana son especialmente vulnerables a las conductas victimistas que el paciente muestre tras la imposición de

estos límites, ya sean dichos chantajes por medio de palabras (por ej., “te odio”, “ojalá no hubiera nacido aquí”, etc.) o actos (por ej., portazos). En dicho contexto, es muy importante que el familiar no busque al paciente (por ej., ir a su habitación), ni intente consolarlo. Al contrario, ha de aguantar el tiempo suficiente (a veces más de una semana) hasta que el paciente recapacite y sea este quien reinicie el contacto. De lo contrario, la muestra inicial de límites habrá sido un efecto ilusorio y el paciente se habrá salido con la suya. No hay que olvidar que lo que algunos familiares viven desde la pena, para el paciente es una pista que les informa sobre cómo manipularles y tener control sobre ellos.

En el caso concreto de las personas adultas con TLP que abusan de las drogas, los familiares que conviven con él/ella han de incorporar otras pautas que se le indicarán al paciente con antelación. Estas deben ser: 1) el familiar no facilitará el consumo de drogas en casa (por ej., permitir que cultive *cánnabis* en la terraza; fumar *cánnabis* con él/ella); 2) el familiar no participará de ningún modo en el ritual de compra de las drogas por parte o en sustitución del paciente (por ej., ir al supermercado a comprarle alcohol); 3) el familiar no le dará su propio dinero al paciente, salvo que este último justifique el gasto mediante factura (por ej., tras volver de hacer la compra en el supermercado); 4) el familiar no le abrirá la puerta de casa si hay evidencias de que acude intoxicado, incluso aunque sea de madrugada; 5) si el familiar tiene sospechas de que el paciente consume drogas en casa, puede inspeccionar la habitación de este, aunque siempre en su presencia; 6) el familiar puede expulsar de casa al paciente por tiempo indefinido si este roba objetos del domicilio para pagarse la droga o las deudas. En dicho caso, puede denunciarle como medida adicional. Si el paciente pasa la “línea roja” del robo pero el familiar decide no expulsarle de casa ni denunciarle, es innegociable que la persona con TLP acredite mediante controles de orina periódicos la abstinencia en el consumo de tóxicos (por ej., yendo a visitas en el centro de adicciones de su área de salud), a la vez que devuelva con sus propios ingresos posteriores el importe correspondiente al hurto.

Con todo esto, pretendemos indicar que la aspiración real del familiar ha de ser poner límites a los efectos colaterales que el consumo de drogas del paciente pudiera tener para la convivencia entre ambos en casa. Por extensión, esto quiere decir que es absolutamente estéril pretender hallar un método para controlar el consumo que el paciente haga en el exterior, ya sea siguiéndole, acompañándole o impediéndole que salga del domicilio. El familiar ha de aceptar la idea de que lo que pase fuera es absoluta responsabilidad del paciente y que este va a hacer lo que quiera por mucho que le duela. Esta distinción entre “casa” y “fuera de casa” puede parecer muy fría, pero pretendemos

concienciar al familiar de que una cosa es que el paciente tenga un problema con las drogas (responsabilidad del paciente) y otra muy diferente es que esto genere un efecto negativo colateral en la convivencia en casa (responsabilidad compartida).

• **Incrementar la empatía emocional y poner límites menos hostiles a la persona con TLP.** Algunas figuras del entorno de estos pacientes son vividas como muy punitivas e invalidantes. Posiblemente, esto no sea siempre una distorsión o exageración de las personas con TLP. Debido a multitud de variables personales (por ej., rigidez mental, narcisismo) y/o contextuales (por ej., estrés, agotamiento emocional), algunos familiares exhiben unas maneras muy inadecuadas de expresar el enfado. Generalmente, esta mala praxis viene acompañada de un volumen de voz muy alto y una expresión facial demasiado tosca. La importancia de controlar este lenguaje no verbal es de sumo interés con los pacientes con TLP, dada su altísima susceptibilidad a los gestos faciales, especialmente aquellos que tienen una connotación de rechazo.

Con estos familiares se recomienda, por tanto, que aprendan a emplear un gesto facial más sereno y que bajen el volumen de voz. No han de sonreír cuando muestren el enfado, de lo contrario será tomado bien como señal de burla y ofensa, bien como señal de inseguridad y falta de confianza en lo que se está diciendo. Si no mantienen un gesto facial sereno, el paciente obviará el contenido de fondo del mensaje y se dejará aturdir por el “ruido” de las formas. Muy posiblemente esta serenidad en la exposición del enfado no puedan lograrla siempre, pero es relevante mantener un compromiso con uno mismo de cara a poder ejecutarlo el mayor número de veces.

Aparte de mejorar la manera de comunicar el enfado y confrontarle, es importante emplear al inicio de estos comunicados palabras que hagan ver al paciente que se es consciente de su sufrimiento, incluso en esos momentos en los que actúa de maneras insanas (por ej., “siento que debes estar ahora pasándolo muy mal, pero...”; “creo que estás sufriendo, sin embargo...”). El empleo de estas palabras ha venido a denominarse “reflejo” y sirve para ayudar al paciente a sentirse escuchado, comprendido y empatizado. A su vez, desactiva en parte el riesgo de escalada hostil en el paciente, quien se mostrará más receptivo y menos reactante cuando se añadan posteriormente frases que muestren enfado y límites para con sus formas. En resumen, la receta ideal para gestionar el enfado insano es repartir dosis de afecto (sobre el fondo) y de control (sobre las formas) a partes iguales.

# TRASTORNOS MENTALES EN LOS FAMILIARES

## **Descripción**

Por lo general, la presencia de trastornos mentales es alta entre los familiares y allegados de los pacientes con TLP. Por norma, en estos miembros del entorno cabe diferenciar entre aquellos trastornos que son previos a la irrupción del problema emocional en el paciente y aquellas patologías que pueden ir asociadas a la gestión directa del problema emocional del paciente.

En cuanto a las patologías psiquiátricas previas, es habitual que las madres de estos pacientes tengan antecedentes por síntomas depresivos de varios meses (episodio depresivo mayor) o años de duración (distimia). También hay duelos patológicos en relación a las figuras de apego que estas mismas madres tenían con sus referentes (por ej., su propio abuelo). Estas madres suelen tener, además, rasgos límites de la personalidad, especialmente una alta vulnerabilidad emocional, dependencia en la vinculación, inestabilidad del humor, etc. Algunas de estas madres pueden haber sufrido también traumas en la infancia, que reviven (revictimización) en el contexto de los propios traumas del paciente. Por ello, también es común que estas madres tengan otros diagnósticos tales como trastorno por estrés postraumático (imágenes y pensamientos intrusivos sobre el trauma, pesadillas, etc.). La presencia de trastorno por estrés postraumático en la madre hace que la reacción que tenga ante el trauma infantil del hijo/a con TLP pueda ser distante/frío, con alto criticismo (por ej., ¿por qué no me lo dijiste antes?) o elevadísima implicación (por ej., no dejar que haga nada a solas).

Entre los padres, especialmente aquellos que no asisten a las visitas de los pacientes, es predominante la presencia de rasgos de personalidad más del polo narcisista (por ej., egocentrismo, falta de empatía), obsesivo-compulsivo (por ej., intolerancia a los errores propios o ajenos, restricción en la expresión de emociones) o antisocial (conductas delictivas, falta de compromiso en los cuidados de los demás). Este tipo de rasgos de personalidad tiende a ser vivido por los pacientes como una falta de comprensión y validación de sus emociones.

En cuanto a los hermanos, se observa un *pool* importante de varones con antecedentes por abuso de sustancias (alcohol, cocaína, *cánnabis*). Por lo general, los otros miembros de la fratría, sobre todo si el ambiente familiar de origen era desestructurado, tienden también a manifestar rasgos límites (más en hermanas) y/o antisociales (más en hermanos).

Respecto a las parejas, cabe diferenciar entre parejas transitorias y estables. Entre las primeras, es común que muchas de estas cumplan criterios de trastorno límite de la personalidad y que presenten problemas por abuso de sustancias. En los inicios de sus incursiones sentimentales, es habitual que una persona con TLP sienta más predilección hacia alguien como ello/s, pues el proceso de sobreidentificación entre ambo/as lleva erróneamente a creer que nadie puede conectar, entenderles y ayudarles si no son de su misma “pasta”. Este proceso inicial de “luna de miel” viene posteriormente acompañado de una fase de tirantez entre ambos miembros y, finalmente, en la ruptura “dramática” o fase de micro-rupturas periódicas (ahora sí, ahora no). Por el contrario, un subgrupo de parejas estables de pacientes con TLP tienden a un perfil muy diferente en la manera de establecer los lazos sentimentales. Estas parejas estables suelen ser gente con baja asertividad de base, tendiendo a reprimir la rabia y a culpabilizarse/responsabilizarse de todo lo que pasa a su alrededor. Esta tendencia en dicho perfil de pareja suele derivar en agresiones intermitentes (verbales y/o físicas) por parte del miembro con TLP.

En general, todos los problemas psiquiátricos referidos, si bien suelen ser previos a la irrupción del problema en el paciente con TLP, también pueden verse exacerbados en el contexto de vínculo para con ellos, de modo que las patologías de ambos miembros de la relación se ven reforzadas y exacerbadas.

Por otro lado, existen diversas patologías psiquiátricas que pueden emerger en los allegados en el contexto de ir gestionando el problema en el familiar con TLP. Por ejemplo, es relativamente común que algunas madres presenten preocupaciones constantes acerca del problema del paciente, con dificultades para dormir, estar continuamente en “alerta”, hipervigilancia, tensión psíquica, etc. (por ej., si vuelven a casa, qué hacen, etc.). En conjunto, muchas de estas progenitoras reciben un diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada.

Por otro lado, las hijas de los pacientes con TLP son un grupo de alto riesgo para la psicopatología en general, destacando a partir de la adolescencia media (14-16 años) por la presencia de trastorno/rasgos límite de la personalidad, depresión mayor, trastornos de la conducta alimentaria (por ej., atracones y vómitos autoinducidos compatibles con bulimia nerviosa).

Además, los hijos varones de madres con TLP son propensos a trastornos de conducta o trastorno negativista desafiante desde la infancia (niños retadores), especialmente si se han criado en ausencia de la figura paterna, ya sea por fallecimiento, desimplicación del propio progenitor, divorcio traumático entre los padres, residencia en otro país, etc. Muchos de estos varones, si la madre con TLP no pone límites, acaban desarrollando conductas antisociales confinadas o no al medio familiar, incluyendo violencia física, amenazas, etc. A su vez, estas madres, que pueden tener traumas por maltratos previos (por ej., de un “ex”, del padre, etc.), pueden revivir a través de la hostilidad del menor esa vivencia (revictimización).

Por lo que respecta a las parejas estables, no es extraña la presencia de cuadros ansiosos (por ej., trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada) derivados de haber sido testigo directo y “rescatador” tras una tentativa autolítica (suicida) en el miembro con TLP. Una mayor parte de estas parejas reconoce en consulta el impacto que supone recoger a la pareja, llevarla a urgencias y verla ingresada en un dispositivo psiquiátrico. A su vez, cuando regresan a casa, el temor a que vuelvan a autolesionarse les sitúa en un estado de preocupación constante.

## **Recomendación**

Cualquier familiar que presente alguno de los diagnósticos psiquiátricos referidos en líneas previas precisaría en algún momento de su evolución de un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Es importante que este tratamiento sea realizado por un profesional que no sea aquel que atiende al allegado con TLP. De lo contrario, se corre el riesgo de que se genere una triangulación (relación a tres bandas) en la que ambos familiares sitúen al profesional común en el centro de sus discusiones (por ej., “pues él/ella me dijo que tú...”). Este seguimiento individual ha de ser independiente de si participa o no puntualmente en algunas sesiones dentro de la terapia general del allegado con TLP (por ej., terapia de pareja, parento-filial y/o familiar).

Se debe entender que el tratamiento de los problemas emocionales en el allegado es importante tanto para él mismo como para la evolución del miembro con TLP, especialmente si ambos familiares tienen relación estrecha y/o conviven. Desafortunadamente, son pocos los familiares que asisten a una terapia individual por iniciativa propia, hecho que motiva que muchas veces seamos los profesionales de los pacientes con TLP los que lo sugiramos cuando identificamos alguna psicopatología (por ej., ansiedad, depresión) en las sesiones puntuales con ellos. Normalmente, estos familiares están tan centrados en el sufrimiento del paciente con TLP que minimizan la

relevancia de sus propios problemas emocionales. Es necesario que sepan que todo cuidador/a precisa también ser cuidado/a, independientemente de su fortaleza de base (“...es que yo siempre había podido con todo”).

A pesar de las dudas acerca de si informar o no al paciente con TLP sobre su seguimiento en Salud Mental, nuestra recomendación es que se trate con la mayor normalidad posible. Esto quiere decir que no hay que forzar informar sobre ello, pero tampoco obviarlo si la situación fuera de tal nivel de intimidad que pudiera generarse por inercia. Lo que tiene que evitarse a todos los niveles es atacar al paciente con TLP con dicho pretexto en el contexto de una discusión entre ambos (por ej., “mira cómo me pones; ¡por algo tengo que ir al loquero!”). Esto solo generaría sentimientos ambivalentes (rabia y culpa) en el paciente con TLP.

Por otro lado, informar sobre este seguimiento no tiene nada que ver con relatar algunos detalles personales no relacionados directamente con el paciente con TLP. En concreto, nuestra recomendación es que si una madre también sufrió en su infancia abusos sexuales, esta información no debería comunicarse al paciente con TLP, ni siquiera para poder “explicarle” algunas conductas insanas que con el tiempo haya podido tener con él/ella (por ej., estilo educativo sobreprotector). De hacerlo, se corre el riesgo de que el paciente con TLP se sobreimplique y quiera ejercer de auxiliar terapéutico suyo/a.

# III

# SITUACIONES PROBLEMÁTICAS COMUNES Y PAUTAS DE AFRONTAMIENTO

# PENSAMIENTO Y CONDUCTA (PARA)SUICIDA

## **Descripción**

La idea suicida es un pensamiento opuesto al instinto de supervivencia y de preservación de la vida. Dada la tendencia de los pacientes con TLP a moverse en la vida como equilibristas, es muy raro el paciente con este diagnóstico que no haya presentado y coqueteado con este tipo de pensamiento en algún momento de su curso evolutivo. Dicho esto, tener una idea suicida no equivale a suicidarse. Por tanto, ha de entenderse el pensamiento suicida como el primer escalón de muchos otros que, solo en determinados casos, acaba en el suicidio. Partiendo de esta visión, el continuo representado por ambos polos comprendería, pues, los siguientes conceptos: pensamiento/idea suicida, acto parasuicida (o autolesión no suicida), suicidio frustrado y suicidio.

El pensamiento suicida es cuasi intrínseco al diagnóstico de TLP e incluye toda una serie de peculiaridades que denota su mayor o menor gravedad, especialmente por lo que respecta a su constancia y grado de elaboración. Conviene matizar desde un inicio que una mayoría de pacientes son volubles a lo largo del tiempo en cuanto a las características clínicas que definen sus pensamientos suicidas.

Respecto a la constancia, algunas personas con TLP presentan ideas suicidas constantes en el flujo de su pensamiento (consciencia) diario. Normalmente, estas ideas suicidas constantes están asociadas a la angustia del vacío existencial (“no soy nada”), sobre todo cuando este último síntoma caracteriza sobremanera al paciente en cuestión. Por otro lado, algunos pacientes presentan las ideas suicidas solo en momentos de crisis emocional, permaneciendo estas encapsuladas (alejadas de la consciencia) entre episodios. Normalmente, estas crisis emocionales van acompañadas de profundos sentimientos de rechazo (real o percibido), culpabilidad extrema, desesperanza acerca del futuro, crisis de angustia, etc. Aunque las ideas suicidas constantes generan un sufrimiento psíquico prolongado al paciente, lo cierto es que son las segundas (intermitentes o en crisis) las que suelen predecir en mayor medida el comportamiento suicida, pues van unidas a un componente emocional más intenso.

Respecto al grado de elaboración, no es lo mismo una idea suicida basada en “no querer vivir” (pasiva) que una fundamentada en “querer morir” (activa). Generalmente, una mayoría de personas con TLP indica que sus ideas suicidas son activas, pero lo cierto es que, tras una minuciosa entrevista, se entrevisté que bastantes de estas suelen ser más bien pasivas y están asociadas a “querer dejar de sufrir”. Por regla, las ideas suicidas pasivas revisten menor gravedad, ya que se mantienen más alejadas de la comisión del acto suicida o bien emplean métodos menos lesivos en caso de ejecutarse (por ej. cortes en antebrazos). De hecho, muchos pacientes con TLP que tienen habitualmente ideas suicidas pasivas tienen también un intenso miedo a morir y no se sienten “cómodos” en ningún “lado” en la frontera entre la vida y la muerte. Por el contrario, quien manifiesta ideas suicidas activas es más probable que cometa actos suicidas más complejos y letales (por ej., ingesta de lejía, cetoacidosis diabética, defenestración por terraza/azotea, etc.), independientemente de la “suerte” final derivada de dichas conductas.

El acto parasuicida o autolesión no suicida es el siguiente peldaño en este escalón. Al igual que el pensamiento suicida, es común en una mayoría de personas con TLP, sobre todo cuánto más joven se es, ya que existen mayores niveles de impulsividad e inestabilidad emocional y menor conocimiento del trastorno y su manejo por parte del paciente. Algunos estudios sugieren, además, que la conducta parasuicida tiene un componente sociocultural. De hecho, es sabido que alguno/as de estos jóvenes imitan y/o incitan a los comportamientos autolesivos a compañero/as de la escuela y a través de *chats* procedentes de páginas *web* de dudosa utilidad clínica. El acto parasuicida no busca la muerte per se, pero desgraciadamente algunas personas con TLP acaban con su vida por accidente, temeridad o “mal cálculo” en el contexto de este tipo de actos (por ej., un paciente que realiza una sobreingesta de medicamentos y alcohol pensando que el familiar llegará a casa 15 minutos más tarde; sin embargo, este último se retrasa, falleciendo el primero por no recibir auxilios médicos). En otras ocasiones, la persona acaba “jugando” y experimentando tantas veces con esta clase de conductas que termina por plantearse un verdadero acto suicida (por ej., sobredosis letal de aspirina, cortarse las venas).

Los métodos parasuicidas más comunes son los cortes superficiales en antebrazos, las quemaduras con cigarrillos y las sobreingestas con sustancias (por ej., dosis no prescritas de las medicaciones psiquiátricas). Sin embargo, existen otros muchos procedimientos tales como pegarse/golpearse en la cara, algunas formas de masoquismo sexual o ayuno (restricción alimentaria por no “merecer” nutrientes para mantener vivo el cuerpo), azotarse en la espalda, pellizcarse, etc.

Existen tres motivaciones básicas para la autolesión no suicida: reducir el dolor psíquico, castigarse y movilizar al entorno. Es importante remarcar que estas motivaciones pueden confluir en diferente medida en el mismo acto y/o bien ir alternándose a lo largo de la trayectoria lesiva del paciente. Respecto a la primera motivación, son muchos los pacientes que comentan que el dolor psíquico es mucho menos tolerable que el físico, de ahí que incurran en la autolesión no suicida. De hecho, estudios experimentales han demostrado que los pacientes con TLP tienen una mayor tolerancia al dolor físico que las personas sin este diagnóstico. Además, la autolesión no suicida va biológicamente unida a la liberación de opiáceos endógenos (hormonas del placer), es decir, a una sensación subjetiva de bienestar y liberación mental con el acto. La producción de esta clase de hormonas es uno de los indicadores más claros del carácter adictivo y compulsivo que algunos pacientes refieren en relación a dichos actos. En conjunto, el uso de esta conducta para reducir el dolor psíquico viene a suponer que muchos pacientes emplean la autolesión no suicida como un mecanismo insano de autorregulación (compensación/equilibrio) emocional.

Por otra parte, es habitual que las autolesiones no suicidas sean también una manera de castigarse. Esto lo vemos sobre todo en personas con TLP que tienen un sentido patológico de la responsabilidad, en la cual se culpan de casi todo o bien no saben canalizar la rabia hacia el exterior (por ej., tras una discusión). Generalmente, este tipo de motivación es la que comporta un mayor riesgo de escalada letal a medio/largo plazo, sobre todo cuando el paciente se siente un ser indigno y una carga para los demás.

Por último, y aunque se tiende a considerar en la actualidad un tema estigmatizante (etiqueta peyorativa y generalista), lo cierto es que bastantes personas con TLP han presentado/presentan autolesiones no suicidas con un claro componente movilizador, es decir, manipulador del entorno. De hecho, en las terapias de grupo una mayoría reconoce haberlas empleado en alguna ocasión con dicho objetivo principalmente. En este caso, la autolesión ya no es diálogo insano con uno mismo, sino una conversación perversa con el otro, en la que uno pretende salirse con la suya a casi cualquier precio (por ej., llamar su atención, conseguir beneficios en forma de cuidados, medios materiales, etc.). Por norma, la autolesión movilizadora es evidenciable en personas con un alto temor al rechazo interpersonal, sobre todo si tienen una alta dependencia emocional pero, a la vez, dificultad para reconocer la necesidad del otro. En este caso, es habitual el uso de amenazas (pre-acto) o avisos (post-acto) suicidas mediante notas escritas, *whatsapp* o llamadas de teléfono. Esta clase de autolesión tiene, por tanto, un alto componente de rescatabilidad (potencial ayuda proporcionada por allegado). Además, a diferencia de las

otras dos funciones autolesivas, el paciente no suele ocultar la autolesión si esta ha dejado huellas visibles (por ej., en el caso de cortes en antebrazos, se arremangará la camiseta y pondrá “disimuladamente” los antebrazos al descubierto).

A diferencia de la autolesión no suicida, el suicidio frustrado es un verdadero acto letal fallido en contra de la voluntad del sujeto. Situaciones de estas las vemos en defenestraciones (por ej., tirarse a las vías del metro y ser rescatado por un guardia, sufriendo “solo” la amputación de las piernas al paso del *convoy*; intento de ahorcamiento, rompiéndose la cuerda y produciendo taras cerebrales por la anoxia y la caída). Más allá de las secuelas neurológicas y médicas, los suicidios frustrados generan un importante sentimiento de vergüenza en el paciente suicida, aunque en otras ocasiones, sobre todo si los daños médicos colaterales son mínimos, son vividos como una segunda oportunidad. Con todo, quien llega a acometer un acto suicida frustrado está en claro riesgo de acabar cometiendo un suicidio consumado más tarde.

Los estudios indican que el suicidio consumado es constatable en el 5-10% de las personas con TLP. Existen distintos predictores para la escalada suicida consumada: 1) edad más avanzada (50 o más años); 2) co-ocurrencia de abuso de sustancias y/o depresión mayor (incluyendo síntomas de desesperanza o expectativas negativas/nulas acerca del futuro de uno mismo); 3) autolesiones no suicidas recurrentes y en escalada de letalidad; 4) falta de apoyo socio-familiar o aislamiento; y 5) baja/nula adherencia al tratamiento en Salud Mental. A mayor número de estos factores de riesgo conjuntamente, mayor probabilidad (que no certeza) de que la persona con TLP consuma el suicidio.

## **Recomendaciones**

- **No sobreimplicarse si el familiar con TLP presenta pensamiento suicida pasivo (no querer vivir) y/o conductas parasuicidas.** Pese a la lógica y humana preocupación que muchos allegados expresan acerca de los pensamientos pasivos de muerte y/o los actos parasuicidas del paciente, lo cierto es que una actitud sobreimplicada puede incrementar aquello que se pretendía controlar. La sobreimplicación del allegado respecto al pensamiento pasivo de muerte y la conducta parasuicida del familiar con TLP recoge distintas manifestaciones recurrentes. Entre estas conductas reiterativas, cabe destacar: 1) preguntarle si le siguen viniendo los pensamientos de no querer vivir; 2) observarle minuciosamente a distancia; 3) no dejarle solo/a en casa nunca; 4) comprobar si tiene heridas en los antebrazos; 5) administrarle la medicación controladamente durante semanas, sin que tenga acceso a la misma; 6) buscar y/o requisar las cuchillas

con las que pudiera cortarse; 7) mandarle *whatsapps* preguntándole continuamente si todo va bien; y 8) hablar con amigo/as suyos sin su consentimiento, etc.

En general, todas estas medidas suelen incrementar la frecuencia de estos síntomas y reforzar las conductas al potenciar la atención en los mismos (hiperfocalización) tanto por el paciente como en el seno de la relación que este tiene con el allegado. Como consecuencia de esto último, puede incrementarse la desconfianza, irritabilidad y capacidad manipulativa (poder) que el paciente tenga con el allegado, generándose una atmósfera emocional irrespirable. Por ello, en la medida de lo posible, estos síntomas clínicos no deben ser motivo de interacción, explícita o tácita, en la dinámica familiar.

Como norma, el manejo de estos peldaños en el continuo suicida ha de recaer en el paciente en colaboración con su profesional, quien le aportará las pautas para reducir su frecuencia, riesgo o potencial lesivo. Con el terapeuta, el paciente aprenderá que lo importante no es tener o no pensamientos suicidas, sino saber cómo manejarlos mentalmente y reducir el riesgo de paso al acto (para)suicida. En cuanto a esto último, el paciente aprenderá a través del terapeuta a entender las motivaciones subyacentes, disminuir su frecuencia y evitar la escalada en su gravedad.

El familiar ha de ser consciente de que es esperable que, a lo largo de la evolución del paciente, pensamientos pasivos de muerte y actos parasuicidas puedan irrumpir en algún momento, motivo por el que el objetivo real es reducir la severidad/gravedad de los daños potenciales y no tanto si estos aparecen o no. Con ello no se pretende minimizar o dulcificar la gravedad de estos síntomas, sino normalizar en cierto punto su aparición en la medida en que son características primarias en alguien diagnosticado con TLP. El familiar ha de tenerlo claro: por mucho agobio que le genere, su radio de acción en esta temática ha de estar condicionado a las pautas psicoterapéuticas recomendadas por el profesional del paciente. Todo lo que se salga de dicho margen repercutirá negativamente en la evolución de estos síntomas clínicos.

• **Poner límites si el familiar con TLP presenta conductas suicidas activas (querer morir) y/o conductas parasuicidas manipulativas.** Una cosa es eliminar la sobreimplicación y otra muy diferente es no actuar cuando aparecen algunos condicionantes que envuelven el pensamiento suicida o el comportamiento parasuicida. Por ejemplo, si el paciente está pendiente de un ingreso psiquiátrico por ideas suicidas activas o sale de este tras una tentativa autolítica seria (por ej., venoclisis o cortarse las venas) es recomendable realizar una transición de varios días (no más de una semana) en la que suele estar acompañado/a en casa, sobre todo si ese periodo coincide con alguna

fecha significativa (por ej., aniversario de la muerte de su perro). Por otro lado, durante dicho lapso, es sugerible un cierto control observacional de la medicación que va tomando (por ej., depositando los *blísters* en la cocina). Así mismo, en este tipo de situaciones debe estar prohibido el uso de pestillos tanto en la habitación como en el baño.

Otro tipo de límites son aconsejables cuando el paciente va progresivamente incrementando la letalidad del acto parasuicida (por ej., aumentando la dosis de la sobreingesta medicamentosa) y/o bien este se produce o se anticipa (amenaza) con la finalidad de generar un cambio en la dinámica de relación entre paciente y allegado (por ej., “si te vas con los amigos, me mataré”). En estos casos, la familia ha de confrontar al paciente acerca de la actitud y responsabilidad que está teniendo sobre dichos síntomas. No se le ha de cuestionar el mayor o menor sufrimiento emocional subyacente, sino la manera insana, tóxica y perjudicial que conlleva su gestión a través de estos actos parasuicidas. Los límites han de ser especialmente certeros si se producen amenazas de hacerse daño en el contexto de una discusión acalorada (presencial o por *whatsapp*) o cuando el familiar no accede a una petición del paciente (por ej., no quedar con amigos al margen de este). En esas situaciones, recomendamos frases firmes tales como: “no puedo decidir por ti; es tu responsabilidad”, “tú tienes la última palabra; da igual lo demás”, “en tus manos está gestionar tu malestar de una manera sana o insana”. El familiar también ha de transmitir al paciente que depende de este consumir el acto o bien prevenirlo mediante recursos propios o intervenciones en crisis, las cuales son brindadas por muchos psicoterapeutas como parte del contrato terapéutico entre profesional-paciente.

Si, a pesar de los límites y sugerencias, el paciente mantiene constante e irreductible la amenaza suicida, recomendamos encarecidamente cortar todo tipo de comunicación (incluso dejar de vivir juntos) durante un lapso de tiempo determinado. Además, si estas amenazas se consuman en actos parasuicidas es muy aconsejable que los familiares no vayan a visitarle mientras permanezca ingresado, previo acuerdo con el psicoterapeuta referente. Generalmente, hemos visto cómo la distancia ayuda al paciente a darse cuenta de la gravedad de manipular al ser (mal)querido mediante comportamientos y amenazas parasuicidas. Como consecuencia de ello, esta clase de síntomas clínicos tiende a bajar en frecuencia y gravedad.

• **Actuar con neutralidad empática si el familiar con TLP presenta conductas parasuicidas autopunitivas (autocastigo).** Muchos pacientes con TLP emplean algunas

conductas parasuicidas como un mecanismo de autocastigo por haber infringido estándares morales patológicos (“es siempre adecuado...”). Este hipermoralismo está muy unido a un sentido exacerbado de la responsabilidad para con el mundo, de modo que se sienten culpables últimos de muchas cosas que no tienen que ver con ellos. En otros casos, la intolerancia al error y la inflexibilidad mental (por ej., no aceptar excepciones) disparan los actos parasuicidas autopunitivos en el contexto de un Yo hipercrítico, sin capacidad de tener ninguna actitud empática si no cumplen a la perfección un objetivo autoimpuesto (por ej., sacar todo notables). Hipermoralismo e hipercriticismo no solo promueven algunas conductas parasuicidas, sino que se exacerbaban tras el acto, ya que algunos de estos pacientes percibirán con antelación el daño que puede haber causado al entorno y/o el malestar que les comporta como consecuencia de sentirse una carga para ellos.

Es en estos casos donde recomendamos que los familiares no tiendan ni a la sobreimplicación ni a la imposición de límites, pues el paciente ya sabe que ha realizado una conducta insana y que es su responsabilidad prevenirla en adelante. Las conductas sobreimplicadas serán traducidas por el paciente como señal de ser una carga, mientras que los límites serán digeridos como síntoma de haber decepcionado a los otros. Si el familiar emplea una de estas dos opciones, el riesgo de un nuevo acto parasuicida de mayor letalidad irá in crescendo. Por lo general, es recomendable una actitud sosegada y serena (evitar llorar o abrazar desconsoladamente), incluso en la fase inicial tras el acto en el *box* de urgencias. El paciente posiblemente preguntará al familiar, directa o indirectamente, si se ha enfadado o está molesto. Es recomendable decirle que se le quiere y aprecia por quien es, independientemente de lo que haga. También ha de apostillarse que se confía en él/ella y que los daños eventuales de lo sucedido son principalmente para él/ella, no para el entorno. Por último, se le ha de transmitir la idea de la familia quiere y desea que se mejore, pero que de algún modo acepta que estos altibajos pueden formar parte de la evolución del problema emocional. Habitualmente, cuando el familiar ejecuta esta serie de pasos tras un acto parasuicida autopunitivo, el riesgo de reincidencia autolesiva disminuye ostensiblemente.

Conviene matizar que las motivaciones subyacentes al acto parasuicida recientemente cometido (por ej., ¿hay un componente más manipulativo o más de autocastigo?) muchas veces solo puede ser determinada por el psicoterapeuta previa entrevista con el entorno y con el mismo paciente. Por lo tanto, la medida más adecuada a adoptar por los familiares (¿límites o neutralidad empática?) tras un acto parasuicida que haya requerido un ingreso psiquiátrico deberá ser acordada con este referente clínico.

# AGRESIVIDAD MANIFIESTA Y CONDUCTAS PASIVO-AGRESIVAS

## Descripción

La agresividad es la expresión de hostilidad hacia el exterior y suele ser una manifestación habitual en las personas con TLP. Sin embargo, los modos y motivos para su irrupción varían mucho entre individuos e incluso en la misma persona a lo largo del tiempo. Además, estos modos y motivos pueden solaparse en la misma persona en idéntico momento. Con todo, conviene matizar que la agresividad de la persona con TLP puede no ser solo responsabilidad del propio paciente, sino que el entorno puede tener un papel en el origen y/o mantenimiento de la misma (co-responsabilidad).

De manera general, existen tres maneras de manifestar la agresividad: física (por ej., peleas a puñetazos), hacia objetos (por ej., romper puertas/platos/móviles) y verbal (por ej., insultos, amenazas, silencios). Por norma, la agresividad física y hacia objetos disminuye en la medida que la persona con TLP va cumpliendo años. En la adultez temprana es cuando tienen más peleas y, con ello, más problemas con la justicia derivados del uso de la violencia física. Estas peleas son relativamente comunes con vecinos, parejas (violencia doméstica), en ambientes de ocio (enfrentamientos entre bandas/pandillas) o simplemente en una discusión de tráfico.

La agresividad verbal es la más común y engloba a todo tipo de interacciones socio-familiares (por ej., con la madre) e incluso las relaciones laborales (por ej., con otros empleados). Las personas con TLP más impulsivas directamente emplean el insulto y las amenazas. Sin embargo, aquellos pacientes con más autocontrol y cociente intelectual (inteligencia) usan formas más sutiles que abarcan el sarcasmo/ironía, las amenazas verbales parciales (“pullitas”) y el silencio desafiante. Este último viene a ser una manera de (no) manifestar el enfado a través de la aparente indiferencia, en donde el gesto facial serio y la falta de colaboración sugieren claramente que la persona en cuestión no está cómoda a nuestro lado. Sin embargo, cuando se le pregunta acerca de ello, la persona con TLP no dirá nada o simplemente esgrimirá que no hay motivos para

que estuviera enfadado (por ej., “no me pasa nada”). Esta discordancia entre lenguaje verbal y no verbal en la que la expresión de enfado es indirecta y ambigua ha venido a llamarse conducta pasivo-agresiva.

La agresividad también puede clasificarse según sea impulsiva (en cortocircuito) o no impulsiva (demorada/planificada). Generalmente, la agresividad impulsiva comporta posteriormente sentimientos de culpa, aunque el paciente no lo reconozca después a la gente debido a un sentimiento de orgullo patológico. Por el contrario, la agresividad planificada/demorada acumula mayores niveles de odio en el interior de la persona, enquistándose mediante la generación de rumiaciones constantes sobre lo sucedido (por ej., pensamientos de tipo “ese cabrón se va a enterar...”).

Por norma, la agresividad planificada/demorada está asociada a una mayor herida en la autoestima (Ego/Yo), de forma que los hechos de los que deriva son vividos como una alta afrenta o humillación personal. Es por ello que la agresividad planificada/demorada se autojustifica más y, por ello, carece de la autocrítica (culpa) normalmente relacionada con la agresividad impulsiva o en cortocircuito. Generalmente, las personas con TLP que hacen uso de la agresividad planificada no solo son menos impulsivas, sino que presentan mayores niveles de egocentrismo o narcisismo (amor propio patológico).

Por último, la agresividad también puede clasificarse según su grado de generalización. Por norma, conviene diferenciar entre la agresividad puntual y la agresividad generalizada. En la primera, el paciente reacciona con ira en el contexto de una situación determinada. En estas situaciones concretas pueden incluir factores biológicos que aumentan la desinhibición o descontrol del paciente (por ej., abuso o abstinencia de cocaína, alcohol, *cánnabis*, fase pre-menstrual, etc.) y/o bien algunas variables psicológicas.

Entre los factores psicológicos, conviene destacar las reacciones paranoides y los elevados sentimientos de (in)justicia. Como premisa, ambos tipos de variables psicológicas están relacionadas con una forma particular que tienen las personas con TLP a la hora de concebir las relaciones humanas. Concretamente, muchos de estos pacientes consideran que las relaciones humanas suelen ser casi siempre egoístas y basadas en la motivación de poder (ganar *versus* perder, abusador *versus* abusado). Esta preconcepción de las relaciones humanas está muy relacionada y condicionada por vivencias reales de negligencia/abuso emocional sufridas en su infancia (por ej., insultos por padre/s, *bullying*). Una vez son adultos, perciben de antemano las interacciones como asimétricas (desiguales), en donde una persona es la dominante y la otra es la sumisa. En dicho contexto, las reacciones paranoides se producen cuando el paciente se

siente juzgado/criticado, activando sentimientos crónicos y profundos de inferioridad, que a veces adquieren la forma concreta de celos o envidia. En las reacciones paranoides, estos sentimientos personales de inferioridad no son aceptados por el paciente y, desgraciadamente, son percibidos como si vinieran en el presente desde el exterior en forma de desacreditación, burla u ofensa. Este mecanismo por el cual el paciente con TLP atribuye al otro unos sentimientos negativos realmente propios ha venido a denominarse proyección. Además, las evidencias externas que estos pacientes emplean para confirmar estas reacciones paranoides suelen ser muy ambiguas (por ej., “se reían en la mesa de al lado”, “me miraba raro o fijo”), sin advertir que muchas veces son ocasionadas por ellos mismos en cuanto que presentan una actitud hipervigilante (observar constantemente) que llama la atención en el entorno.

En algunas ocasiones, la agresividad derivada de estas reacciones paranoides puede ser altamente premeditada y ser servida en plato frío. De hecho, algunas de estas personas guardan en forma de rencor el daño percibido y son capaces de esperar el tiempo necesario para consumir la venganza y cerrar así el círculo, de modo que dejan de ser víctimas y pasan a ser verdugos.

Por lo que respecta a los sentimientos elevados de (in)justicia, cabe reseñar que bastantes personas con TLP se atribuyen el rol de *sheriff*, de adalid de las causas perdidas y de los indefensos. La violencia es justificada en pro de la humanidad. Son especialmente sensibles al daño que perciban que se realiza hacia grupos vulnerables, ya sean ancianos, niños o animales (por ej., perros). De hecho, muchas profesiones, *hobbies* y movimientos asociativos que desarrollan guardan relación directa o indirecta con ello (por ej., auxiliar de enfermería/geriatria, asociaciones animalistas). Con frecuencia, este sentimiento viene motivado por un sentido de la moralidad muy rígido (inflexible) y dicotómico (en blanco o negro). Este hipermoralismo conlleva que tengan un concepto muy acentuado del bien y el mal, sin términos medios ni excepciones a la regla general.

En muchos de estos pacientes, este sentido elevado de (in)justicia también tiene relación con la hiperempatía emocional, es decir, una sobreidentificación con los sentimientos de agravio/indefensión del otro en la medida que ellos mismos pudieron sentirse en algún momento en dicha situación emocional en su infancia (e incluso adultez). De alguna manera es como si revivieran (revictimización) sus propios traumas emocionales del pasado cuando ven sufrir a otra persona en el rol de víctima indefensa. Además, muchos de estos pacientes *sheriff* son incapaces de conectar en el presente con esos sentimientos de fragilidad propios (haber sido víctima), en gran medida debido a una altísima necesidad de invulnerabilidad (parecer siempre fuerte). En general, las

conductas derivadas de la hiperempatía emocional en el TLP son una manera de cuidar al otro como les hubiera gustado a ellos mismos ser tratados/auxiliados en el pasado.

En cuanto a la agresividad generalizada, no se produce una reacción a una situación concreta, sino que el paciente se encuentra en un estado de irritabilidad que repercute (“quema”) a todo lo que le rodea. Existen variables biológicas y psicológicas que incrementan los niveles de irritabilidad del paciente. En cuanto a las primeras, el insomnio en sus múltiples formas (sueño fragmentado, despertar precoz, dificultades para conciliar el sueño) guarda una estrecha relación con la irritabilidad que puede presentar el sujeto a lo largo del día.

En cuanto a las variables psicológicas, la baja tolerancia a la frustración se relaciona directamente con los niveles de irritabilidad del paciente. De hecho, a muchas de estas personas les cuesta aceptar lo que no pueden conseguir, sobre todo si este impedimento deriva del control que otra/s persona/s pueda/n ejercer sobre sus objetivos a través de la imposición de límites (por ej., diciéndoles No). En este sentido, la baja tolerancia a la frustración puede derivar de una alta necesidad de control (hipercontrol) y de logro (salirse siempre con la suya) con todo lo que esté relacionado con su vida.

Adicionalmente, existen también otras variables psicológicas (emocionales) relacionadas indirectamente con la irritabilidad. Por ejemplo, es sabido que muchas personas con TLP no toleran sentir y expresar algunas emociones primarias (las que realmente tienen), sobre todo aquellas que relacionan con el pensamiento de que puedan ser vulnerables o débiles (por ej., tristeza/depresión, ansiedad/miedo). En este sentido, la irritabilidad emerge como una emoción secundaria, que viene a expresar de manera distorsionada las emociones primarias referidas. Esto quiere decir que muchas personas con TLP se sienten más cómodas expresando todo tipo de emociones bajo el paraguas de la irritabilidad, aunque realmente no sea lo que sientan en lo más profundo de su corazón.

## **Recomendaciones**

- **Prevenir la escalada agresiva en la persona con TLP.** Generalmente, los familiares suelen conocer los “síntomas” preliminares que preceden a la conducta violenta en la persona con TLP. Horas antes de la “explosión” se puede observar que este se aísla más, está más inquieto, se irrita más fácilmente, se queja de todo, la mirada se vuelve más agitada, etc. Además, justo antes de que pueda estallar la situación en el contexto de un intento de conversación, el paciente suele incrementar la actitud amenazante (por ej., empieza a elevar la voz, señala con el dedo constantemente, comienza a acusar). En este

tipo de situaciones siempre es preferible prevenir un incendio antes que tener que apagarlo con hidroaviones.

Si el familiar se da cuenta de que la mecha va a prender en breve, aconsejamos que se dirija al paciente empleando frases como: “si seguimos esta conversación, ya sabes que dirás algo de lo que luego te arrepentirás; es mejor que la retomemos luego”; “me gustaría seguir esta conversación, siempre y cuando hables más pausado”; “no me acuses de nada y permite que yo pueda darte mi opinión”.

A veces, el paciente no deja la conversación aparcada pese a estas sugerencias iniciales. Si es así, recomendamos que el familiar insista una o dos veces más en este tipo de mensajes, sin salirse del “guion” referido. Si el paciente le “sigue buscando” (por ej., le “persigue” por la casa), la recomendación en dicho punto es la indiferencia serena, acompañada de una frase tipo “ya te he dicho antes que ahora no es el momento; respétame”. Es importante que, llegado este punto, el familiar sea consciente de que el paciente ya solamente busca a alguien (diana) con quien descargar la rabia (dardo). Con la pauta referida, se busca que el familiar desactive la consumación de dicha intencionalidad por parte del paciente.

• **Poner límites a la agresividad manifiesta de la persona con TLP.** Con todo, algunas veces la situación conflictiva ocurre tan rápido que no es posible prevenirla o, simplemente, el familiar no ha advertido las señales iniciales de la potencial escalada conflictiva. En dicho momento, el empleo de la amenaza o el insulto por parte del paciente ya es una realidad y el objetivo, por tanto, es evitar males mayores haciendo ver al paciente que no se va a tolerar esta situación. En este caso, los mensajes han de ser más explícitos: “no tolero que me hables así, ¿te queda claro?”; “se acabó esta conversación; cuando hables como una persona educada, lo retomamos”.

Lo que al paciente le debe quedar claro es que automáticamente se corta una conversación (película) en donde las faltas de respeto son un actor principal. Esto, a la larga, le hará ver al paciente que su malestar no puede nunca justificar las malas formas. En esta clase de frases debe evitarse a toda costa utilizar insultos, sobre todo la palabra “loco/a”, ya que es un calificativo que genera muchísimo rechazo a las personas con este diagnóstico.

Junto con el uso del lenguaje verbal, es muy relevante un lenguaje no verbal adecuado. El familiar no ha de moverse del lugar de la discusión, ya que cualquier paso atrás literal (retroceder) puede ser vivido por su interlocutor como señal de miedo, cesión o debilidad. En este sentido, si alguien debe irse del lugar (por ej. salón, cocina) es el

paciente, no el familiar. Debe evitarse a toda costa actos y palabras tipo: “me voy a dar una vuelta”, “mejor me voy...”. Concretamente, este tipo de gestos puede ser vivido como una señal de que el territorio de la casa le pertenece al paciente. La única excepción a esta regla ha de ser la habitación de la persona con TLP. Además de esto, la mirada es sumamente importante. No se ha de bajar la mirada en ningún momento. Una mirada firme es la mejor de las señales de que no permitimos que se nos hable así. Las miradas titubeantes o esquivas alimentan en el paciente la sensación de que pueden hacer con nosotros lo que quieran. Así mismo, se debe evitar el contacto físico mediante el acercamiento voluntario al paciente. En esos momentos, la proximidad entre ambos (menos de un metro de distancia) solo puede alimentar el riesgo de agresión por parte del paciente. Por otro lado, conviene a toda costa no sonreír en estas situaciones. Una sonrisa tibia suele incrementar el paranoidismo (sentirse atacado/criticado) en el paciente.

En los casos puntuales de que la situación esté absolutamente fuera de control, la única posibilidad es llamar a la policía y/o a emergencias médicas. No hay que dudar a la hora de hacer esto porque a veces es la única solución o un mal menor ante lo que está aconteciendo. Por norma, recomendamos que el empleo de esta medida se consensue previamente entre terapeuta-paciente-familiar a través de los llamados *joint crisis plan* (hojas de ruta en situaciones críticas). De este modo, el paciente ya sabe de antemano lo que podía pasar si cruzaba una línea roja (por ej., empujar al familiar). Siempre es preferible que todos conozcan las reglas y procedimientos de actuación en vez de que estos aparezcan súbitamente y sin ningún tipo de planificación aparentemente.

• **Gestionar los momentos posteriores al conato o conducta agresiva del familiar con TLP.** Es muy importante no “buscar” al paciente si finalmente ha accedido a salir de la zona de conflicto cuando empezaba a emplear el insulto o amenaza. Se ha de respetar ese espacio a solas, que muchas veces emplean para tomar perspectiva, tranquilizarse o prevenir males mayores. Esta premisa ha de cumplirse incluso aunque se le oiga en la habitación maldecir o hablar mal de nosotros. Bajo ningún concepto se ha de entrar en su habitación si ha ido allí para relajarse o a descargarse verbalmente. Hay que seguir haciendo la rutina casera programada.

Habrà un momento, tarde o temprano, que el paciente saldrà de la “cueva”. Cuando lo haga, recomendamos actuar con absoluta normalidad. Todavía sigue sin ser momento de hablar sobre lo sucedido. En este punto, lo relevante es volver a retomar un ambiente colaborativo. Habrà un momento donde posiblemente se verá más accesible y

participativo al paciente, siendo esta actitud posiblemente una manera de compensar lo sucedido previamente. Es en ese momento cuando debe cerrarse adecuadamente lo que ha sucedido previamente. Es recomendable por ello emplear frases tipo: “sobre lo que ha pasado anteriormente, quiero que sepas que el malestar que tengas nunca justifica la amenaza o el insulto”; “quería comentarte que puedes pasarlo mal y lo entiendo, pero jamás puedes dirigirte así a mí”; “no es justo que para gestionar tu malestar, generes en mí dolor”.

Lo que tiene que quedar claro en esta fase concreta es que el paciente perciba que no solo le ponemos límites, sino que conectamos con su potencial malestar de fondo y, a la vez, le comunicamos el dolor emocional que sus maneras insanas pueden generar en nosotros mismos. En este sentido, dado que algunas situaciones de hostilidad encierran preocupaciones y penas subyacentes no expresadas ni comunicadas al familiar, recomendamos en esta fase añadir alguna frase tipo: “si hay algo que te preocupe, ya sabes que puedes expresármelo como realmente lo sientas”; “si algo te pone triste, no dudes en decírmelo desde la pena, no desde la agresividad”, “si algo te agobia, podré escucharlo siempre que me lo digas desde la serenidad”.

En esta fase, no es aconsejable exigir las disculpas del paciente, pues esto es algo que debe salir del paciente, muchas veces previo trabajo con su terapeuta. No obstante, el familiar puede ser un espejo/modelo terapéutico en el que el paciente reflejarse si, en el contexto de la discusión previa, se retracta de algunas palabras malsonantes empleadas por él mismo (por ej., “con todo, quería decirte que siento haberte llamado... cuando...; no fue la manera idónea de ponerte límites”).

Por otro lado, si el paciente ha roto cosas de la casa (por ej. platos, puertas) en el estallido agresivo previo, se ha de negociar con él alguna manera de compensar el perjuicio generado. Esto no se ha de aplicar si lo que rompe son objetos de su propiedad (por ej., móviles). Normalmente, la manera de compensar estos daños hacia objetos comunes suele ser mediante el incremento de su colaboración en casa. Esto perfectamente se puede consensuar previamente entre profesional-paciente-familiar. De hecho, estos “trabajos forzados” siempre suelen ser más reparadores psicológicamente que el mero hecho de que pague económicamente los desperfectos, si es que dispone de dinero para ello.

• **Gestionar las formas ambiguas o indirectas de agresividad en la persona con TLP.** Aunque menos aparatosas en sus formas, el uso de formas ambiguas o indirectas de agresividad (por ej., conductas pasivo-agresivas, sarcasmo/ironía) resultan más tóxicas

en las relaciones a largo plazo. Esto se debe a que impregnan las conversaciones periódicamente al conllevar una hostilidad enquistada y no canalizada por los medios que permitirían su correcta liberación y solución. En general, estas formas de hostilidad son una manera manipulativa de comunicarse, que conducen al familiar a un callejón sin salida (indefensión). El allegado, de hecho, muchas veces se siente como en una partida de ajedrez en la que, haga lo que haga, siempre saldrá perdiendo.

El objetivo, pues, es salir de este tablero cuya partida está regida por las reglas del paciente. Para ello, la estrategia comprende dos fases. En la primera, el familiar debe ser un buen actor/actriz y no participar activamente en el juego perverso que le plantea la persona con TLP. Esto quiere decir que no debe ir detrás del paciente si este emplea el silencio o el aislamiento como manera de protestar. Para ello, es muy importante aguantar el tirón y no suplicar o exclamar contra esta práctica (por ej. “¿puedes volver a hablarme?”; “no me parece bien que permanezcas callado/a”). Si emplea estas frases, el paciente sentirá que su allegado “ha picado” y le ha concedido todo el poder en la dinámica relacional. Actuar desde la indiferencia serena ante el mutismo del paciente no tiene nada que ver con que este deba seguir cumpliendo con unas mínimas pautas de convivencia (por ej., colaboración en las tareas domésticas). Es decir, puede no hablar en la mesa o no dar los buenos días (en general, todo lo que tenga que ver con hablar), pero debe cumplir con las faenas asignadas como parte de la convivencia (por ej., hacerse la cama, recoger la mesa, etc.).

Si el familiar sigue la pauta referida, habrá un momento que el paciente percibirá que su estrategia no surte efecto movilizador en el familiar. Si es así, como siguiente opción, recurrirá al uso de la queja verbal, las “pullitas” o las frases genéricas y a medias (por ej., “pasas de mí”, “vas a tu bola”; “no sé qué pinto en esta casa”; “prefieres a... que a mí”; “no os necesito”). Con todo, el uso de una expresión verbal quejumbrosa ya es un avance respecto al silencio previo. Si llegara el caso, es entonces cuando el familiar ha de pasar a la siguiente fase. Ante el empleo de estas formas verbales por parte del paciente, el familiar debe contestar con frases tipo: “si algo te molesta, puedes decirlo con claridad”; “puedo escucharte si hablas sin rodeos de lo que te molesta”, “no puedo leerle la mente; si algo te molesta, siempre puedes expresármelo mediante palabras”, etc. Con esto, no solo depositamos la responsabilidad del cambio comunicacional al paciente, sino que el familiar pasa a fijar las reglas del juego en cuanto a la dinámica conversacional.

En conjunto, la clave conversacional subyacente es transmitir la idea de que puede haber maneras sanas de manifestar el enfado que no emplean ni el silencio ni la acusación. Es también importante expresar este deseo de cambio sin que parezca que nos

va la vida en ello (receptividad serena); de lo contrario, el paciente podría volver a emplear el silencio como arma arrojadiza para castigar al familiar en un futuro.

# CRISIS DE PÁNICO Y CONVERSIVAS

## Descripción

Las crisis de pánico (o angustia) son muy habituales en la población general y en las personas con TLP en particular. Básicamente, una crisis de pánico consiste en una reacción psicofisiológica caracterizada primariamente por la hiperventilación. Es sabido que esta reacción psicósomática tiene un elevado componente genético. Durante este proceso, el sujeto recoge (inspira) mucho más aire del que es capaz de asumir, generando un colapso que, paradójicamente, es vivido como si le faltara oxígeno en los pulmones. La hiperventilación suele ir acompañada de taquicardia, sudoración (diaforesis), rigidez muscular, temblor, etc. Los síntomas físicos suelen ir asociados a otros síntomas más cognitivos o mentales. Entre estos últimos se encuentran el miedo a morir, a volverse loco, a desmayarse, a tener un infarto, a estar fuera/alejado de la realidad (desrealización) o de uno mismo (despersonalización), etc.

Las crisis de pánico tienden a iniciarse de manera súbita o abrupta, si bien muchos pacientes refieren que en las horas o días previas que ya “no estaban igual de bien que antes”. Las crisis tienden a durar entre 20-60 minutos y son posiblemente una de las experiencias psicopatológicas más desagradables que puede experimentar un ser humano. Básicamente, el cuerpo del sujeto parece un tren cuya locomotora (pulmones) funciona con exceso de carbón (aire), haciendo creer al maquinista (persona) que se descarrilará (miedo a morir) por exceso de velocidad.

Pasada la fase de crisis, el sujeto se encuentra mentalmente confuso y físicamente agotado, precisando al menos de varias horas para recuperarse del episodio sufrido. Las crisis de pánico que presentan las personas con TLP generalmente suelen reflejar el estrés que sufren en un momento determinado (por ej. tras ser abandonado/a o discutir con la pareja). En otras ocasiones, también indican la presencia de otros trastornos mentales habitualmente co-ocurrentes (adicionales), los cuales pueden cursar con esta clase de crisis (por ej., *agorafobia* o temor a los espacios abiertos/con gente, trastorno por estrés postraumático, etc.).

Como consecuencia de las crisis de pánico, existe un subgrupo de pacientes con TLP que pueden abusar de ansiolíticos (por ej., *diazepam*), *cánnabis* y/o alcohol como método de gestionar sus síntomas de ansiedad (automedicación). Desgraciadamente, este *pool* de pacientes con TLP acaba desarrollando dependencia (adicción) a dichas sustancias, añadiendo un nuevo problema que, además, incrementa a medio/largo plazo el riesgo de presentar más crisis de pánico.

Las crisis de pánico no deben confundirse con la crisis de ansiedad. Al igual que la primera, las crisis de ansiedad suelen ir asociadas a momentos de estrés. Sin embargo, su presentación y curso es lo suficientemente diferente como para que puedan ser diferenciadas. En la crisis de ansiedad hay también taquicardia e hiperventilación (síntomas cardiovasculares), aunque con una severidad mucho menor que en la crisis de pánico. Adicionalmente, es habitual la presencia de inquietud/agitación psicomotriz (moverse constantemente) y llanto desconsolado. La duración de las crisis de ansiedad suele ser mayor en comparación a las crisis de pánico, pudiendo llegar a las 2-3 horas. Además, su inicio no es tan abrupto o súbito, presentando el sujeto síntomas subclínicos (menores aunque significativos) durante las horas o días previos. El riesgo de presentar problemas adicionales por abuso de sustancias es habitual, aunque menos frecuente o severo que en aquellas personas con TLP que tienden a presentar en mayor medida crisis de pánico. Con todo, cabe matizar que es habitual que una misma persona con TLP pueda alternar crisis de pánico y de ansiedad en su curso evolutivo.

Las crisis conversivas (o pseudoepilépticas) también representan una manifestación psicopatológica del estrés que está sufriendo la persona con TLP. A diferencia de las crisis de pánico y de ansiedad, existe un predominio de síntomas motores, básicamente convulsiones tónico-clónicas generalizadas (“espasmos” constantes en cuello, cabeza, piernas, brazos, etc.), que recuerdan mucho a las crisis epilépticas o de tipo “gran mal” que presentan los pacientes con epilepsia del lóbulo temporal.

Se llaman justamente crisis conversivas porque imitan parcialmente los síntomas propios de un verdadero problema neurológico. En este caso, se distancian de las verdaderas crisis epilépticas porque no presentan otros síntomas habitualmente asociados a estas. En concreto, las crisis conversivas o pseudoepilépticas no se caracterizan por manifestar pérdida de conciencia (por ej., amnesia de la crisis), pérdida de control de esfínteres (orinarse involuntariamente) y/o rigidez mandibular.

La duración de las crisis conversivas tiende también a ser más larga que las verdaderas crisis epilépticas, a veces incluso con una duración mayor a la/s 1-3 horas. Además, cuando se somete posteriormente al sujeto a pruebas médicas (por ej.,

electroencefalograma) no se identifican alteraciones orgánicas focalizadas. Todo ello en conjunto sugiere que las crisis conversivas son un atajo cerebral que la mente de la persona con TLP encuentra para manifestar un importante sufrimiento mental.

Otro aspecto que tiende a llamar mucho la atención durante las crisis conversivas es que la aparatosidad del episodio no suele ir acompañada de una pérdida proporcional de funcionalidad o de “equilibrio” emocional. Esto diferencia notablemente las crisis conversivas de las de pánico y ansiedad. Por ejemplo, nosotros hemos sido testigos de cómo algunas personas con TLP que estaban en medio de una de estas crisis conversivas podían conducir su coche sin ningún tipo de problema (¡e incluso pagar el peaje en las autopistas tirando monedas al cajero!). Del mismo modo, es habitual observar una cierta indiferencia emocional en el paciente ante la presencia de unos síntomas que, al más común de los mortales, a priori le generaría mucha angustia. Tradicionalmente esta pasividad emocional ante los síntomas que manifiesta el sujeto ha venido a denominarse *belle indifference*. Todo esto ha venido a sugerir que este tipo de crisis inherentemente también podrían tener un cierto componente movilizador sobre el entorno, como si se buscara reclamar, consciente o inconscientemente, la atención de los demás. Siendo esta una visión controvertida y que ha generado un notable debate científico y social, lo cierto es que nosotros sí hemos percibido ese componente movilizador en, al menos, la mitad de los pacientes con TLP que presentan crisis conversivas.

## **Recomendaciones**

• **Ayudar a la persona con TLP a manejar la crisis de pánico o ansiedad.** Serenidad es lo primero que el familiar debe transmitir al paciente que presenta una crisis de estas características. Serenidad quiere decir cercanía, pero no invasión; preocupación, pero no desbordamiento; ayuda, pero no sobreprotección. El gesto facial no debe ser desencajado; los ojos no deben parecer que se salen de las órbitas; el movimiento del cuerpo (incluidas las manos y pies) debe ser acompasado y sin gestos bruscos que irradien sensación de alerta. Es decir, la procesión (agobio) ha de ir por dentro. Hacia el exterior, el paciente solo ha de recoger una manifestación de ayuda serena. De lo contrario, no solo se podría transmitir más ansiedad al sujeto, sino que este habrá un momento que estará más preocupado por nosotros que por él mismo. Dicho esto, cabe recordar que una crisis de pánico/ansiedad tiene un principio y un final, aunque bien es cierto que puede haber picos intermitentes incluso durante una clara fase de recuperación (post-crisis). Conocer el curso de una crisis es fundamental para no llevarse sorpresas respecto a lo que vaya pasando durante la misma.

A nivel conductual, lo primero que hay que hacer es alejar al paciente del entorno social si está en ese momento rodeado de gente. Esto es importante por dos cosas. La primera, porque ya se ha comentado que algunas crisis de este calibre acontecen en el contexto de una agorafobia. La segunda, porque la presencia de otras personas puede hacer sentir al paciente muy incómodo ante las miradas más o menos atónitas del público general. Alejado de este entorno, es preferible llevar al paciente a un sitio relativamente tranquilo y abierto. Este lugar debe tener una temperatura moderada. Al respecto, cabe indicar que los ambientes cerrados y/o con temperaturas más elevadas son malos compañeros de viaje para superar las crisis. Ya en este lugar, debe evitarse tumbar al paciente; tampoco dejarlo de pie; lo ideal es una postura de 90 grados; es decir, sentado; si es posible, con respaldo. Debe evitarse dar agua porque muy posiblemente se atragantará con ella si intenta engullirla durante el pico de hiperventilación. Tampoco es recomendable avasallarle a palabras. Por norma, lo ideal es que se le diga que fije la mirada en el familiar y que se le diga que se sabe que está pasando una crisis de pánico/angustia.

A continuación, el familiar ha de servir de modelo para que el paciente se concentre en la respiración. Esto implícitamente quiere decir que el allegado ha de conocer de antemano técnicas como la respiración diafragmática/controlada; si no es así, su papel en el momento de la crisis quedará claramente relegado. Este tipo de técnicas se puede aprender con relativa facilidad en muchos centros cívicos como parte de sus cursos de formación. A su vez, *Internet* es una fuente inagotable de video-tutoriales sobre ello. Es aconsejable que el manejo de esta situación se haga de frente al paciente mientras este nos mira a los ojos y sigue el ritmo de respiración que le vamos marcando. También suele ser recomendable coger ambas manos del paciente tras haberle pedido permiso previamente para ello. Con esto, se transmite calidez, templanza y acompañamiento.

Lo habitual siguiendo todas estas pautas es que la crisis pueda haber cedido en menos de 30/45 minutos. Sin embargo, hay que ser consciente de que no todas las veces es posible tener un contexto adecuado para seguir las indicaciones referidas, ni el familiar se haya en el mejor momento (emocional, logístico, etc.) para realizar este rol auxiliar terapéutico. Si ese es el caso, el uso del ansiolítico habitualmente prescrito al paciente se convertirá en una herramienta de primera elección.

Pasada la crisis, conviene no agobiar al paciente, pues necesita un periodo de recuperación. Si se había programado alguna tarea conjunta de antemano, más que eliminarla, se ha de valorar la opción de postergarla o cambiar en alguna medida su

formato (por ej., hacer la actividad con menos gente). El paciente debe ver que somos personas cercanas y flexibles, pero no que una crisis condiciona absolutamente toda la dinámica personal y grupal. Si incurriéramos en este error, podría “descubrir” ganancias secundarias de tener crisis a modo de evasión de responsabilidades y compromisos que no le agradasen mucho.

• **Manejar las crisis conversivas del paciente con TLP.** Las crisis conversivas también son una manifestación de la ansiedad del sujeto y generan un gran impacto o *shock* en la persona que las observa (a veces incluso más que en el propio paciente). Cuando estas acontezcan, la recomendación inicial es mantener una actitud sumamente serena y prudente. Esto quiere decir que no es recomendable estar pegado al paciente ni hacerle preguntas al respecto. Tampoco es adecuado intentar parar los movimientos de los pies y las manos. Aunque no lo parezca, el paciente tiene capacidad para moverse. Lo hará seguramente de una manera mucho más tosca y lenta de lo habitual, pero lo cierto es que se puede sentar si hay sitio para ello. El paciente debe tener la posibilidad de tener contacto ocular a distancia con nosotros, pero sin que parezca o advierta de que estamos todo el rato pendiente de él/ella. Esto quiere decir que si la crisis irrumpe en casa, este permanecerá en un sillón/silla y nosotros seguiremos haciendo las cosas que estábamos ejecutando hasta ese momento en casa. Una frase tipo “yo estaré aquí; si necesitas algo, me lo dices” basta para que el paciente sepa de nuestro interés, pero, a su vez, se cerciore de que la crisis no se ha convertido en el centro o catalizador de la relación entre ambos (ni siquiera en ese momento). Si la crisis acontece en el exterior, lo ideal es que permanezca sentado/a en un lugar tranquilo y nosotros a su lado sin interrogatorios ni muestras de excesiva preocupación (tampoco de menosprecio o indiferencia distante).

Finalizada la fase más aguda de la crisis (“espasmos” generalizados), hay que evitar a toda costa tratar al paciente como un impedido o minusválido, incluso aunque sus movimientos adquieran una forma parkinsoniana (rigidez muscular, andar “robotizado”, habla entrecortada). Esto no quiere decir que no se deba respetar una mayor lentitud en los movimientos, pues es absolutamente lógico en la fase post-crisis.

Tras la recuperación es aconsejable no hablar de la crisis *per se*. En todo caso, es conveniente preguntar sobre las circunstancias emocionales o preocupaciones que pudieran haberla desencadenado. No es conveniente llevar al paciente a urgencias psiquiátricas por una crisis de esta naturaleza, salvo que su recurrencia sea tan elevada (por ej., tres o más crisis diarias durante varios días seguidos) que pueda colocar al paciente en una situación de absoluto agotamiento emocional/mental. Tampoco es adecuado eliminar todos los objetivos o contextos a los que el paciente tuviera de

enfrentarse/exponerse por temor a que pueda tener una nueva crisis. En todo caso, puede variarse el momento o formato para realizarlo. El familiar ha de tener presente que las crisis conversivas son un modo insano de afrontar el estrés y que el propósito no es tener al paciente en una urna de cristal a salvo de los retos/desafíos que suponen la vida.

Por último, y al igual que sucede con las crisis de pánico/angustia, el familiar ha de estar psicológicamente preparado para ser testigo de un tipo de episodios desagradables de ver, especialmente si suceden con alguien cercano al que se quiere. De lo contrario, actuará de una manera muy humana, pero posiblemente contraproducente respecto al manejo de la crisis del paciente.

# PICOS DEPRESIVOS

## **Descripción**

Los picos depresivos constituyen el máximo exponente de la inestabilidad (o desregulación) emocional de las personas con TLP. Tienden a desencadenarse por la presencia de eventos percibidos de manera negativa por el sujeto, principalmente en la esfera interpersonal (pareja, hijos, padres, amigos, compañeros de trabajo). Estos eventos sentidos de manera negativa, tengan o no una base real/objetiva, casi siempre guardan relación con las temáticas de sentirse solo, rechazado, un estorbo, criticado, abandonado, etc.

Un pico depresivo consiste en un estado de ánimo triste, con pensamientos derrotistas/pesimistas acerca de uno mismo, la vida y el mundo. En ese periodo, el sujeto lo ve todo negro, no hay esperanza y los pensamientos de muerte (o suicidas) ocupan un lugar más prominente en la mente de la persona. También se acentúan también las ideas de inutilidad, culpabilidad o de ser una carga. A nivel conductual, se altera completamente la rutina diaria. Por lo general, comen de una manera más irregular (a deshoras), con un mayor aporte de comida precocinada o, simplemente, alimentándose de manera más restrictiva. En cuanto al sueño, se observa un doble patrón. Hay personas con TLP que cuando están tristes caen en un exceso de sueño (hipersomnia), que muchas veces cumple la función evasiva de “no querer pensar” en lo que les pone mal. Por el contrario, otros pacientes manifiestan alteraciones más de tipo insomnio, incluyendo dificultades para conciliar el sueño, despertar precoz, sueño fragmentado, etc. Estos problemas del sueño (insomnio) pueden derivar en un mayor abuso de medicaciones pautadas (por ej., ansiolíticos) y en un incremento de los atracones de comida nocturnos si el paciente presentaba previamente un diagnóstico adicional de trastorno de la conducta alimentaria. El apetito sexual disminuye notablemente y, en general, todo lo que tenga que ver con el contacto humano.

El sujeto busca activamente la soledad, principalmente en la cama y, si es posible, con la luz apagada y las persianas bajadas. Si se le fuerza a salir de la habitación, irá al sofá,

con la televisión apagada y metido entre sábanas. Muchas veces, su perro/gato será el único ser vivo que aceptará que comparta ese espacio de soledad con él/ella. La búsqueda del aislamiento también obedece a la necesidad de estar en silencio absoluto, pues es habitual que durante estos episodios los pacientes se estresen/colapsen en mayor medida con las situaciones cotidianas donde exista ruido (por ej., actividades en grupo, zonas con tráfico de vehículos, etc.). Siendo el aislamiento es uno de los claros síntomas de un pico depresivo, conviene matizar que las personas con TLP pueden alejarse de los demás por otros muchos motivos (por ej., conducta pasivo-agresiva). La higiene se suele descuidar mucho (por ej., “desaparece” la ducha diaria, no se cambian de ropa), aunque también es posible que vayan impolutamente vestidos y aseados si puntualmente tienen que salir para algo en medio de un pico depresivo.

Es importante recalcar que un pico depresivo no es un episodio depresivo mayor. El pico depresivo de las personas con TLP suele durar entre 3-10 días, mientras que un episodio depresivo mayor tiene que durar al menos 2 semanas, si bien lo lógico es que este último perdure entre 1-3 meses en los pacientes con TLP que siguen un tratamiento. Por tanto, la diferencia entre ambos cuadros clínicos suele ser un tema más de duración que de síntomas per se. No obstante, con relativamente frecuencia se observa que los picos depresivos de las personas con TLP tienen un punto más irritable (disforia) que los episodios depresivos mayores, pudiendo por ello reaccionar con agresividad hacia el entorno cuando se les “molesta” o se les intenta sacar de su zona de *confort* (por ej., la habitación). Además, a diferencia de los episodios depresivos mayores, el paciente con TLP que se haya en un pico depresivo tiene una cierta capacidad de reactividad o modulación emocional ante los estímulos externos. Esto quiere decir que cuando alguien tiene un episodio depresivo mayor, la tendencia es a permanecer inalterado emocionalmente pase lo que pase, sea el hecho positivo o negativo (apatía y anhedonia). Sin embargo, durante los picos depresivos, las personas con TLP pueden llegar a tener momentos donde muestran una cierta alegría transitoria como consecuencia de ciertas situaciones (por ej., pueden reír si les llama un/a amigo/a para animarles o contarles algo). Esto claramente desconcierta a los familiares, quienes suelen llegar a pensar que el paciente está fingiendo los síntomas depresivos y que lo que busca es salirse con la suya acaparando los cuidados o dejando de cumplir con sus compromisos. Sin dejar de ser esto cierto en algunos casos, la clave es tener en cuenta que nos hallamos ante un pico depresivo y no ante una depresión mayor. Esta distinción es relevante no solo de cara a cómo interpretamos lo que vemos durante el mismo episodio, sino también para que paciente y familiar tenga un lenguaje común cuando estos acontezcan, máxime ante la

tendencia de los pacientes a decir “tengo depresión” a todo tipo de manifestación donde predomine la tristeza.

Con todo, conviene tener en cuenta que algunas manifestaciones que empiezan como verdaderos picos depresivos, bajo determinadas circunstancias, derivan con el tiempo en un episodio depresivo mayor. Entre estas circunstancias habituales que constituyen un factor de riesgo para tal transición se hallan: 1) abandono de la medicación antidepresiva y/o del tratamiento psicológico; 2) nulo contacto social y/o discusiones frecuentes (alta emoción expresada); y 3) restricción alimentaria con pérdida de peso notable (por ej., 5 ó más kilos en un mes).

Las repercusiones de estos picos depresivos son notables en el entorno y vienen ocasionadas por la ruptura en la actividad diaria (inactividad y abulia/”desgana”). En el terreno profesional, muchas bajas laborales se producen en el contexto de un pico depresivo, sobre todo si el desencadenante externo ha sido un problema de relación con compañeros de trabajo o con el superior. Estas bajas laborales breves pero recurrentes acaban generando un ambiente de desconcierto y desconfianza en el entorno laboral, que suelen relegar al paciente a un rol cada vez menor en la empresa, ya sea a nivel oficial u oficioso. A su vez, genera murmullos y/o “chismorreos” entre compañeros, lo que tiende a acentuar la tendencia desconfiada y hostil de muchas personas con TLP.

A nivel social, los picos depresivos tienden a ser aceptados por los amigos más íntimos, quienes suelen conocer de primera mano la inestabilidad del paciente, siendo este último habitualmente sincero a la hora de exponer los motivos reales de su ausencia a una cita. El problema se evidencia más con los meros conocidos, que habitualmente no saben la causa real de estos cambios de agenda porque su grado de confianza e intimidad con el paciente es mucho menor. Por lo general, los conocidos se acaban alejando ante la actitud impredecible del paciente con los compromisos. Además, tienden a interpretar las anulaciones de citas como una falta de interés por parte del paciente hacia ellos (por ej., si dejan de acompañarles al gimnasio).

A nivel familiar, los picos depresivos suelen generar una gran impotencia y frustración en las parejas en tanto son testigos de las consecuencias directas en el paciente (por ej., aislamiento en cama) e indirectas en la dinámica familiar (por ej., discusiones por suspensión de planes, sobrecarga de rol en la pareja al tener que realizar más tareas domésticas). El desconcierto prevalece y no saben si lo mejor es pasar y hacer cosas por su cuenta (“ir a su bola”), insistirle para que salga del “agujero” o permanecer cerca atendiéndole como si fuera un/a enfermo/a. Lo lógico es que estas parejas hayan alternado las tres modalidades de afrontamiento, sin que ninguna de ellas resultara ser

completamente satisfactoria. Por lo general, ver a una pareja postrada en la cama recurrentemente suele producir una mezcla de compasión y rabia, derivando en una atmósfera tensa y llena de roces que erosionan la relación sentimental.

En cuanto a los hijos que conviven con el/la paciente, los picos depresivos tienden a generar dos tipos de reacciones muy dicotómicas. Están los hijos que actúan como cuidadores del paciente y están los que ponen límites extremadamente firmes en su implicación con los problemas del padre/madre (hijos “fugados”). Esta discrepancia es muy visible a veces entre dos hijos (hermanos) de un mismo paciente. Salvo que esto conlleve la formación de alianzas excluyentes entre paciente y el hijo cuidador, esta actitud divergente hacia el padre/madre (paciente) no suele generar distanciamiento entre los hermanos. Es más, el hijo cuidador suele intentar arbitrar los problemas de relación entre el padre/madre (paciente) y el hijo/a “fugado/a”. A su vez, el hijo díscolo siempre ha solido proteger y guiar a su hermano (hijo cuidador) ante cualquier situación complicada que tuviera desde que era pequeño.

## **Recomendaciones**

- **Negociar con la persona con TLP la recuperación progresiva de las actividades diarias.** Los picos depresivos de los pacientes con TLP suelen truncar no solo la rutina de la persona en cuestión, sino la dinámica que hasta ese momento se estaba llevando en casa. Esto afecta notablemente a los padres y parejas que conviven con estos pacientes, generándoles una ruptura o inestabilidad respecto a los planes preestablecidos, lo que muchas veces les lleva a no asumir compromisos (por ej., viajes) o a ejecutarlos con suma cautela (por ej., llamando constantemente al paciente para ver cómo está).

Por norma, lo ideal es que el familiar y el paciente negocien un plan de recuperación con el profesional, en el que todas las partes se comprometan en el ejercicio de sus deberes terapéuticos. Esto contribuye a que el paciente deje de señalar o acusar al familiar (“poli malo”) como fuente originaria de los conflictos cuando este pudiera “presionarle” para cumplir unas actividades diarias. También ayuda a que el familiar no estire la cuerda hasta un punto no realista, lo cual pudiera generar sensación de incompreensión y malestar en el paciente. Por último, obliga al paciente a responsabilizarse de su autocuidado, ya que a veces asumen que, como están tristes y desmotivados, indefectiblemente no pueden hacer nada (actitud victimista).

En general, el objetivo primordial es que sean tareas consensuadas, en donde cada cual tenga claro su grado de responsabilidad. De lo contrario, se caerá en una escalada de conflictos que alargarán el pico depresivo y desgastarán la relación entre familiar y

paciente. Dicha hoja de ruta puede incluso quedar ilustrada en un papel con copia para el ambos, en donde se enumeren los días y contenidos secuenciales acordados durante el pico depresivo. Esto es aconsejable ante el riesgo de que uno y/o el otro discutan acerca de lo que se dijo o no en sesión de terapia, generando un clima de desconfianza y discordia totalmente prescindible.

Respecto a los objetivos progresivos, el primero de todos ellos es que el paciente no puede permanecer en cama, ni siquiera al inicio del pico depresivo. Esto es muy importante porque se corre el riesgo de que el cerebro de la persona con TLP empiece a dejar de asociar la cama al sueño/descanso y esta se asocie a todo tipo de actividad durante la vigilia. En este sentido, hay que evitar que la cama se convierta en un *bunker* donde el paciente coma, estudie, vea la televisión, juegue con la *tablet*, etc. En el caso de que busque aislamiento, deberá ir a la terraza o al sofá, incluso aunque decida no hablar con nadie o estar con los auriculares oyendo música. El primer día del pico depresivo tampoco podrá abandonar las tareas domésticas habituales en él/ella, salvo aquellas que suelen obligar a salir de casa (por ej., ir al supermercado, pasear al perro). Se puede ser más laxo o transigente con los tiempos de ejecución o con el resultado final, pero el concepto de mantener una mínima actividad doméstica es inquebrantable. Las horas de las comidas deberá respetarlas también. La mayor o menor ingesta que haga no debe ser objeto de discusión. Con todo lo expuesto, lo que tiene que quedar claro es que el propósito fundamental es mantener la rutina diaria lo menos alterada posible (al menos la actividad doméstica), si bien se puede ser más permisivo en cuanto a la calidad de los resultados. En definitiva, es más importante el hecho de hacerlo que cómo hacerlo. Conviene recordar que, desde este primer día de pico depresivo, la comunicación que quiera llevar a cabo el paciente con el familiar deberá ser de viva voz. No se puede tolerar de ninguna manera comunicaciones vía *whatsapp/sms* o notas escritas entre personas que residan en una misma casa. El control de la medicación debe recaer exclusivamente en las manos del paciente. La adherencia a la pauta prescrita debe ser un tema a tratar directamente entre profesional y paciente, siendo responsabilidad exclusiva del segundo su correcta implementación o el abandono de la misma. Si hay un riesgo muy claro de sobreingesta medicamentosa debido a ideas suicidas activas, no es función del familiar su administración, sino que se debería convenir un mayor control terapéutico por parte de los profesionales a través de un ingreso o mediante una pauta de control semanal por enfermería.

El segundo día de la crisis es importante que mantenga las pautas del primer día. A su vez, puede ya incluirse el cumplimiento de una higiene fundamental (por ej., ducharse,

cambiarse de ropa), preferiblemente en horario de mañana para que así inicie más activado/a la jornada.

Al tercer día, aparte de todo lo anterior, ya puede convenirse que retome pautas externas, de momento centradas en actividades del hogar (por ej., ir a comprar el pan o pasear al perro). Estos objetivos externos pueden flexibilizarse en cuanto a horarios (por ej., bajar cuando haya menos gente de la habitual). Insistimos que lo importante es que recupere las rutinas más que el hecho de que sea virtuoso/a en lo que hace.

A partir del cuarto o quinto día, junto con todo lo anterior, el paciente ya debería poder salir con el familiar a solas (por ej., pasear por la calle) o acudir a algún acto social (por ej., quedar con una amistad). La clave en este punto exacto es que estas actividades externas se hagan en lugares con poca gente y, si es posible, en la franja horaria donde hay una mejoría de su estado de ánimo. Al respecto, cabe matizar que algunos pacientes presentan durante el pico depresivo oscilaciones anímicas, de modo que empeoran bien por la mañana, bien por la tarde-noche. Esto es importante porque siempre es aconsejable que las actividades más “costosas” se hagan justo en el intervalo del día donde el paciente se halla más fuerte anímicamente.

Adicionalmente, siempre es interesante que estas actividades externas sean aquellas que en un pasado reciente pudieron haberle sido placenteras o interesantes (por ej., darse un baño en el mar), pero debe quedar claro que, no por idóneas, el paciente no podrá experimentarlas con el mismo grado de pasión o felicidad que antaño. Con todo, es muy posible que, ya en el cuarto o quinto, familiar y paciente tengan algún compromiso social inexcusable (por ej., ir a un cumpleaños familiar). En ese caso, la pauta de actuación es no presionar al paciente para que participe activamente en el acto más de lo que mentalmente pueda realizar. Es decir, se debe tolerar que pueda estar más distante (menos hablador/a) de lo habitual, pues ya es un gran logro que haya acudido. Es importante tener claro que estos compromisos externos en grupo agotan a una persona que todavía no está mentalmente fresca para hacerle frente. Por ello, una recomendación adicional es acortar el tiempo en que se está en dicho acto. La flexibilidad en la ejecución de las rutinas es importante porque muchos pacientes que tienen un pico depresivo tienen verdaderas “resacas” emocionales los días posteriores a esta clase de actos.

Si ambos cumplen con las pautas referidas, en poco más de una semana el paciente empezará a entrar en una fase de recuperación, aunque todavía no esté en una fase de remisión completa de los síntomas depresivos.

Con todo, lo habitual es que los planes acordados para la recuperación de las

actividades cotidianas no se cumplan al pie de la letra. Insistimos en que una mínima flexibilidad será necesaria, pero nunca en el sentido de que deje de hacer lo propuesto, sino que se sea tolerante en cuanto a los tiempos o formas de su ejecución. Esta premisa debe transmitirse a través de la comunicación verbal y no verbal que se tiene con el paciente durante un pico depresivo. A nivel de la relación con el paciente, se deberá tolerar que esté menos cercano/a, afectuoso/a y participativo/a durante el pico depresivo (por ej., en la mesa mientras se cena), aunque jamás se deberá tolerar actitudes hostiles. Hay que asumir que tampoco podrá disfrutar las actividades como antaño (¡ya es un gran logro que la vuelva a hacer!).

Cuando cumpla los objetivos propuestos, es aconsejable reforzar verbalmente los avances, pero sin caer en paternalismos (por ej., “¡ves cómo puedes hacerlo aunque no tengas ganas!”). Lo importante es aplaudir el compromiso del paciente con su mejoría y no tanto la implicación positiva que eso tiene para nosotros.

Conviene matizar que los avances no son lineales: puede que un día no cumpla con algo que hizo en la jornada anterior (por ej., ducharse). Esto es relativamente común y no hay que transmitir frustración sino más bien esperanza en que, si lo ha logrado antes, puede volver a retomarlos (por ej., “hoy no ha sido el mejor día. Sin embargo, anteayer pudiste hacerlo; mañana tienes una nueva oportunidad para conseguirlo”). A veces, el paciente se niega activamente a realizar lo que se comprometió en terapia, adoptando una actitud regresiva (infantiloide) u agresiva con el familiar. Durante esos lapsos es muy importante no entrar a debates dialécticos eternos con el paciente, sino aplicar por nuestra parte lo convenido (por ej., “es lo que se acordó; no es negociable”). Si el paciente se sigue resistiendo a cumplir lo programado, se deberán incluir frases de tipo: “sé que no tienes ganas, pero esto no tiene nada que ver con ello; es tu compromiso con tu salud”; “hay que cosas que se deben hacer sí o sí, aunque no nos apetezcan; no hay otra”; “aunque ahora no tengas ganas, es posible que tras hacerlo estés un poco mejor; ya te ha pasado antes”). Si el paciente se sigue negando en rotundo, la recomendación es que el familiar no altere la rutina pactada. Esto quiere decir que, si se había concertado una cena con otra pareja de amigos (personas íntimas), el familiar debería ir aunque el paciente se negase a hacerlo. En ese caso, el familiar informará a la pareja de amigos de que el paciente “no se encontraba bien”, sin añadir más detalles pero sin caer en mentiras piadosas.

Durante el tiempo fuera, es importante que no se comunique con el paciente salvo causa mayor y así se lo hará saber al paciente antes de salir para que no le genere desconcierto. Tampoco suspenderá la ejecución de esta salida antes amenazas de muerte,

directas o indirectas (por ej., “si te vas, me quitaré la vida”). Es más, el familiar señalará al paciente que sus acciones son de su responsabilidad y que tiene medios a su alcance para no ejecutarlas. Siguiendo esta pauta comunicativa es más probable que el paciente se sienta psicológicamente “acorralado” y cumpla, a la larga, con los objetivos propuestos. Esto último debe ser recalcado porque, ciertamente, bastantes personas con TLP no solo sufren y se entristecen durante los picos depresivos, sino que obtienen ganancias secundarias (por ej., mayor sobreprotección, dejación de responsabilidades) que ralentizan la vuelta a la normalidad cotidiana.

# RESTRICCIÓN ALIMENTARIA Y/O ATRACONES

## Descripción

Estudios recientes indican que del 30 al 40% de las personas con TLP ha presentado o presentan un diagnóstico adicional de trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Un TCA es un trastorno mental caracterizado por una excesiva preocupación por la imagen corporal, esté o no acompañado de distorsiones perceptivas (por ej., percibir las caderas o el abdomen más grande de lo que realmente son). El paciente con TCA tiene un temor intenso a engordar, motivo por el cual el control del peso se erige en el *leitmotiv* de su existencia, condicionando su pensamiento y sus relaciones con los otros.

Además, para que alguien cumpla criterios de TCA debe haber una serie de conductas patológicas que acompañen esta preocupación absorbente por la imagen corporal. Al respecto, las personas con TLP tienden a recurrir a los atracones de comida. Un atracón es una ingesta excesiva y descontrolada de alimentos, generalmente hipercalóricos (por ej., bollería), durante un corto periodo de tiempo (por ej., menos de 2 horas). Un atracón es claramente distinguible de una conducta de picoteo, siendo esta segunda una manera de comer menos intensa pero más constantes a lo largo del día. Con todo, las personas con TLP pueden ir alternando fases de atracones con otras de picoteo, si bien este último es más habitual cuando se sienten aburrido/as. Los atracones de comida generan un importante sentimiento de culpa al sentirse que uno ha infringido una línea roja (por ej., comer alimentos vividos como “prohibidos”). Como consecuencia de este sentimiento de culpa, las personas con TLP tienden a compensar esta ingesta mediante el uso de vómitos autoinducidos (aunque a veces puedan parecer automáticos) y/o el uso de laxantes. A veces, el uso de laxantes es “sustituido” por la el abuso de topiramato, psicofármaco que se les puede haber prescrito inicialmente para controlar el ánimo o algunas conductas impulsivas, pero que pueden acabar empleando oficiosamente por sus propiedades para reducir el apetito.

En conjunto, todas estas conductas “alimentarias” patológicas referidas por las personas con TLP son compatibles con el diagnóstico de bulimia nerviosa, si bien es

habitual que estos pacientes puedan recibir más bien un diagnóstico de “TCA no especificado” al no llegar a cumplir todos los criterios para el primer trastorno (por ej., si están 10 ó más días sin atracones ni vómitos autoinducidos). Es importante reseñar que los pacientes con conductas propias de una bulimia nerviosa habitualmente no presentan una pérdida de peso llamativa, siendo incluso habitual que muchos de ello/as tengan sobrepeso.

A diferencia de la bulimia nerviosa, la presencia de anorexia nerviosa es mucho menos habitual en las personas con TLP, dado que la pérdida ostensible de peso que caracteriza este trastorno requiere de conductas patológicas muy ligadas a la constancia y el autocontrol extremo (por ej., restricción alimentaria continuada, ejercicio físico compulsivo), cualidades pocas comunes en personas con TLP. En general, la presencia de elevada impulsividad e inestabilidad emocional en los pacientes con TLP hace que el patrón alimentario disfuncional al que acaben abocados muchos de ello/as sea más bien de tipo “bulímico”, a pesar de que pudieran haber empezado el trastorno alimentario con un perfil más de tipo “anoréxico”. Es decir, el TCA de los pacientes con TLP acaba adaptándose en su forma y manifestación a las características intrínsecas de la personalidad del sujeto.

Siendo el deseo de perder peso el precipitante más claro para iniciar un TCA, lo cierto es que muchos pacientes con TLP acaban manteniendo un cuadro de bulimia nerviosa en el que los atracones de comida suelen ir precedidos de estados emocionales negativos (por ej., angustia) derivados de problemas interpersonales (por ej., haber sido rechazado/a) más que por la insatisfacción corporal *per se*. De este modo, las conductas bulímicas pueden ser entendidas como una manera inadecuada de intentar manejar y autorregular los picos emocionales independientemente de la causa de los mismos.

Esto viene a apoyar la línea de algunos autores, los cuales señalan que al margen de la insatisfacción corporal, muchos TCAs en personas con TLP vendrían a ser una especie de “bulimias emocionales”. Complicando aún más su presentación, la presencia de cuadros depresivos en estos pacientes tiende de por sí a generar una reducción de apetito (hiporexia), con la consiguiente pérdida ponderal/de peso en poco tiempo. En dicho contexto, acaban solapándose los síntomas del cuadro depresivo y del TCA, de modo que lo que meramente se inició como un problema alimentario secundario al estado de ánimo bajo, acaba por afectar a un TCA latente a través de una nueva recaída. Al final, es muy difícil definir una frontera clara entre emociones y conductas TCA en personas con TLP, motivo por el que conviene ver la relación entre ambas variables desde un punto de vista bidireccional o interactivo más que como causa-efecto unidireccional.

Esto quiere decir que toda mejoría de un TCA en una persona con TLP debe tener muy en cuenta el abordaje de la inestabilidad emocional y los consecuentes picos emocionales (por ej., angustia, ira, depresión) que muchos de estos pacientes manifiestan de manera primaria.

Algunos factores pueden, además, afectar a esta intrincada relación entre emociones y conductas TCA. Por ejemplo, bastantes personas con TLP usan el *cánnabis* para controlar la ansiedad (automedicación). Sin embargo, su empleo genera efectos contrapuestos en relación al TCA, ya que puede reducir la angustia relacionada con la hiperfocalización (atención excesiva) en la propia imagen corporal, pero, a su vez, puede incrementar el apetito experimentado por el sujeto.

La psicopatología alimentaria de los pacientes con TLP genera una importante repercusión en el entorno, especialmente respecto a las personas más próximas. Por ejemplo, lo/as jóvenes con TLP suelen intentar realizar periodos de restricción alimentaria, los cuales son visibles para los padres con los que conviven. Estos, alarmados y desconcertados por dicha situación, presionan al paciente para que vuelva a la “normalidad” alimentaria y física, a pesar de la oposición activa que el/la hijo/a pueda mostrar al respecto. Al final, se crea un clima de crispación, desconfianza y tensión que contamina gran parte de las relaciones cotidianas entre los padres y el paciente (hijo/a).

El uso de mentiras en relación al TCA (por ej., si han comido o no previamente) es la norma entre pacientes jóvenes con TLP que se están “iniciando” en un problema de tipo TCA. Algunos de estos pacientes con TLP y TCA acaban utilizando los problemas y discusiones alimentarias como arma arrojadiza con la que castigar a los padres, al ser conocedores de la enorme preocupación que los progenitores tienen por su pérdida de peso.

En cuanto a la dinámica con las parejas, generalmente el paciente con TLP suele llevar en silencio los periodos intermitentes de atracones y purgas. Sin embargo, las pistas sobre este tipo de conductas son visibles para el familiar dado que, durante la noche, desaparece comida de las estanterías o neveras (atracones nocturnos). A su vez, las manifestaciones indirectas de la insatisfacción corporal condicionan la vida sexual y socio-familiar. Por ejemplo, muchos pacientes con TLP y TCA no toleran el contacto visual y/o físico de su pareja con su cuerpo desnudo durante el acto sexual, sobre todo en las primeras fases de la relación sentimental, en las que el vínculo todavía no está consolidado. En otras ocasiones, dada la enorme insatisfacción y vergüenza con su cuerpo, tienden al aislamiento social justificándolo con subterfugios y/o evasivas a la hora de dar explicaciones a la propia pareja (por ej., “me duele la cabeza”; “no me

encuentro bien”). Este aislamiento no tiene porqué limitarse a la época estival, en la cual se supone que se hace uso de menor ropa o se está más expuesto a las miradas de la gente en la playa/piscina.

Por norma, las miradas puntuales y arbitrarias de la gente en general son vividas por estos pacientes como una “prueba” que confirma que llaman la atención por tener un físico (caderas, nalgas, etc.) desproporcionado. Así mismo, los comentarios positivos son interpretados como una señal de simpatía (“lo dice porque me quiere”) o falsedad (“algo querrá...”) hacia ello/as más que como un gesto sincero. De este modo, diga lo que diga o haga lo que haga el exterior, la recepción de los *inputs* (mensajes) externos viene a representar una suerte de mecanismo que perpetúa la visión que tienen de ello/as mismas a modo de círculo vicioso.

En otras ocasiones, sobre todo aquellos pacientes con un perfil más “bulímico emocional” y con un claro componente histriónico (seductor), la relación con los iguales (por ej., otras mujeres) es sentida desde la competitividad y rivalidad absoluta, generando una cascada de envidias explícitas (por ej., desacreditando a esa otra persona) o implícitas (por ej., no querer estar cerca de esa otra persona).

A la larga, el estilo de vida socio-familiar de paciente y pareja bien se va acotando a un círculo muy reducido, bien se vuelve muy dispar entre ambos al mantener el segundo una mayor vida social. Con todo, lo habitual es que la pareja acabe adaptándose a las “limitaciones” socio-familiares de la persona con TCA y TLP, permitiendo con ello que este no salga de su zona de seguridad/*comfort*.

Como excepción a todo este patrón disfuncional de relaciones, cabe decir que el TCA de una madre/padre con TLP no suele tener una incidencia negativa directa en el cuidado (por ej., pautas alimentarias) de los hijos a cargo, pues los pacientes con TLP diferencian muy claramente su salud de la de sus retoños. Incluso en los embarazos se permiten claros paréntesis en su escalada alimentaria patológica, ya que el bienestar del hijo/a es lo primero para ello/as.

## **Recomendaciones**

- **Saber cuándo intervenir ante el TCA del familiar con TLP.** El tratamiento psicoterapéutico de un TCA ha de implicar de algún modo a aquellos otros adultos con los que la persona con TLP convive. Esto quiere decir, además, que su participación ha de partir de la mano de un consenso entre paciente, psicoterapeuta y familiar. Una de las premisas sobre el grado de participación de estos familiares es que su actuación debe ser

medida para no pivotar la relación con el paciente en torno al problema alimentario.

Las líneas rojas en donde el familiar puede intervenir para poner límites incluyen actos tales como: 1) eliminar/esconder las básculas de casa; 2) no permitir que el paciente haga de cocinero/a de la familia ni haga la compra general (salvo por falta de disponibilidad de los otros miembros); 3) no dejar que se empleen pestillos en los baños; 4) no aportar sustento económico que pueda alentar algunas conductas patológicas asociadas al TCA (por ej., algún tipo de intervención de cirugía plástica, matriculación en gimnasio); 5) no obviar una pérdida de peso considerable que pudiera poner en riesgo su salud (en ese caso deberá ser revinculado/a con su psicoterapeuta o con urgencias psiquiátricas); 6) no tolerar que se ponga a dieta a toda la familia (sobre todo a los menores) bajo el criterio y modelo alimentario del propio paciente; 7) no permitir que el paciente determine a su libre albedrío cuánto es el tiempo del que dispone para hacer las comidas regularizadas (por ej., cena, comida), teniendo que respetar por ello la dinámica de la casa en general; 8) no consentir que el paciente coma al margen de la familia en cuanto a horario o el espacio reservado para ello; 9) aplicar alguna medida correctiva-compensatoria (por ej., económica) si el paciente emplea durante el atracón comida que era destinada para la familia en general o para un miembro en concreto aparte de él/ella; y 10) eliminar la disponibilidad de laxantes y diuréticos que figuren como excedente en el domicilio.

• **Saber cuándo no intervenir ante el TCA del familiar con TLP.** Dicho todo lo anterior, es importante que el familiar no se extralimite en otras funciones que, siendo muy comprensibles, resultasen contraproducentes para el curso del TCA y la relación con el paciente. La actuación sobre este otro tipo de conductas debe quedar confinada a la relación y pautas entre el paciente y su psicoterapeuta. En ese contexto, el papel del familiar debería ser el de mero observador a distancia y no participante.

Por ello, algunas medidas oportunas que implican la no intervención por parte del familiar son: 1) no forzar al paciente a que coma (si hay riesgo para su salud, es mejor que sea traído a urgencias); 2) no preguntar sobre lo que come o no en nuestra ausencia, ya sea con tono condescendiente (“te iría bien que...”) o inquisitivo (“deberías...”); 3) no tener una actitud hipervigilante a nivel visual, incluyendo en este talante no tocar a la puerta del baño, incluso ante claras sospechas de que se estuviera provocando el vómito; 4) no hacer ningún tipo de comentario sobre su físico y/o vestimenta, independientemente de que pudiera ser positiva o negativa la apreciación (por ej., “tienes mejor cara”); 5) no poner candados en las neveras o armarios de la despensa para que no

haga atracones nocturnos o en nuestra ausencia; 6) no retirar los espejos de cuerpo entero de la casa, salvo el que pudiera disponer en su habitación; 7) no impedirle salir solo/a de casa o gestionarle su economía, a pesar de que pudiera utilizar el dinero para cometer un atracón mediante la compra de alimentos en el supermercado/panadería; 8) no contactar con sus amistades o pareja con la finalidad de tener más información sobre sus hábitos alimentarios en el entorno extrafamiliar; 9) no revisar su habitación sin su consentimiento ante el riesgo de que pueda estar ocultando laxantes u otras sustancias anorexizantes/adelgazantes; y 10) no pedirle al paciente que mejore su hábito alimentario ante el sufrimiento o preocupación que esto pudiera estar generando en la familia (por ej., “hazlo por nosotros”).

• **Limitar el papel negativo que el TCA pudiera estar teniendo en la dinámica familiar.** Uno de los problemas derivados de una hiperpreocupación por la imagen corporal es el intenso temor a verse expuesto a las miradas de otras personas del entorno (por ej., vecinos, familiares, amigo/as). La negativa a participar en diferentes tipos de actos sociales o familiares puede ser un gran hándicap para la relación de pareja, ya que el cónyuge puede sentir que una parte de su desarrollo vital se haya cercenado por la conducta evitativa del paciente para con los otros seres significativos de su vida.

Ante dicha coyuntura, siempre es preferible que no se negocie si el paciente viene o no viene, sino bajo qué condiciones asistiría a esta clase de actos. Esto quiere decir que la actitud al respecto ha de ser la de no ceder al deseo del paciente de permanecer en casa alegando cualquier tipo de excusa, sino proponerle ir con él/ella aceptando que este/a maneje la ansiedad social o pánico escénico dentro de unos márgenes totalmente personalizados. Estos trucos para desenvolverse con los demás podría incluir el uso de vestimenta holgada (de camuflaje), incluso en una celebración que habitualmente requiriera ropa más ceñida por el propio protocolo del acto. También implicaría no incitarle o persuadirle para que comiese lo que se estuviera sirviendo como parte del ritual social (por ej., tapeo), a pesar de que el resto de personas sí estuviesen degustando los platos. Tampoco se le debería hacer ningún comentario sobre la postura adoptada en la silla, pues muchas veces optan por aquella posición que tapa más las partes vividas como desproporcionadas. Por último, no se debería tener en consideración su (bajo) grado de participación en algunas fases del encuentro social, pues es absolutamente común que sufran “bajones” durante el proceso de ser/estar y sentirse observados por los demás.

Si la actividad externa es solo entre paciente y el familiar/es, lo negociable es poder efectuar esta salida en un horario con menos gente (por ej., primera hora de la mañana,

mediodía) y/o bien en lugares menos concurridos (por ej., mejor comprar en una tienda de barrio que en un centro comercial). Con todo, si el paciente persiste en su negativa a salir, la recomendación es que el familiar no deje de realizar estos encuentros sociales o familiares. Posiblemente, esta actitud acabe por incitar al paciente a asistir a estos eventos socio-familiar, al menos en un número significativo de ocasiones en los que se planteasen.

En otras ocasiones, existe el riesgo de que el paciente con TLP emplee su TCA para movilizar al familiar y llevárselo a su terreno (por ej., “si te vas es porque no me quieres”; tú sabes el problema que tengo al salir a la calle con mi físico”). Ante dicha tesitura, lo recomendable es no entrar en confrontación ni intercambio de golpes verbales acerca de esta clase de comentarios, pues justamente lo que buscan es captar la atención del otro de manera insana, muchas veces buscando despertar un sentimiento de pena y lástima hacia su persona. En este tipo de casos, es preferible decirle “yo no voy a dejar de hacer estas cosas; a mí me encantaría que vinieras, pero también tengo claro que es una decisión tuya, independientemente de lo mucho que te haga sufrir”. Evidentemente, este tipo de actitudes pueden parecer frías y despersonalizadas, pero lo cierto es que actuando de esta manera se consigue que el TCA no polarice la vida relacional entre el paciente con TLP y el familiar, limitando su repercusión al ámbito meramente alimentario.

Por último, puesto que muchas recaídas del TCA suelen ir precedidas de estados emocionales negativos (por ej., angustia, tristeza) y las consiguientes preocupaciones/rumiaciones asociadas (por ej., “debería haber...”), es recomendable preguntar al paciente sobre estos estados psicológicos subyacentes en vez de por la psicopatología alimentaria evidente (por ej., “si algo te preocupa, no olvides que puedes contar conmigo para compartirlo”; “si algo te ha dejado mal sabor de boca, nunca está de más poder expresarlo y oír otros puntos de vista”).

# DEPENDENCIA Y VÍNCULO AMBIVALENTE

## Descripción

El vínculo es la manera habitual en la que las personas nos relacionamos con otros seres humanos. Como legítima e idónea aspiración, lo recomendable sería que las personas supiéramos desarrollar vínculos afectivos seguros en las relaciones que decidiéramos tener con la gente más próxima. Un vínculo seguro se caracteriza por un equilibrio entre la individualidad y la comunalidad, entre el Yo y el Nosotros. En ese equilibrio se entiende que, según el momento y la situación, la balanza recae más de un lado u otro, de modo que se atienden las necesidades más imperiosas de cada momento, sean estas propias o ajenas.

La capacidad para desarrollar vínculos seguros como adultos está fuertemente asentada en los apegos que las figuras de referencia tuvieron con nosotros en la infancia. De este modo y casi en contra de nueva voluntad o raciocinio, tendemos con frecuencia a reproducir como adultos aquello que hemos visto o experimentado de pequeños, pero ya no en el mero papel de receptor de afectos interpersonales, sino en el de auténtico agente promotor de los mismos. Por consiguiente, aquel niño/a que ha sido 1) escuchado, 2) reprobado con firmeza pero serenidad, 3) alabado con claridad pero no gratuidad y 4) alentado a insistir desde el realismo y el esfuerzo es más probable que acabe desarrollando un concepto positivo, sano y equilibrado del Yo y de los Otros, una vez su evolución psíquica alcance una cierta consolidación en la adultez. De este modo, se establecen unas bases firmes, aunque no impermeables a experiencias posteriores, con las que seleccionar, desplegar y mantener relaciones que refuercen esa idea preestablecida (esquema interpersonal) acerca del sí mismo y los demás.

Por norma, el vínculo disfuncional es una de las características más notables de lo que constituye un TLP y explica una parte considerable de los problemas de relación que estos pacientes tienen con el entorno, muchas veces desde la adolescencia más temprana. Generalmente, los pacientes con TLP manifiestan dos tipos de problemas en el vínculo.

Una parte de estas personas desarrolla lo que se denomina vínculo ansioso. Esta clase

de vínculo se caracteriza por la incapacidad para tolerar la separación (soledad) de la persona querida. En ese contexto, aparece vacío emocional, alto temor al abandono, etc. A su vez, cuando el ser querido está cerca, el mundo del paciente gira absolutamente en torno a él/ella. Indudablemente, esto acaba generando una dependencia emocional patológica, que, en algunos casos, llega a ser también dependencia instrumental, en tanto ese ser querido auxilia y cubre todo tipo de necesidades más allá de lo meramente afectivo (por ej., realizar los trámites administrativos). A la larga, la tendencia relacional desde este vínculo ansioso es desarrollar relaciones selectivas y fusionales con una pareja, amigo/a muy íntimo, una madre o, incluso, un perro, estableciendo límites muy marcados y pronunciados con el resto de personas, sobre todo en ambientes de socialización en masa (grupos de iguales/conocidos, actos familiares, etc.).

Existen dos claros perfiles de pacientes con TLP que tienen vínculos ansiosos. Por una parte, estarían los pacientes con una tendencia regresiva (infantiloide), que buscan un salvador/a que les saque de su soledad infinita y les aporte todo aquello que no sienten por y para ello/as mismo/as. Generalmente, este subgrupo suele adoptar una actitud victimista, que, a veces, se ve reforzada por la presencia de alguna figura que asume y refuerza dicho papel al ejercer de cuidador incondicional del paciente “indefenso”.

El otro subgrupo de pacientes con vínculo ansioso es más bien egocéntrico. Asume que el otro (el cuidador/a) está para acatar todas sus órdenes y deseos, debiendo estar a su merced, dado que él/ella no sabe hacer las cosas por sí mismo/a. En este contexto, las amenazas, la actitud tiránica y los celos son la norma y el otro, más que ser un cuidador, se erige en un vasallo o sirviente cuya sangre es succionada sin piedad. El dependiente egocéntrico es inseguro como el dependiente regresivo, pero su capa externa altiva y con afán de protagonismo puede hacer creer inicialmente que es una persona bastante autosuficiente e, incluso, atractiva por lo que pudiera aportar a uno mismo.

Aparte del vínculo ansioso, existe un subgrupo de pacientes con TLP que presenta lo que se denomina vínculo ambivalente. Este tipo de vínculo es más habitual en personas con TLP que tienen orgullo patológico y/o bien entre aquellos que han sufrido previamente en una relación en donde presentaban más bien una clara dependencia emocional patológica. Este tipo de vínculo se caracteriza por un conflicto interno entre la búsqueda patológica de afecto (necesidad de ser querido) y el intenso temor a la vulnerabilidad/daño (necesidad de autosuficiencia). Ambas necesidades, siendo contrapuestas, emergen y se suceden/solapan constantemente cuando han de establecer una relación íntima. Por ejemplo, una persona con TLP puede imperiosamente solicitar la ayuda de un hermano cuando pasa por una crisis emocional (por ej., “te necesito...;”).

necesito tu guía/consejo”), pero lugar rechistar ante todas las recomendaciones y cuidados que este quiera brindarle (por ej., “no sé para qué me dices esto; no me entiendes; deja que haga lo que yo quiera”).

La tendencia desde el vínculo ambivalente es crear relaciones basadas en un “ni contigo, ni sin ti”, que oscilan entre el victimismo y la tiranía cuando el otro no satisface las expectativas cambiantes. Esta situación suele generar hartazgo e indefensión en el allegado, pero a la vez compasión en tanto se es testigo directo del sufrimiento de fondo que experimenta el afectado. Como consecuencia de ello, una subgrupo de personas cercanas se aleja del paciente con TLP bajo la premisa de que “haga lo que haga, nada le resulta bien o suficiente”. Otros, sin embargo, se mantendrán cerca del paciente, pero serán emocionalmente zarandeados en función del grado de aproximación a la persona con TLP.

En este sentido, cabe decir que el vínculo ambivalente tiene un mayor componente de búsqueda de aproximación del ser querido cuanto este está más lejos pero, a su vez, un mayor componente de búsqueda de evitación de dicha persona cuanto más se aproxima a uno. De algún modo, es como una relación en acordeón, en donde la música con la que bailan va alternándose según se va comprimiendo o no el fuelle de dicho instrumento.

A la larga, muchas personas con TLP que presentan vínculos ambivalentes acaban cansadas de ellas mismas y deciden pasar las últimas décadas de su vida en soledad, desgastadas por la experiencia de diversas relaciones en donde no se han permitido ser cuidadas/querida pese a que una parte de su corazón así lo pidiese/quisiera/necesitase.

## **Recomendaciones**

- **Favorecer la individualidad del familiar con TLP que presenta dependencia regresiva.** A menudo, el familiar de una persona con TLP y dependencia regresiva se enfrenta a la tesitura de realizar actividades con o sin la compañía del segundo. Tanto las frases tipo “no me dejes solo/a” como los gestos faciales que destilan lástima (por ej., llorar, “ponerse de morros”) son empleados por el paciente con la finalidad de evitar la soledad en todo momento. Siendo esta una forma de coacción implícita, el familiar corre el riesgo de favorecer la dependencia emocional del paciente si cede continuamente ante estas demandas. Incluso aunque el familiar se sienta asfixiado o acorralado en este marco de relación, puede seguir reforzando este patrón dependiente al llevar un estilo de vida centrado básicamente en el amparo y cuidados hacia el paciente. Al final, este tipo de relación adquiere la forma de huésped-parásito, favoreciendo que el segundo no se enfrente a sus problemas emocionales (por ej., vacío emocional, ansiedad social, dudas

acerca de cómo hacer las cosas, temor al abandono).

Es importante ir favoreciendo la individualidad del paciente (¡también la propia!) con vistas a optimizar el funcionamiento saludable del paciente y también una sana dependencia entre ambos, que no reste toda la libertad y autonomía a ambos. Una primera recomendación al respecto es crear rituales en donde quede claramente delimitado el espacio personal de que cada uno de ellos. Por ejemplo, si hablamos de una pareja, el cónyuge podría reservar un espacio semanal o mensual para quedar con amigos o realizar algún *hobby* personal (por ej., tomar unas cañas, ir a jugar a fútbol/*paddle*). Este tiempo personal tiene que ser respetado por el paciente, de modo que no participe en dicha actividad, ni siquiera con el pretexto habitual de “me encantaría aprender a...”. También es recomendable que, al volver a casa, no se haga ninguna mención acerca de qué personas han ido y qué han hecho; basta un simple y claro “lo hemos pasado muy bien”. Tampoco es necesario delimitar una hora muy puntual de retorno al domicilio; es suficiente con un “estaré seguro para la hora de comer/cenar...”. Por supuesto, no se deben contestar *whatsapp* del paciente durante ese tiempo personal de ocio, instándole directamente a que le llame en caso de causa muy mayor (por ej., enfermedad súbita que requiera hospitalización/asistencia médica, pero nunca un “me encuentro triste”). Estas medidas son absolutamente necesarias teniendo en consideración que el hipercontrol a distancia (por ej., mirar el *whatsapp* continuamente) es un recurso que emplean los dependientes regresivos para manejar la incertidumbre y angustia de la separación.

Todas estas pautas tienen que quedar muy claras con antelación a la puesta en práctica de dichos rituales, apostillando también que se hará caso omiso a cualquier tipo de interrogatorio o coacción pasiva si el paciente ha hecho una “mala digestión” de esa separación y así lo hace entrever a la vuelta del familiar al domicilio (por ej., silencios, pequeños cortes superficiales en los antebrazos). Si ese fuera el caso, la recomendación es que el familiar muestre indiferencia serena y no despreciativa, manteniendo el desarrollo de las actividades de casa con naturalidad. Esta manera de actuar permite, tras unos buenos minutos u horas, que el paciente se dé cuenta de su insana gestión de lo sucedido. Con todo lo expuesto, lo que el familiar ha de entender es que, a veces, va a tener que ser un buen actor/actriz y llevar la profesión por dentro para no actuar de una manera que, siendo completamente humano, refuerce el patrón inadecuado de relación del paciente con TLP.

Al margen de los rituales personales, es importante que el paciente vaya adquiriendo cada vez más responsabilidad en el día a día, sobre todo en aquellas actividades que pueda presentar más dudas en su realización (ansiedad de ejecución). Casi siempre, estas

actividades son situaciones donde puede tener miedo a fracasar (cometer un error) y/o ser juzgado por otras personas, sobre todo en grandes grupos. La tónica habitual es que el familiar acabe ejerciendo el rol que podría haber hecho el paciente, pero, “para que no sufra”, es asumido por él/ella. Desgraciadamente, la omisión de estas funciones conlleva que el paciente no salga de su zona de seguridad/*confort*, aumentando todavía más si cabe la dependencia (emocional e instrumental) hacia el familiar.

En este contexto, es igualmente conveniente informar y negociar de antemano con el paciente cuáles van a ser esas funciones que le van a ser encomendadas con vistas a su crecimiento personal y al equilibrio de la relación. Es muy posible que el paciente responda inicialmente con llanto y un “...pero si sabes lo mal que lo paso”. De nuevo, la actitud ante estas conductas regresivas debe ser la indiferencia serena, junto a un mensaje explícito de “es por tu bien y lo agradecerás con el tiempo”. Entre estas actividades, se pueden incluir todas aquellas en las que el paciente deba interactuar con terceros o realizar trámites (por ej., pagar/preguntar en una tienda; pedir algo a un miembro de la familia política; buscar por *Internet* información sobre algo; realizar un trámite administrativo personal, etc.).

En caso de que fuese cumpliendo con sus actividades, lo habitual es que busque la aprobación del familiar (“portado bien”), no sintiendo de inicio que es algo inherentemente sano para su desarrollo psíquico. Por tanto, con vistas a no fomentar un cumplimiento de objetivos basado en ser un “buen alumno” (dependencia de la aprobación externa), es recomendable expresarle un “¿cómo te has sentido al lograrlo?” en vez de un “me alegro mucho”. A través del primer tipo de enunciado, se consigue que el diálogo interno y el autorrefuerzo se erijan en los motores del cambio, puesto que lo habitual es que el paciente acabe pensando “lo he pasado mal, pero ahora me siento mejor y con más confianza”. Por el contrario, con el segundo tipo de enunciado, lo lógico es que piense “él/ella está contento; menos mal”.

• **No permitir ser explotado por el familiar con TLP que presenta dependencia egocéntrica.** La humillación en forma de insultos o incluso agresiones es relativamente común en los pacientes con TLP que presentan dependencia egocéntrica. También lo son los celos patológicos, un sentido de la territorialidad insana (rivalidad/competitividad desmedida) y la desacreditación de las otras personas que pudieran rodear o haber rodeado al familiar. Sin apenas uno darse cuenta, puede acabar en la jaula del paciente, siendo explotado y dominado a su antojo.

En esta situación, lo primero es redefinir el contexto presente. El paciente no es

alguien que sufra sin más, sino alguien que hace sufrir para no sufrir él/ella mismo. Eso es absoluto egoísmo y no es tolerable ni sano interpretarlo desde un “pobrecito/a, con lo que sufre, no saber hacerlo de otra manera”. Una de las fronteras entre el sufrimiento sano e insano es cuando uno intenta dejar de ser víctima convirtiéndose en verdugo para con los demás. Esto no admite ningún tipo de compasión, ya que muchas otras personas pueden haber sido víctimas en un pasado y no por ello lo pagan con los que conviven posteriormente en su vida (¡igual es el propio caso del familiar!).

Derivado de este primer objetivo, el segundo es poner claros límites a los insultos, humillaciones y cualquier otra conducta verbal o física que menoscabe la dignidad de uno. Es recomendable emplear frases tipo: “a mí no me hables así”; “no te permito/tolero que te dirijas así a mí”; “que sea la última vez que me dices...; ¿te he hablado con claridad?”. Es importante no salirse de este guion, pudiendo repetirse este tipo de frase dos o tres veces para transmitir al paciente (también a uno mismo) que no es un arrebato espontáneo dirigirse así al primero, sino que es la expresión de una convicción y de un cambio de rumbo respecto a lo que se permite y no se permite decir al familiar. También sugerimos que el familiar adopte este tipo de mensajes cuando los comentarios dirigidos hacia él/ella aludan a familiares o amigos propios (por ej., “no te permito que hables así de mi...”). Nuestra experiencia es que, si se mantiene una inercia en estos nuevos límites, el paciente acaba asumiendo que con él/ella es mejor no emplear algunas frases o actitudes hostiles y/o dominantes. Esto no quiere decir que el paciente en sí vaya a dejar de ser egocéntrico, sino que sabrá que, para conseguir sus objetivos (por ej., atenciones del familiar), ya no servirá emplear la dominación absoluta, sino que tendrá que aprender a negociar y escuchar las necesidades del otro. Esto acabará por volver más simétrica la relación o, en su defecto, hará que el paciente busque otra persona que sí que tolere ese tipo de conductas basadas en la dominación absoluta.

Tras este segundo objetivo, el tercero es ampliar la vida socio-familiar, la cual había sido relegada y arrinconada como consecuencia de haber sido sometido a la dictadura de una persona con dependencia egocéntrica. En este punto, las pautas a seguir son sumamente parecidas a las descritas para los familiares de los dependientes regresivos.

• **Establecer unas reglas claras de aproximación con el familiar con TLP que presenta vínculos ambivalentes.** Uno de los grandes problemas de enfrentarse a una persona que tiene vínculos ambivalentes es que muchas veces resulta imposible encontrar ese punto intermedio en donde el paciente se permita ser ayudado sin sentirse juzgado o infravalorado por ello. Este punto intermedio es además no verbal. Esto quiere

decir que no depende de que el paciente diga “hasta aquí puedes venir/entrar y por aquí no”. Al contrario, obedece a una serie de sensaciones y pensamientos automáticos/pre-conscientes del paciente que directamente influyen en su manera de actuar y gesticular, de modo que el familiar se halla totalmente a merced de saber leer con suma lucidez el lenguaje del cuerpo del paciente (por ej., silencios, tono de voz, movimiento de manos). Básicamente, el familiar debería aspirar a ser adivino, a poder leer la mente emocional del paciente en todo momento. Ciertamente, esto no es realista ni sano. Además, genera una sensación de constante atención a los “movimientos” del paciente, sintiéndose uno totalmente a expensas de sus fluctuaciones.

El objetivo ante dicha tesitura es que sea el propio familiar quien ponga las reglas de aproximación con el paciente, desmontando con ello el callejón sin salida que suponen los vínculos ambivalentes. Este propósito incluye dos premisas. La primera es que el paciente no puede siempre determinar en última instancia cuándo se acerca el familiar a él/ella. Por ello, recomendamos de antemano que se le transmita al paciente frases de tipo “escucharé lo que me dices, pero, según mi disponibilidad y/o la valoración de lo que me dices, tomaré la decisión de ir inmediatamente, más tarde o no hacerlo”. Con ello, el mensaje que se comunica es que se es receptivo, pero, a su vez, uno tiene la decisión última sobre cómo, cuándo y para qué acercarse al paciente. Aunque esto no suela gustar al paciente, lo cierto es que, explicado de antemano, es un adecuado punto de partida que aceptan con resignación serena.

Dicho esto, es sumamente importante que, llegado el caso, el familiar cumpla con lo pactado y no transgreda la propia norma establecida. Esto quiere decir que si le hubiera dicho al paciente que iría más tarde a verle, el hecho de acudir inmediatamente trasladaría al paciente un mensaje absolutamente contradictorio (verbal *versus* no verbal) y falta de credibilidad.

La segunda premisa es establecer una pauta de actuación ante el primer No (por ej., “¡vete!”) que el paciente emitiera tras el acercamiento solicitado con anterioridad. De antemano, es muy sugerible que se le indique al paciente que, ante el primer No sobre un asunto que hubiera requerido su presencia, el familiar se irá y no accederá posteriormente a retornar a pesar de las súplicas del paciente por teléfono o a viva voz.

Con esto, el paciente irá asimilando que los otros no son unos trapos que pueden ser usados a su antojo o en función de su estado emocional. Es decir, el paciente irá asimilando que no puede ir siempre marcando los tiempos según sus designios. De nuevo, hay que insistir en la importancia de no retractarse de los límites que se le pongan. Si el familiar se aleja ante el primer No, es absolutamente contraproducente

acabar volviendo a auxiliarle (vía móvil o en persona), bien fuera por lástima, bien ante la cabezonería de este.

# SECUELAS POSTRAUMÁTICAS POR ABUSO SEXUAL INFANTIL

## Descripción

Estudios recientes señalan que en torno al 30-40% de los adultos diagnosticados de TLP han presentado trastorno por estrés postraumático en su infancia (TEPT). El TEPT es un trastorno de tipo mental derivado de haber sufrido u observado una situación traumática, la cual genera toda una serie de síntomas clínicos agrupados en las siguientes 4 categorías: re-experimentación del episodio traumático (por ej., pesadillas, *flashbacks* o imágenes intrusivas), evitación de estímulos asociados al trauma (por ej., recuerdos, lugares), pensamientos/sentimientos negativos relativos al trauma (por ej., vergüenza, sentimientos de soledad) e hiperreactividad psicofisiológica (por ej., dificultades para dormir, hostilidad).

Entre los eventos traumáticos que pueden desembocar en un TEPT en la infancia se halla el hecho de haber sufrido abuso sexual. La relación entre abuso sexual y TEPT no es unívoca, habiendo multitud de factores que determinan esta asociación. Por una parte, las propias características del abuso sexual pueden tener un papel en esa ligazón. En concreto, la frecuencia del trauma o el grado de parentesco entre abusador y víctima pueden tener un papel relevante en el riesgo de padecer un TEPT. De este modo, el riesgo es mayor a más episodios traumáticos o si el agresor es un familiar en vez de un desconocido. Por otro lado, las propias características del menor pueden facilitar o no la irrupción y cronificación del TEPT, de modo que aquellos niños con más características personales protectoras o resilientes (por ej., menos rumiativo) pueden compensar este gran golpe psíquico en mayor medida. Por último, la presencia de un círculo familiar estable y emocionalmente validante y protector puede reducir la probabilidad del TEPT al mantener la víctima una cierta confianza en el ser humano, hecho que se suele ver muy perjudicado como consecuencia de padecer un TEPT. La presencia de estas otras figuras compensatorias para nada garantiza que el menor abusado confiese lo sucedido. De hecho, lo habitual es que por vergüenza y/o miedo a las represalias (por ej., le echen

la culpa) no lo confiese, permaneciendo el trauma como un tabú hasta la adultez. Además, en el caso de que el abusador fuese un familiar, el temor a que la confesión desestabilice la estructura familiar se erige en una gran barrera, principalmente al incrementar el riesgo de autoinculpación si dicho testimonio conlleva una notable angustia o disgusto en estos otros miembros del entorno. Si lo confiesan prematuramente, suele ser en el contexto de que sospechen o teman que el abusador puede estar haciendo lo mismo con otro menor del entorno (por ej., hermano/a más pequeño), una vez él/ella ya ha adquirido una edad mayor (adolescencia).

Algunas pistas indirectas pueden aportar indicios sobre la existencia de un abuso sexual, especialmente 1) si el menor manifiesta problemas emocionales, psicosexuales o conductuales de causa no filiada (por ej., conducta muy sexualizada); 2) si evita el contacto con algún familiar sin aparente justificación para con el entorno; o 3) si abandona prematuramente el domicilio familiar para independizarse. En caso de que lo confiesen al entorno, la respuesta de este es sumamente importante de cara a la evolución del trastorno de base. Una actitud negadora o indiferente puede ser a veces más dañina que el propio acontecimiento sufrido. Esta perniciosa actitud se puede ver entre aquellos familiares con un vínculo más dependiente a nivel emocional con el agresor.

Con todo, incluso en el mejor de los casos, es raro que la víctima acabe denunciando al agresor pasados unos años, sobre todo si se trata de un familiar. Lo más habitual es que él/ella y el entorno más próximo se alejen del agresor en adelante, pudiéndose a veces generar bandos y coaliciones familiares entre los que creen y no creen a la “presunta” víctima. Este cisma familiar suele generar sentimientos encontrados en el paciente. Por una parte, culpa irracional por haber “separado” a la familia; por otro lado, rabia en tanto que una parte de la misma niega o no acepta su versión de lo sucedido.

El TEPT infantil puede cronificarse y persistir llegada la adultez. De hecho, una mayor parte de pacientes con TLP que han tenido TEPT en la infancia suelen presentar formas atenuadas del segundo diagnóstico a largo plazo (TEPT parcial). Estas formas subclínicas de TEPT suelen incluir algunas pesadillas, sensaciones de asco y *flashbacks* durante la actividad sexual, evitación de algunos lugares concretos asociados al trauma, etc.

La relación entre TEPT infantil y TLP ha suscitado un notable debate científico. Se dice que algunas formas de TLP en personas que han padecido TEPT infantil constituyen realmente lo que se denomina TEPT complejo. Esta categoría psiquiátrica todavía no consolidada vendría a representar una suerte de TEPT de mayor gravedad en

tanto que genera no solo los síntomas descritos con anterioridad, sino profundas alteraciones en el carácter y personalidad del futuro adulto, muchas de estas características clínicas muy en la línea de lo que hoy se conoce como TLP (por ej., alta inestabilidad del humor, impulsividad, desconfianza, etc.).

Siendo indudable que el abuso sexual infantil genera en mayor o menor medida algún tipo de alteración psíquica, lo cierto es que tanto el TEPT como el TLP (o ambos juntos) son una de las muchas perturbaciones mentales que pueden derivarse de tal evento traumático. Esto es importante remarcarlo porque tradicionalmente se ha propugnado una asociación a veces demasiado exclusiva entre abuso sexual infantil y TLP.

Adicionalmente, conviene matizar que, respecto a las personas que solo tienen TLP o TEPT, la presencia de ambos diagnósticos aumenta el riesgo de padecer posteriormente depresión mayor, TCA y/o abuso de sustancias. En comparación a los pacientes que solo tienen TLP, las personas con TLP y TEPT (parcial o no) en la adultez manifiestan complicaciones añadidas en sus relaciones interpersonales. Muchas de estas complicaciones están estrechamente ligadas a lo que, a lo largo del texto, se ha venido a denominar revictimización, es decir, la reviviscencia del propio trauma a través de la experiencia vital presente con otros seres significativos. Entre las formas más comunes de revictimización en pacientes mamás con TLP se halla las relaciones con los hijos pequeños. En este caso, es relativamente común que desarrollen vínculos muy ansiosos y sobreprotectores, no tolerando que nadie (especialmente los hombres) se acerque o los toquen, salvo casos muy puntuales (por ej., la profesora de la guardería).

Estas figuras maternas suelen ser una suerte de “mamás leonas” que no confían en las intenciones de nadie, teniendo una actitud hipervigilante e hiperalerta, la cual muchas veces es camuflada y justificada con la excusa de que “soy así”. Las reacciones violentas son puntuales y se producen a mayor similitud física entre el agresor del pasado y la figura del presente que se acerca al menor. Los casos más graves incluso tienen problemas para delegar el cuidado del menor en el padre, especialmente en los momentos en que el menor pueda estar desnudo (por ej., cambiarle la ropa, los pañales, ducharle). En estos casos, el padre del menor se siente desconcertado por la actitud hiperprotectora y monopolizadora de la madre.

Una vez estos menores se van haciendo mayores, las discusiones con el hijo/a adolescente suelen ser habituales ante las restricciones que la figura con TEPT aplica a la autonomía social del primero, especialmente a la hora de dormir fuera, ir solo/a por la calle o delimitar el horario de vuelta de discoteca, etc. El uso de expresiones como “cuidado” y “vigila” es continuado a la hora de dirigirse a ello/as. Si acaba cediendo a

las demandas del menor adolescente, el hipercontrol a través de llamadas de teléfono o *whatsapp* suele ser bastante asfixiante. A la larga, esto genera un claro rechazo del hijo/a adolescente, ocasionando justo el efecto contrario al que deseaba el progenitor.

El otro caso habitual de revictimización son las relaciones sexuales con la pareja. Tradicionalmente se ha asociado la hipersexualidad al TLP. Teniendo esto una base clínica realista en un subgrupo de personas con TLP (por ej., pacientes jóvenes), lo cierto es que multitud de trastornos co-ocurrentes pueden contribuir a reducir el interés/contacto sexual en algunos de estos pacientes (por ej., depresión mayor y uso de antidepresivos, TCA, TEPT por abuso sexual). En este último caso, la evitación del contacto físico y/o la sensación de asco con el mismo se erigen en causas que acaban por disminuir el deseo (hipoerosia) o excitación sexual.

No obstante, no todas las personas con TLP y TEPT por abuso sexual infantil acaban perdiendo la libido y, con ello, el interés en la vida sexual con otras personas. Algunas de estas personas, sobre todo aquellas que presentan síntomas disociativos (por ej., no sentir emociones o anestesia emocional), pueden incurrir en formas impersonales y sustitutivas de sexualidad, recurriendo a veces a fijaciones sexuales sadomasoquistas como una manera de ser castigado/a o sentir algún tipo de emocionalidad, incluso aunque sea a través de recibir dolor y/o humillación (rol masoquista).

Con todo, lo habitual es que las parejas estables de una persona con ambos diagnósticos se enfrenten a la coyuntura de tener una pobre vida sexual tanto en frecuencia como en calidad. La revictimización no solo afecta a la vida sexual *per se*, sino también a toda forma de caricias y/o erotismo que implique contacto físico entre ambos (por ej., abrazos, besos), sobre todo si la víctima no ha dado el primer paso para ello y es “sorpresa” por la espalda o sin tener el control de la aproximación por parte del otro. A la larga, estas limitaciones sexuales pueden generar notables problemas en la relación, si bien algunas parejas se adaptan a las circunstancias relatadas, teniendo habitualmente prácticas sexuales sin coito. En otras ocasiones, la víctima se siente forzada subjetivamente a tener algún tipo de actividad sexual en pareja, no tanto porque el otro así lo reclame, sino por su propio temor a que la ausencia de toda práctica pueda desembocar en una ruptura o alejamiento entre ambos. En este caso, la revictimización tiende a ser vivida en silencio.

## **Recomendaciones**

- **Adquirir un mayor protagonismo en la función parental de los hijos comunes.** Una de las consecuencias derivadas de que un progenitor se revictimice al tener un hijo es

que el otro padre pueda quedar relegado en muchas actividades diarias que deberían formar parte de la relación natural con el pequeño. A veces, esta revictimización adopta la forma de no permitir dejarlo a solas con el padre, especialmente en momentos de mayor intimidad física (por ej., duchando al menor); en otras ocasiones, se limita a no concederle el mando de la función parental cuando ambos progenitores están presentes. Independientemente del alcance de estas conductas, el otro progenitor queda en un segundo plano y se forma un binomio patológico entre el menor y el padre revictimizado que, a la larga, ni favorece la autonomía del primero, ni ayuda a que el segundo se enfrente a sus traumas enquistados.

En este contexto, el objetivo es que el otro padre pueda alcanzar un adecuado rol parental a la vez que el progenitor revictimizado va aprendiendo a no canalizar su secuela postraumática a través de este triángulo familiar. Generalmente, las parejas estables de los pacientes con TLP que han sido abusados sexualmente en la infancia son conocedores de dichos traumas a través del propio relato/confesión del paciente. Sin embargo, es posible y muy humano que no lleguen a comprender la afectación psicológica que esto pudiera generar en el paciente, pues es habitual que este último no aporte muchos más detalles sobre lo que pasó o sobre el papel que la revictimización pudiera tener en su día a día con los demás.

La primera recomendación es que la pareja haga un análisis de todas esas situaciones en donde la conducta del progenitor revictimizado le impide tener libertad de movimientos para permanecer o interactuar con el hijo en común. Estas actividades deben ser divididas según no se le permita hacerlas a solas o no se le permita tener el mando de las mismas en presencia del paciente. Partiendo de dicha distinción, lo ideal es empezar por las segundas, ya que es mejor para el progenitor revictimizado que se vaya enfrentado a la delegación de funciones parentales mientras tiene un cierto control observacional de lo que pasa. En esta fase, todavía no estará preparado para que el otro progenitor haga cosas por su cuenta y en su ausencia.

Dicho esto, se puede negociar con el padre revictimizado el orden de exposición de esa delegación de algunas funciones parentales. Este orden debería ser tal que permitiera una progresiva asimilación de la vivencia traumática por parte del progenitor traumatizado. En este sentido, lo lógico es que las actividades conjuntas secuenciadas vayan incrementando progresivamente el contacto físico entre ambos. En la misma línea, dichas actividades también podrían sucederse según el menor vaya estando provisto de menos ropa.

En conjunto, todo esto vendría a suponer un programa de tareas parentales del

progenitor no traumatizado para con el menor similar a este: 1) mirarle fijamente; 2) cogerle la mano y acariciarle; 3) darle un abrazo; 4) besarle en la cara y en la boca; 5) cambiarle de ropa; 6) cambiarle el pañal; 7) ducharle y secarle con la toalla. Durante estos ejercicios, es importante que el progenitor revictimizado esté presente. Ha de mirar pero no hipervigilar. Ha de expresar lo que siente, pero no co-participar o interrumpir el ritual parento-filial entre los otros dos. La finalidad es fomentar el lazo entre el otro padre y el menor. Mientras tanto, el padre traumatizado ha de enfrentarse y reprocesar la vivencia de su drama infantil mientras observa una nueva situación en donde el adulto (su cónyuge) realmente aporta cobijo, protección y ayuda al menor indefenso. Si el padre traumatizado llora en ese momento, conviene dejarle su tiempo. Se le puede alentar a que exprese lo que está recordando, pensando o temiendo. La actitud del otro progenitor ha de ser de mera escucha, transmitiendo con los gestos tranquilidad y serenidad. No es conveniente decirle al cónyuge traumatizado “confía en mí”, pues no es realmente un problema *con él/ella*, sino un trauma revivido *a través* de él/ella. Cuando finaliza el ejercicio, ambos progenitores se pueden fundir en un abrazo, siempre y cuando se le haya preguntado al padre revictimizado y este lo permita.

Una vez han acabado todos estos ejercicios en donde el progenitor traumatizado es testigo, la siguiente fase es llevar a cabo actividades con el menor en su ausencia, especialmente en el exterior. En relación a ello, hay que tener en cuenta que aquí aparece una nueva variable: la presencia de otras personas. Esto indudablemente ha de aumentar la desconfianza del paciente, quien, además, no va a tener posibilidad de observar la interacción que en esos otros contextos pueda acontecer. Siempre que sea posible, es preferible comenzar por aquellas actividades externas cuyos co-protagonistas sean conocidos del padre traumatizado y tengan un sexo diferente al del agresor de su infancia (en la mayoría de los casos suele ser un hombre). Por dicha lógica, estas actividades pueden empezar por llevar/recoger al menor a la guardería o escuela. Una siguiente tarea podría ser que vaya a casa de los familiares del padre no traumatizado (por ej., a ver a los abuelos). Por último, el progenitor no revictimizado podría encargarse de llevarlo/recogerlo de tareas extraescolares (por ej., entrenamientos o partidos de fútbol federado).

Cuando el menor se hace adolescente, estas pautas han de cambiar, pues ya no es cuestión de que un padre o el otro sea quien tenga que acompañar o asumir más la función parental. Al contrario, el objetivo real para la adecuación socialización del menor adolescente es que se le permita cada vez mayor libertad dentro de una lógica

responsabilidad. En ese caso, lo ideal es aprender a negociar con el progenitor revictimizado una mayor parte de las normas que tengan que ver con el hijo adolescente. Por ello, es muy importante que esta negociación se haga sin la presencia del menor, de modo que, cuando este busque a uno de los dos, el mensaje siempre sea “lo hablaré con tu otro padre”. De este modo, es más difícil que el hijo adolescente acabe etiquetando a uno de los progenitores como el “poli bueno” y a otro como el “poli malo”, lo que comportaría la formación de coaliciones innecesarias donde posiblemente el padre traumatizado quedaría estigmatizado como el represor y amargado.

• **Buscar formas menos revictimizantes de contacto físico y sexual con el cónyuge con TLP.** El progenitor no traumatizado también puede experimentar en primera persona las grandes consecuencias psíquicas e interpersonales de la revictimización del cónyuge con TLP y TEPT. Muchas veces esto no se limita al contacto sexual, sino al meramente físico, incluyendo las formas más tenues de aproximación como puede ser coger la mano o un abrazo. El paciente generalmente no dirá que está re-experimentando un recuerdo intrusivo del trauma mientras esto acontece en el presente, sino que argumentará que no le apetece, está cansado/a, etc.

En este contexto, lo primero a tener en consideración por las parejas es que no asuman siempre como ciertos los motivos esgrimidos por sus cónyuges para no acercarse si ha habido antecedentes por abuso sexual. En este sentido, es importante que le transmitan al paciente su deseo de que prefieren oír una mala verdad antes que una buena mentira, sin que ello obligue a aportar detalles que pudiera incomodar notablemente al cónyuge traumatizado. En este sentido, se le puede sugerir que emplee un “me estoy agobiando” como una frase que refleje la realidad de su estado interno y, a la vez, que aporte una información fidedigna a partir de la cual el cónyuge no traumatizado haga una interpretación adecuada de la situación. Dicho esto, es sumamente relevante obviar frases como “ya no me quieres” o “pasas de mí” ante el distanciamiento físico del paciente, no solo porque esto sea irreal a los ojos del miembro traumatizado, sino porque aumentaría sus sentimientos de incomprensión y de ser una carga.

Antes de cualquier ejercicio terapéutico dentro de la esfera sexual, es muy conveniente empezar por aquellas tareas que no incluyan un contacto tan carnal. Dentro de esa primera fase, lo conveniente es que el contacto físico sea iniciado, dirigido y culminado por el paciente, si es posible siguiendo un orden progresivo de exposición según lo amenazante que le resultase la situación de aproximación al cónyuge no traumatizado. En este sentido, la secuencia realizada por el paciente podría ser: 1) dar la mano a la pareja; 2) acariciar sus antebrazos; 3) abrazarle por la espalda; 4) abrazarle por delante

(torsos juntos); 5) darle un beso en la cara; 6) darle un beso en los labios.

Durante estos ejercicios, es muy posible que el paciente tiemble, llore o se ponga rígido. Es importante alentar sin excesiva presión a que comente lo que está sintiendo, pensando o viendo en el aquí y ahora, por desagradable o vergonzoso que pudiera parecerle. La actitud de la pareja ante lo que el paciente relatase debería ser la escucha activa, sin hacer añadir comentarios innecesarios que vinieran a rellenar la atmósfera del momento con aire inadecuado (por ej., no te pongas triste...). Mientras el paciente va reprocesando de este modo el trauma infantil, el familiar debería mantenerse en la ejecución del ejercicio programado.

Una vez el paciente ha ido realizando activamente estos ejercicios, el siguiente objetivo de esta primera fase es que se permita ser pasivamente receptor, cediendo con ello el control del contacto al cónyuge no traumatizado. De nuevo, la pauta a seguir es similar a los 5 pasos referidos con anterioridad, pero, en este caso, el paciente es quien lo recibe, no quien lo ejecuta.

Hasta que este tipo de ejercicios no estén adecuadamente digeridos, resulta poco realista plantearse una aproximación sexual entre ambos. Si fuera el momento, la recomendación sobre las pautas a adoptar trasciende el alcance del presente libro, pero básicamente consistiría en realizar una serie de caricias y juegos sexuales *in crescendo* (el coito siempre lo último y no es obligatorio), en donde emisor y receptor se alternan mientras relatan lo que van sintiendo en cada momento. Estas pautas van muy en la línea de lo que se ha denominado focalización sensorial. En los casos más graves, el cónyuge traumatizado ha de empezar con la masturbación a solas como preámbulo a estas prácticas sexuales más interpersonales, de modo que así pueda sentir un mayor manejo y confianza en su sexualidad.

# BIBLIOGRAFÍA

La mayoría de publicaciones científicas que incluyen el estudio de la familia y allegados en pacientes con TLP 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 dichos aspectos clínicos 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*.

## **Papel de la familia en el origen del TLP**

- BOUCHER, M.È.; PUGLIESE, J.; ALLARD-CHAPAIS, C.; LECOURS, S.; AHOUNDOVA, L.; Chouinard, R. y Gaham, S. *Parent-child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review*. Personal Ment Health. 2017 Aug 2. doi: 10.1002/pmh.1385.
- WINSPEER, C.; HALL, J.; STRAUSS, V.Y. y WOLKE, D. *Aetiological pathways to borderline personality disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimisation*. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2017 Jun 3; 4:10. doi: 10.1186/s40479-017-0060-x.
- STEPP, S.D.; LAZARUS, S.A.; BYRD AL. *A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward*. Personal Disord. 2016 Oct; 7(4):316-323.
- INFURNA, M.R.; BRUNNER, R.; HOLZ, B.; PARZER, P.; GIANNONE, F.; REICHL, C.; FISCHER, G.; RESCH, F.; KAESS, M. *The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder*. J Pers Disord. 2016 Apr; 30(2):177-92. doi: 10.1521/pedi\_2015\_29\_186.
- REINELT, E.; STOPSACK, M.; ALDINGER, M.; ULRICH, I.; GRABE, H.J.; BARNOW, S. *Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms:*

*from mother to child?* Psychopathology. 2014; 47(1):10-6. doi: 10.1159/000345857.

WHITE, C.N.; GUNDERSON, J.G.; ZANARINI, M.C.; HUDSON, J.I. *Family studies of borderline personality disorder: a review.* Harv Rev Psychiatry. 2003 Jan-Feb; 11(1):8-19.

### **Disfuncionalidad familiar en personas con TLP**

NAVARRO-GÓMEZ, S.; FRÍAS, Á.; PALMA, C. *Romantic relationships of people with borderline personality: A narrative review.* Psychopathology. 2017;50(3):175-187. doi: 10.1159/000474950.

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. doi: 10.1136/eb-2015-102163.

MARTINO, F.; LIA, L.; BORTOLOTTI, B.; MENCHETTI, M.; MONARI, M.; RIDOLFI, M.E.; SANZA, M.; SASDELLI, A.; BERARDI, D. *The family of a patient with borderline personality disorder: burden of illness and interventions for caregivers.* Riv Psichiatr. 2014 Sep-Oct;49(5):199-206. doi: 10.1708/1668.18258.

STAPP, S.D.; WHALEN, D.J.; PILKONIS, P.A.; HIPWELL, A.E.; LEVINE, M.D. *Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention.* Personal Disord. 2012 Jan; 3(1):76-91. doi: 10.1037/a0023081.

GOODMAN, M.; PATIL, U.; TRIEBWASSER, J.; HOFFMAN, P.; WEINSTEIN, Z.A.; NEW, A. *Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring.* J Pers Disord. 2011 Feb; 25(1):59-74. doi: 10.1521/pedi.2011.25.1.59.

HILL, J.; STAPP, S.D.; WAN, M.W.; HOPE, H.; MORSE, J.Q.; STEELE, M.; STEELE, H.; PILKONIS, P.A. *Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction.* J Pers Disord. 2011 Dec;25(6):789-805. doi: 10.1521/pedi.2011.25.6.789.

### **Tratamientos para el TLP que incluyen a la familia**

PEARCE, J.; JOVEV, M.; HULBERT, C.; MCKECHNIE, B.; MCCUTCHEON, L.; BETTS, J.; CHANEN, A.M. *Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder.* Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2017 Mar 24; 4:5. doi: 10.1186/s40479-017-0056-6.

REGALADO, P.; PECHON, C.; STOEWESAND, C.; GAGLIESI, P. *Family relatives of persons with borderline personality disorder: a pre-experimental study of a group intervention.*

Vertex. 2011 Jul-Aug; 22(98):245-52.

MARCINKO, D.; BILIĆ, V. *Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history.* Psychiatr Danub. 2010 Jun; 22(2):257-6.

HOFFMAN, P.D.; FRUZZETTI, A.E.; BUTEAU, E.; NEIDITCH, E.R.; PENNEY, D.; BRUCE, M.L.; HELLMAN, F.; STRUENING, E. *Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder.* Fam Process. 2005 Jun; 44(2):217-25.

BERTELLI, C.; BÉLISLE, M.C. *Crisis intervention with patients with borderline personality disorder. Part 2: Systemic and family therapy.* Sante Ment Que. 2004 Autumn; 29(2):253-66.

APFELBAUM, S.; GAGLIESI, P. *Borderline personality disorder: the patients and their relatives.* Vertex. 2004 Dec-2005 Feb; 15(58):295-302.

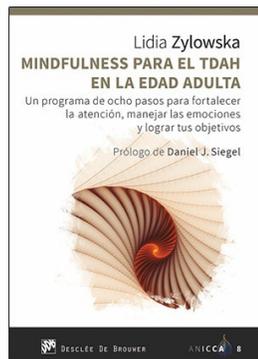
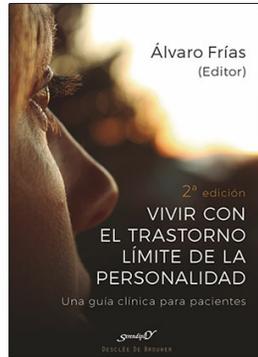
## ACERCA DEL AUTOR



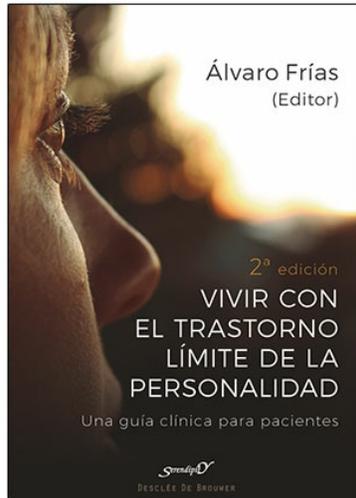
Álvaro Frías Ibáñez, Valencia (1981), es especialista en Psicología Clínica vía PIR y doctor en Psicología. Completó su formación postdoctoral en el Western Psychiatric Institute and Clinic, de Pittsburgh. Trabaja en el servicio de Psiquiatría del Hospital de Mataró (Barcelona), lugar donde compagina su labor asistencial como coordinador del Programa Ambulatorio de Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), junto con la tutoría de los Psicólogos Internos Residentes.

Es autor de numerosas publicaciones internacionales sobre el TLP y editor del libro *Vivir con el trastorno límite de la personalidad* (Desclée De Brouwer, 2017). Es coordinador clínico de la app de móvil B·RIGHT, desarrollada para el automanejo de las crisis emocionales. También es profesor colaborador en la Facultat Blanquerna, lugar donde imparte la materia “Crisis emocionales en pacientes psiquiátricos”.

# TÍTULOS RECOMENDADOS



Adquiera todos nuestros ebooks en  
[www.ebooks.edesclée.com](http://www.ebooks.edesclée.com)



## Vivir con el Trastorno Límite de la Personalidad

Una guía clínica para pacientes

Álvaro Frías Ibáñez

ISBN: 978-84-330-2935-5

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

El Trastorno Límite de la Personalidad es una alteración psiquiátrica grave y crónica que afecta al 2% de la población general adulta. Entre otros síntomas clínicos, se caracteriza por una elevada impulsividad e inestabilidad del ánimo, lo cual afecta negativamente a las relaciones personales (familia, amistades y parejas) y al desarrollo académico o laboral de las personas que lo padecen.

La propia sintomatología del trastorno dificulta el cumplimiento de un tratamiento periódico y duradero. Bastantes personas con TLP abandonan el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico al cabo de pocos meses. Otras muchas lo siguen de manera intermitente a lo largo de los años.

En dicho contexto, esta guía clínica pretende dotar a los afectados de una herramienta terapéutica novedosa para afrontar su sufrimiento diario. Con un lenguaje sencillo y múltiples ejemplos, ofrece una descripción de los principales síntomas y sus

consecuencias, así como distintas recomendaciones para hacerles frente a lo largo del tiempo y en diferentes ambientes. Constituye un recurso clínico idóneo para las personas con TLP que buscan mejorar la comprensión y manejo de su trastorno más allá de las sesiones con sus profesionales de referencia. Del mismo modo, puede ser de utilidad para aquellos profesionales y familiares que buscan una aproximación al trastorno desde la óptica del paciente.



## La autocompasión en psicoterapia

Prácticas basadas en la conciencia plena para la curación y la transformación

Tim Desmond

ISBN: 978-84-330-3006-1

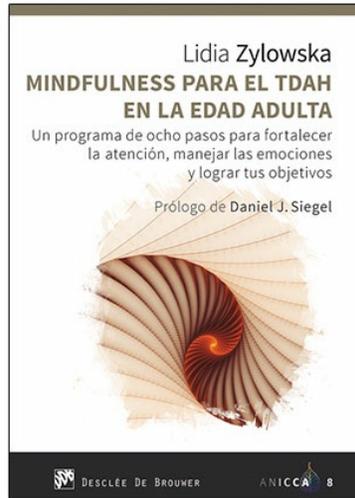
[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

Este libro nos muestra por qué la autocompasión se encuentra en el núcleo de la sanación terapéutica, y nos enseña también el modo de integrar la formación de la compasión en la práctica clínica. Tim Desmond ofrece una orientación excepcionalmente clara, accesible e intuitiva.

Doctora Tara Brach

Los investigadores comprenden ahora que la autocompasión es una habilidad que puede fortalecerse a través de la práctica, y que mejora la salud mental y el bienestar. Al cultivar la habilidad de la autocompasión en sus clientes, los profesionales de la salud mental pueden ayudarles a manejar de manera más efectiva y sostenible las emociones difíciles, a transformar las creencias centrales negativas, a gestionar los estados depresivos y la ansiedad, a ir más allá del sufrimiento y a motivarse a sí mismos con una actitud bondadosa en lugar de crítica.

Este libro integra las enseñanzas tradicionales budistas y el mindfulness con la ciencia de vanguardia de diferentes sectores –incluidas la neurobiología, la neurociencia cognitiva, la investigación de resultados de la psicoterapia y la psicología positiva–, a fin de explicar el modo en que los profesionales clínicos pueden ayudar a sus clientes a desarrollar una actitud más cariñosa, amable e indulgente hacia la autocompasión.



## Mindfulness para el TDAH en la edad adulta

Un programa de ocho pasos para fortalecer la atención, manejar las emociones y lograr tus objetivos

Lidia Zylowska

ISBN: 978-84-330-3024-5

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

Un nuevo enfoque excitante que mejorará los tratamientos médicos estándar para el TDAH.

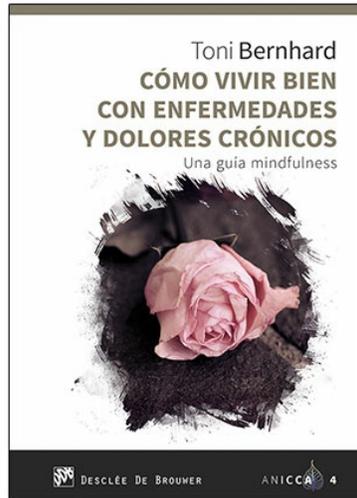
¿Tiene problemas para prestar atención y para mantenerse centrado en una tarea? ¿Sufre de desorganización, procrastinación o falta de memoria? ¿Tiene dificultades con la inquietud o le cuesta manejar los sentimientos intensos como la ira y la frustración?

De ser así, es posible que tenga un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) –como les sucede, según las estimaciones, a más de 3 millones de personas solo en España–.

La médica e investigadora, doctora Lidia Zylowska, ha creado un programa de 8 pasos para usar la práctica del mindfulness (un entrenamiento de la atención y la conciencia) que puede ayudarle a superar los síntomas del TDAH. El programa incluye prácticas

tales como la meditación sentada, la conciencia corporal, el habla y la escucha reflexivas, el desarrollo de la autoaceptación, el autoasesoramiento consciente, el cultivo de una visión equilibrada de los pensamientos y las emociones, y otras muchas.

La doctora Zylowska educa a los lectores sobre el TDAH, ayudándoles a comprender cómo funciona su cerebro con TDAH y cómo usar el conocimiento consciente para hacer frente a sus desafíos. También explica la manera en que el enfoque consciente puede combinarse con otros tratamientos, entre ellos los medicamentos, a fin de fomentar la superación personal.



## Cómo vivir bien con enfermedades y dolores crónicos

Cómo vivir bien con enfermedades y dolores crónicos

Toni Bernhard

ISBN: 978-84-330-2937-9

[www.edesclée.com](http://www.edesclée.com)

La enfermedad crónica plantea numerosos desafíos, desde crisis profesionales y problemas de relación, hasta sentimientos de culpa, problemas de identidad personal y aislamiento. Toni Bernhard aborda estos retos y muchos más, acudiendo a ejemplos prácticos para ilustrar cómo el mindfulness, la ecuanimidad y la compasión pueden ayudar a los lectores a reconciliarse con sus alteradas existencias.

En su característico estilo conversacional, Bernhard muestra cómo aprovechar al máximo la vida a pesar de los impedimentos de la enfermedad crónica, basándose en:

- Ejercicios de mindfulness para mitigar el dolor físico y emocional
- Consejos concretos para gestionar las dificultades cotidianas de las citas médicas, las tareas del hogar y las obligaciones sociales
- Herramientas para sortear los problemas que la enfermedad puede provocar en las relaciones

Varios capítulos están dirigidos a los familiares y amigos de los enfermos, para que entiendan mejor lo que sus seres queridos están pasando y cómo pueden ayudarles.

Plena de humor y empatía, Bernhard comparte con inquebrantable honestidad sus propias luchas y contratiempos, ofreciendo un apoyo de incalculable valor en la búsqueda de paz y bienestar.



DIRECTORA: OLGA CASTANYER

1. *Relatos para el crecimiento personal*. Carlos Alemany (ed.) (6ª ed.)
2. *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Olga Castanyer (41ª 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 Sarkisoff (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 Richo (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 Richo (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. *Crecer 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.* Mª. 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 Villafañez
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 Masía
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 Sarkisoff
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 Villagrà (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 Mearns 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 Barrenengoa (2ª ed.)
87. *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia.* M. Pilar Quiroga Méndez
88. *Crecer 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 Pío Abreu
92. *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiritual en la práctica terapéutica.* Agneta Schreurs
93. *Fluir en la adversidad.* Amado Ramírez Villafañez
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 (15ª 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 engancho. 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.* Bala Jaison
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 Villafañez
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 (6ª 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 Bharwaney
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 - Gráinne 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. *Comida para las emociones. Neuroalimentación para que el cerebro se sienta bien.* Sandi Krstinic (4ª ed.)
171. *Aprender de la ansiedad. La sabiduría de las emociones.* Pedro Moreno
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 trastrono 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 Molioli (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 (2ª ed.)
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 (5ª 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 (2ª ed.)
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. PsiCocina 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
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 Covarsí 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, 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*. N. Mendive
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 (2ª ed.)
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 (2ª ed.)
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*. Federika Trombetta
212. *Recupera tu autonomía y bienestar personal*. José Antonio González Suárez
213. *¿A qué he venido yo aquí? Guía para comprender y mejorar la memoria*. Laura Vera Patier
214. *Quiero aprender... a ser más eficiente en el trabajo*. Yolanda Cañizares Gil
215. *Vivir con una persona con trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para familiares y allegados*. Álvaro Frías Ibáñez (Editor)
216. *La preocupación inútil*. Laura Vera Patier
217. *Esto de ser humano. Contemplando la luz a través de la herida*. Beatriz Rodríguez Vega
218. *La felicidad: qué ayuda y qué no. Psicología para entendernos*. Leocadio Martín Borges
219. *Alteraciones de la identidad en personas con Trastorno Límite de la Personalidad. Una guía clínica para una psicoterapia colaborativa entre paciente y profesional*. Álvaro Frías (Ed.)

## SERIE MAIOR

1. *Anatomía Emocional. La estructura de la experiencia somática*. Luciano Sandrin (12ª 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. *Crece 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. Idígoras (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 M<sup>a</sup> 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 Tamblay
29. *Manual práctico de psicoterapia gestalt*. Ángeles Martín (11<sup>a</sup> 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 (2<sup>a</sup> 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 (2<sup>a</sup> ed.)
36. *El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta*. Miguel del Nogal (2<sup>a</sup> ed.)
37. *Los sueños en psicoterapia gestalt. Teoría y práctica*. Ángeles Martín (2<sup>a</sup> 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 (4<sup>a</sup> ed.)
41. *Vivir con plena atención. De la aceptación a la presencia*. Vicente Simón (2<sup>a</sup> 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. Moursund - Rebecca L. Trautmann (2<sup>a</sup> 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 (2<sup>a</sup> ed.)
48. *Herramientas de coaching ejecutivo*. Francisco Yuste (2<sup>a</sup> 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.) (2<sup>a</sup> ed.)
51. *Hazte experto en inteligencia emocional*. Olga Cañizares y Carmen García de Leaniz (Coordinadoras) (2<sup>a</sup> ed.)
52. *Counseling y cuidados paliativos. Esperanza Santos y José Carlos Bermejo*. Esperanza Santos y José Carlos Bermejo (2<sup>a</sup> ed.)
53. *Eneagrama para terapeutas*. Carmela Ruiz de la Rosa
54. *Habilidades esenciales del counseling. Guía práctica y de aplicación*. S. Magnuson y K. 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*. P. 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*. A. Rocamora
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 (4ª ed.)
61. *Trauma y presencia.* Peter Bourquin (Ed.)
  62. *Personas altamente sensibles. Claves psicológicas y espirituales.* Rafael Pardo (2ª ed.)
  63. *El eneagrama, el origen. Libro de consulta.* Macarena Moreno-Torres
  64. *¿Por qué la gente a la que quiero me hace daño? Neurobiología, apego y emociones.* Manuel Hernández Pacheco (2ª ed.)
  65. *El corazón de la sexualidad. La revolución de los afectos.* Alberto Mena Godoy
  66. *Manual para dominar los pensamientos ansiosos. Habilidades para superar los pensamientos intrusivos no deseados que nos llevan a la ansiedad, las obsesiones y la depresión.* David A. Clark

# Índice

Portadilla	2
Créditos	4
Colaboradores	6
Prólogo	8
Parte I. Conocer el trastorno límite desde la perspectiva del familiar	10
Características clínicas	11
Funcionalidad socio-familiar y otras áreas de desarrollo vital	16
Papel de la familia en el origen y curso del trastorno	23
Rol e implicación de la familia en el tratamiento	32
Parte II. Impacto emocional en los familiares y estrategias de autogestión	39
Culpabilidad	41
Negación y represión emocional	47
Miedo e irritabilidad	55
Agotamiento emocional	64
Pena, enfado y ambivalencia emocional	71
Trastornos mentales en los familiares	78
Parte III. Situaciones problemáticas comunes y pautas de afrontamiento	82
Pensamiento y conducta (para)suicida	84
Agresividad manifiesta y conductas pasivo-agresivas	91
Crisis de pánico y conversivas	100
Picos depresivos	106
Restricción alimentaria y/o atracones	114
Dependencia y vínculo ambivalente	121
Secuelas postraumáticas por abuso sexual infantil	129
Bibliografía	137
Acerca del autor	140
Títulos recomendados	141
Vivir con el Trastorno Límite de la Personalidad	142
La autocompasión en psicoterapia	144
Mindfulness para el TDAH en la edad adulta	146

Cómo vivir bien con enfermedades y dolores crónicos  
Colección Serendipity

148  
150