

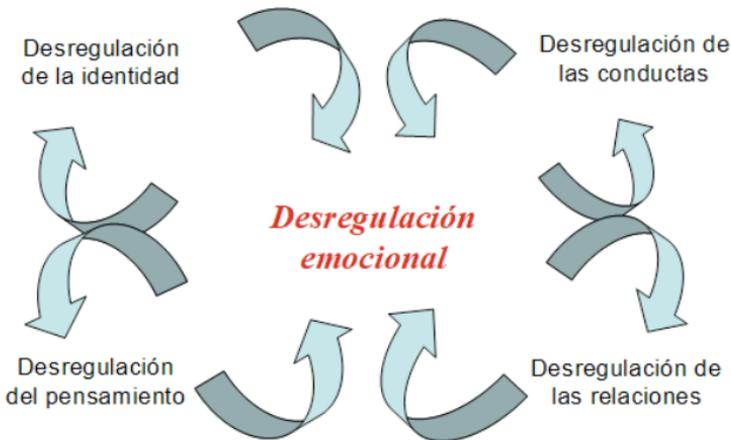


CAPITULO 3

DIMENSIONES

Las dimensiones hacen referencia a los ejes básicos que caracterizan el TLP y pueden ser comunes a otros muchos trastornos: *las emociones, las conductas, las relaciones con los demás, la identidad y el pensamiento*

La dimensión central es la emocional, cada dimensión se altera de una forma determinada y a eso le llamamos “desregulación” y cada dimensión afecta y condiciona la otra.



Veamos esto en un ejemplo.

“Una adolescente se levanta un día con una tristeza que no sabe de dónde le viene, no se ve con ánimos de ir al instituto y se entristece y enfada consigo misma (dimensión emocional). Estas emociones hacen que empiece a dudar acerca de si continuar o no estudiando bachillerato de letras y se vea a sí misma como incompetente (identidad y sentido de sí misma), sintiendo vergüenza y no queriendo salir de casa. Con esta sensación de encierro, la cabeza no para de pensar qué hacer y se le ocurre que igual no vale la pena vivir y empieza a tener ideas suicidas y se da golpes contra la cabeza (conducta). En este contexto puede aparecer la búsqueda de ayuda y envía un mensaje a una amiga que lee el whatsapp pero no le da respuesta. Entonces se enfada y piensa que aquella amiga en realidad no es tan amiga si no es capaz de ayudarla cuando lo necesita (las relaciones con los demás) y empieza a sentirse lejana y desconfiar de otras amigas y otras personas (pensamiento)”.

Como podemos ver se hace una “bola de nieve y el malestar cada vez es mayor y más difícil.

En los siguientes apartados vamos a describir cada una de estas dimensiones con detenimiento.

3.1. LAS EMOCIONES:

UN CARACOL SIN CAPARAZÓN

La persona con trastorno límite es en extremo emocional. Dicen de sí mismas que son “pura emoción”. Todo les afecta: lo agradable y lo que hace sufrir. Y son especialmente sensibles a las señales de rechazo, crítica o devaluación. Esto las convierte en una especie de caracol sin caparazón, altamente vulnerables a cualquier rasguño.

Ser emocional no es la causa por la que la persona sufre el trastorno. Aunque algunos puedan pensar que ser emocional es el problema, podemos decir que en realidad *el problema es la dificultad para regular sus emociones*, debido a la intensidad y a la duración de las mismas. Hay dos maneras inapropiadas aunque absolutamente lógicas, de actuar cuando tus emociones son así: escaparte de

ellas con algo (conductas problema) o evitar sentir las (conducta problema). Las conductas problema son acciones que sirven para salir del malestar pero de forma poco sana. Por ejemplo dormir todo el día, beber, pegarse un atracón, cortarse, tomar medicación no prescrita, no comer, etc.

Si la persona con TLP aprendiera a identificar sus emociones y a manejarlas sin amplificarlas ni evitarlas, podemos decir que tendría más del 80% del trabajo hecho.

¿QUÉ ES UNA EMOCIÓN?

Una emoción es una respuesta compleja y automática que nos aparece ante diferentes estímulos tanto internos como externos. Es compleja porque incluye pensamientos, sensaciones corporales y un impulso de actuar (nos impulsa a hacer algo). Ya veremos más adelante la importancia de este punto. Justamente esta es la función que tienen las emociones, o dicho de otro modo, para lo que las tenemos. Y es automática porque no podemos

evitar tener una emoción, no está dentro de nuestro control, sucede sin mediar nuestra voluntad.

Veamos un ejemplo de un estímulo externo que provoca una emoción: veo un enorme prado verde, pienso que “es lo más bonito que he visto nunca”, noto un nudo en la garganta, el pulso acelerado y me viene un impulso de empezar a correr por él. En el caso de un estímulo interno: puede ser una reacción de asco ante una mosca grande y negra. Pienso “¡qué asco!”, noto un escalofrío por el cuerpo, se me tensa el cuello, hago una mueca involuntaria y tengo el impulso de escapar o taparme con algo.

Las emociones surgen y se encadenan unas con otras tan rápidamente que es difícil distinguir cuál es la emoción primaria y cuales las emociones secundarias que han ido apareciendo después. Los que llevamos años estudiando las emociones de los demás y las nuestras, ya tenemos algunos “trucos” que nos ayudan al menos a intuir que la emoción que vemos no es la verdaderamente primaria.

Las **emociones primarias** son innatas e instintivas y es por ello que son fundamentales para

la supervivencia de los seres humanos. Por ejemplo, cuando oyes un ruido fuerte y sientes miedo, has experimentado una emoción primaria que te impulsa a huir, por lo que vas a salvar la vida!. También cuando una persona a la que quieres te sonrío y tú sientes esa alegría que te impulsa a abrazarla, por lo que vas a reforzar un vínculo necesario para tu supervivencia. Son emociones primarias el miedo, la rabia, la alegría, el asco, la vergüenza, la culpa y el amor. Pero cuidado!, no tenemos consenso respecto a cuantas emociones primarias hay ni en cuales son. Existen diferentes opiniones.

Las **emociones secundarias** están formadas por emociones primarias “aliñadas” o “aderezadas” con juicios de valor o creencias personales. Por ejemplo: avergonzarse por sentir miedo; enfadarse por estar enamorado, culparse por haberse enfadado, etc. **Cuando las emociones secundarias entran en juego se hace más complicado rescatar lo que nos dice el instinto.** El mensaje o la esencia de lo que nos quieren decir las emociones primarias ya no es tan directo. Hay alrededor otras emociones que nos pueden liar o

confundir. Además, al llevar juicios e interpretaciones asociadas a nuestras propias vivencias, las emociones secundarias no siempre nos aconsejan tan bien como las primarias, al alejarse del instinto o sentido común. Como estaréis adivinando, cada persona tiene sus propias emociones secundarias, mientras que las primarias son emociones universales.

Vamos a explicar cómo se organizan las emociones secundarias en nuestro cerebro. Se encadenan unas con otras formando una “red de carreteras” que se ha ido construyendo a partir de la biografía o historia personal de cada uno, por lo que es diferente para cada persona. Así podemos entender que cada uno de nosotros tiene patrones de reacción diferentes. Por ejemplo, una paciente siente que ha hecho algo mal e inmediatamente cree que debe ser castigada (emoción secundaria: culpa por fallar). Otra persona podría no haber experimentado lo mismo, incluso podría ni siquiera sufrir por ello. **Por eso decimos que la red secundaria de emociones forma parte de la propia historia personal de aprendizaje de cada persona.** Puede no tener una función

adaptativa para esa persona e incluso en muchas ocasiones puede ser contraproducente, provocando un sufrimiento añadido. Por ejemplo, castigarme por fallar.

Lo que conecta las emociones primarias con las secundarias son **los pensamientos automáticos, creencias o links** que se han formado a partir de nuestra biografía, como: “no debo enfadarme”, “no tengo derecho a sentirme orgulloso”, “de mí no saldrá nunca nada bueno...”, “cuando me dicen esto es que me van a dejar”. En una persona pueden existir ciertos links verdaderamente peligrosos, ya que cada vez que se activan pueden llevarla a desregularse y acabar teniendo una conducta problema. Por ejemplo: cuando llevo al link “todo el mundo acaba dejándome” no lo puedo soportar, me da tanta rabia que acabo mordiéndome.

Quien sabe dar nombre a sus emociones es más capaz de gestionarlas. **Se puede aprender a nombrar las emociones** mediante la terapia. Por ejemplo, las técnicas de mindfulness nos ayudan a tomar distancia de nuestras emociones para poder nombrarlas, entender lo que nos dicen, cuál

es su mensaje y decidir si seguimos el impulso que nos dan porque es útil para nosotros o para la situación.

Una paciente aprendió con el tiempo a bloquear/evitar intensos sentimientos de soledad y abandono (emoción primaria) y los transformó en crítica y rabia contra su pareja cuando sentía que se alejaba (emoción secundaria). Con este comportamiento el otro no entendía su necesidad primaria de cercanía y se apartaba cada vez más de ella. Cuando ella pudo identificar que lo que sentía era soledad, pudo expresar su necesidad de una forma más clara, logrando que su pareja se acercara en vez de alejarse de ella.

Las acciones que se derivan de las emociones **tienen consecuencias en la persona o en su entorno**. Las consecuencias pueden ser inmediatas o a largo plazo y en función de las consecuencias la persona tenderá a repetir o evitar su conducta en el futuro. Pueden ser reforzadoras o castigadoras de la conducta. Un refuerzo hará que la conducta se repita. Un castigo hará que una conducta no se repita.

Un refuerzo positivo (+) añade algo positivo para la persona después de la conducta. Ej: Amenazo con hacerme daño si mi pareja no sale antes del trabajo. Si lo hace está reforzando mi conducta.

Un refuerzo negativo (-) quita algo malo para la persona después de la conducta. Ej: Cuando no sé cómo solucionar un problema y me tomo pastillas para dejar de pensar. Logro lo que buscaba, estoy menos mal, por tanto, en el futuro tenderé a hacerlo de nuevo.

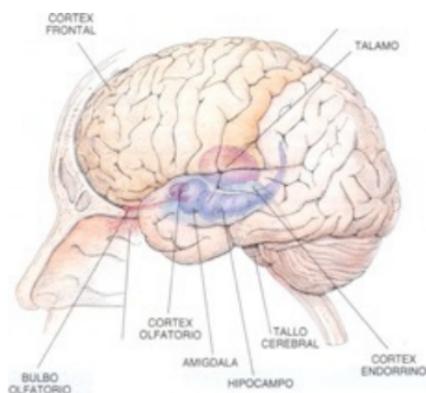
Un castigo positivo (+) es algo malo a continuación de la conducta. Por ejemplo: Me riñen cuando expreso mis emociones. Es posible que aprenda a callarme mis sentimientos.

Un castigo negativo (-) es quitar algo bueno a continuación de la conducta. Por ejemplo: Cuando me pongo pesada el otro me presta menos atención.



Recuerda que no hay emociones buenas ni malas. Tampoco ayuda decir que las emociones son positivas o negativas. Las emociones son emociones y son nuestras aliadas. Nos informan y alertan y hay que saber escucharlas.

¿DÓNDE NACEN LAS EMOCIONES?



Las emociones no nacen en el corazón, hoy sabemos que en realidad se localizan en el cerebro, concretamente en una parte llamada cerebro emocional. Esta zona se sitúa en la región límbica, que está en la base del tronco encefálico, donde empieza la médula espinal.

En el cerebro emocional se localiza la amígdala, un pequeño centro de operaciones formado por neuronas. Es un órgano muy pequeño, con forma de almendra y evolutivamente muy antiguo. La amígdala se vincula a las emociones en general (principalmente al miedo y la agresión) y al recuerdo de las experiencias emocionales.

El cerebro es un órgano vivo, que ha ido evolucionando desde los primeros monos hasta el hombre de hoy. Desde los inicios, ha ido creciendo desde la parte inferior (médula espinal) hasta la parte superior o frontal (la zona de la frente).

La parte inferior o base del cerebro la compartimos con la mayoría de especies animales que tienen sistema nervioso y se encarga de regular las funciones vitales básicas para nuestra supervivencia, como respirar, moverse y el funcionamiento de los órganos. La parte superior del cerebro, o córtex prefrontal, es la más nueva desde el punto de vista de nuestro desarrollo como especie y es donde se encuentran las capacidades humanas, como el pensamiento, la razón, la capacidad para el arte y la cultura, y la capacidad de decidir a partir de la información que llega de los sentidos.

Es decir, que la parte frontal tiene el encargo de analizar los impulsos que le llegan directamente del cerebro emocional, sirviendo como de filtro previo a actuar. Cuando una emoción entra en acción, momentos después los lóbulos prefrontales analizan los riesgos y beneficios de infinitas reacciones posibles, y apuestan por una de ellas como la mejor.

La amígdala consigue que nos pongamos en acción mientras la zona prefrontal todavía está planificando como resolver el problema. Si la amígdala a menudo actúa como disparador de emergencia, el lóbulo prefrontal parece ser parte del mecanismo de desconexión del cerebro para las emociones perturbadoras: la amígdala propone y el lóbulo prefrontal dispone. Según esto, las conexiones entre la zona prefrontal y la zona límbica son fundamentales en la vida mental. Son esenciales para guiarnos en las decisiones que más importan en la vida.



¿POR QUÉ LAS TENEMOS Y PARA QUÉ SIRVEN LAS EMOCIONES?

Si las emociones existen y disponen de un lugar privilegiado en el cerebro es porque **cumplen funciones** importantes, es decir, sirven para algo. Para nuestros antepasados constituyeron la diferencia entre sobrevivir o perecer, ya que por ejemplo, el animal que experimentaba “miedo”, podía huir antes de ser devorado. En nuestros días, las emociones siguen manteniendo su lugar en nuestro cerebro (cerebro emocional), por tanto, eso significa que nos son útiles y no podemos prescindir de ellas. Parece que algunas de sus funciones podrían ser:

- › Proporcionarnos información o detalles importantes sobre una situación o una necesidad propia.
- › Prepararnos para actuar dándonos energía.
- › Motivar.
- › Enriquecer la comunicación con los demás.
- › Tienen una función adaptativa, es decir, nos protegen y han permitido a la especie humana sobrevivir y evolucionar.



Así, **las emociones son un sistema de alerta** que avisa a la persona de una necesidad, la motiva y la prepara para actuar. Esa actuación puede ser muy variada: hacer algo, huir, atacar, defenderse, comunicarse, expresarse, esperar, cambiar, tolerar, tomar una decisión, etc. Cuando detecto una emoción la pregunta que debo hacerme es: ¿qué necesito?

Ejemplos de los componentes de una emoción

Emoción	Sensaciones corporales	Pensamientos	Impulso de actuar
Miedo	Piel de gallina, cosquillas en la boca del estómago, nudo en la garganta, sudoración, mayor sensibilidad en la piel	Pensar en cosas desagradables que pueden ocurrir, anticipar riesgos, descubrir señales de peligro, estar alerta	Correr, escapar, esconderse, evitar situaciones, protegerse de alguna manera, atacar

Enfado	Tensión muscular, aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones, la sangre sube a la cabeza, cara roja, presión en el pecho	Pensar que te están atacando, sentirse herido o molesto, sentir rabia y furia por lo ocurrido, pensar que no es justo, no lo mereces o no te gusta	Atacar, gritar, insultar, herir, expresar una queja, hacer ver tu punto de vista
Amor	Escalofríos, palpitaciones, ahogo, estremecimientos	Pensar en la otra persona, sentirse vulnerable, desear al otro, querer estar con el otro	Besar, acariciar, tocar, abrazar, compartir

¿QUÉ ES LA DESREGULACIÓN EMOCIONAL?

El trastorno límite se debe a que **la persona no ha aprendido a manejar sus emociones** debido a:

1) La vulnerabilidad emocional

Biológicamente el sujeto presenta alta reactividad a estímulos de intensidad baja o media, además de alta (bajo umbral para la respuesta emocional). No hace falta un estímulo muy fuerte para desencadenar una experiencia y reacción emocional intensa que incluye la desregulación cognitiva. Una vez que la emoción se ha disparado se mantiene activada por más tiempo y al sujeto le cuesta más rebajarla, por lo que predispone a una nueva activación.

2) La tendencia a la no experimentación completa de las emociones dolorosas primarias

El sujeto siente que **cualquier situación dolorosa puede causar una reacción emocional intensa** por lo que tiende a evitar o bloquear sentir sus emociones plenamente.

Al bloquear sus emociones **no actúa siguiendo su emoción primaria aunque puede reaccionar ante emociones secundarias**. Por ejemplo: ante un comentario desafortunado de su pareja se activa el miedo al abandono. Ante el malestar huye de experimentar la emoción por

miedo a perder el control. Algo más tarde, es posible que cualquier pequeña discusión con su pareja le despierte una reacción desproporcionada de ira o llanto.

Por otro lado al bloquear las emociones dolorosas **está perdiendo oportunidades para aprender** a tolerarlas, a expresarlas apropiadamente o a resolver los problemas que las están causando.

Como consecuencia de todo ello, al sentirse vulnerable y evitar sistemáticamente experimentar sus emociones, se podría decir que la persona está **permanentemente en crisis o con sensación de fragilidad/duelo permanente.**

3) El ambiente invalidante

Siguiendo la Teoría Biosocial un cierto tipo de entorno llamado invalidante puede crear o exacerbar la vulnerabilidad emocional, contribuyendo a la aparición del trastorno al proporcionar sistemáticamente y a lo largo del tiempo a la persona respuestas no validantes ante sus reacciones. Un entorno invalidante no es capaz por diferentes motivos de recoger y validar la expresión

emocional de la persona, por lo que fracasa a la hora de ayudarla a reconocer y expresar adecuadamente sus necesidades. A lo largo del tiempo el sujeto aprende que sus reacciones emocionales son inapropiadas, incorrectas, exageradas o no debería tenerlas.

La desregulación emocional es la consecuencia de esta transacción a lo largo del tiempo. Ante la repetida invalidación, la persona vulnerable emocionalmente no logra aprender a regularse. En la desregulación se activa **un patrón entero de respuesta, que incluye el pensamiento en blanco-negro, la ansiedad y otras emociones intensas, la obsesividad y la sensación de pérdida de control o impredecibilidad respecto a si mismo.** Y es la experiencia de su propia vulnerabilidad lo que asusta y desorganiza a la persona, y lo que la lleva a conductas extremas para reducir de forma drástica o no adecuada su malestar.

Un ataque de ira, huir de casa, una autolesión etc. son ejemplos de **comportamientos no adecuados frente a la sensación de desregulación.** El efecto que tiene este tipo de comportamiento es

que a corto plazo logra frenar el malestar aunque puede representar un riesgo y provoca reacciones extremas en su entorno. Para utilizar una metáfora, sería como si ante una infección en el pié, la persona optara por cortarse la pierna.

Ser emocional no tiene porqué ser visto como algo negativo, siempre y cuando no te lleve al sufrimiento sin sentido, a hacer daño a los demás o a tener conductas problemáticas. Te puede servir **“ver” tu emocionalidad de otra manera**. Por ejemplo:

Una cara de la moneda	La otra cara de la moneda
Cambios constantes de estado de ánimo	Sensación de vivir intensamente
Inseguridad respecto a los sentimientos	Experimentación de gran variedad de sensaciones
Impulsividad	Intuición, creatividad
Sensación de cambio permanente	Sensación de no aburrimiento
Ansiedad	Energía para actuar
Relaciones dolorosas	Vinculación con los demás

DESREGULACIÓN EMOCIONAL Y RELACIÓN SOCIAL

Abordamos aquí un punto nuclear, que es la relación con los demás. Llegan hasta el punto de **evitar las relaciones sociales por el daño que les producen**. ¿Por qué la relación con los demás les desregula tanto?

Muchas redes emocionales se activan en la relación con los demás. Relacionarse es fuente de múltiples reacciones emocionales automáticas: se activan juicios, esquemas, memorias antiguas, y eso nos impulsa de actuar de una u otra forma. En las personas con TLP se habla de una **hipersensibilidad** social, de alteraciones en la capacidad de “mentalización”, en como entienden las intenciones de los demás y como creen ser vistos por los demás.

Parece que las dificultades para relacionarse tienen que ver con las interpretaciones que hacen de los hechos, sobre la base de una **identidad poco estable y una autoestima frágil**. Como los mismos pacientes describen en consulta, fuera del círculo más íntimo muchos no saben cómo deberían comportarse, por miedo al rechazo y al

abandono. ¿Qué le digo a esta persona?, ¿Qué se supone que debería hacer ante esta situación?, ¿Qué sería lo adecuado aquí? Al final, la persona adopta **máscaras** o roles según con quien está. Usando distintas máscaras consiguen salir airoso, pero soportando una terrible sensación de estar fingiendo, ser falso, y estar cuidando poco su autoestima/autorespeto. El coste a pagar es la sensación de no participar con los cinco sentidos de la experiencia, siempre alerta, por lo que relacionarse es tal esfuerzo que a larga pueden acabar aislándose y evitándolo.

EMOCIONES POSITIVAS Y TLP

Queda clara la dificultad de las personas con TLP para regular sus emociones negativas, pero lo que es más novedoso es el descubrimiento de que **tampoco manejan bien las emociones positivas**. Además de una elevada reactividad ante lo negativo, muestran una marcada reducción de respuestas agradables ante lo positivo. Menos alegría, satisfacción, aprobación y acercamiento

en respuesta a estímulos positivos y más enfado, ansiedad, desprecio, culpa, sentimientos de rechazo, desaprobación y tristeza en respuesta a estímulos negativos. Estos datos apoyan la idea que parte de la observación cotidiana de que las personas con TLP no reciben bien los halagos, y que la aprobación y el refuerzo positivo no hace que se sientan mejor consigo mismos.



¿QUÉ HAGO PARA REGULARME?

La persona debe **evitar estar demasiado vulnerable**. Recordemos la imagen del caracol sin caparazón, al que todo le afecta. Conviene observarse y notar cuando se está especialmente vulnerable o “débil”, así como cuidar ciertos aspectos que te protegen. Desatender la salud, la alimentación o el sueño puede hacer que la persona reaccione mucho más intensamente ante cualquier situación.

Factores que disparan la vulnerabilidad:

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Descuidar la salud	No hacer las revisiones médicas rutinarias, visitar a los especialistas, llevar un adecuado control de la medicación.	<p>“Soy un enfermo”</p> <p>“Nunca me puedo relajar”</p> <p>“Siempre debo estar controlado”</p> <p>“Siempre igual”</p>
Descuidar la alimentación	Estar mal alimentado, los atracones o bien estar días sin apenas comer, son aspectos que influyen en el estado emocional.	<p>“Los problemas me impiden comer o me impulsan a comer”</p> <p>“No tengo ganas de cuidarme”</p> <p>“Ahora no es lo más importante”</p>
Estar inactivo	Estar activo, moverse, caminar, son formas de equilibrar el estado emocional y de cargar las “pilas” del organismo.	<p>“Me tengo que apuntar a un gimnasio e ir todos los días”</p> <p>“Si no lo hago bien, mejor no hago nada”</p> <p>“No tengo ganas, no ayuda”</p>

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
La pasividad	No hacer por lo menos una cosa al día que te haga sentir útil, necesario o competente hace que estés desmotivado e insatisfecho, y aumenta tu sensación de ser un enfermo.	<p>“Debería de hacer las cosas realmente importantes y no perder el tiempo en pequeñeces”</p> <p>“Nunca hago lo realmente importante”</p> <p>“Tengo mil cosas pendientes”</p> <p>“No tiene ningún valor hacer esto”</p> <p>“No me merezco divertirme”</p>
La sobreactivación	Aprovechar una buena racha para hacer todo lo que estaba pendiente, intentar compensar los periodos de inactividad con exceso de obligaciones, puede provocar una sobrecarga que precipite una caída.	<p>“Tengo que demostrar que ya estoy bien”</p> <p>“Así es como debería de estar siempre”</p> <p>“Tengo que mantenerme así como sea”</p>

Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Dormir mal	<p>No llevar una pauta más o menos regular de sueño puede provocar cambios en el estado de ánimo. Por ejemplo, dormir poco provoca irritabilidad y falsa euforia a corto plazo, agotamiento físico y dificultades de concentración a medio plazo. Dormir en exceso puede provocar sensación crónica de cansancio, desorientación temporal, disociación, y a largo plazo, puede favorecer el desarrollo de una depresión.</p>	<p>“Duelmo para desconectar” “La medicación me afecta el sueño” “Dormir es mejor que otras cosas”</p>



Que	Como	Interpretaciones que NO te ayudan
Consumir drogas	<p>Algunas personas con trastorno límite toman drogas como una forma de alterar su estado de ánimo a su voluntad.</p> <p>Las drogas actúan sobre los mecanismos que regulan las emociones, y a largo plazo pueden provocar alteraciones emocionales crónicas.</p>	<p>“A mi las drogas no me afectan igual que a los demás”</p> <p>“Yo no soy un adicto”</p> <p>“Sólo consumo cuando estoy mal/bien”</p> <p>“A veces tomar drogas me ha evitado hacer algo peor”</p>

Una habilidad imprescindible para las personas que sufren debido a sus emociones es aprender a **permanecer en la emoción** sin escapar a ella. Al ser capaz de experimentar la emoción sin evitarla ni agrandarla, se produce el efecto paradójico de que aumenta la capacidad de tolerarla, y por tanto, el sufrimiento se vive de otra manera, incluso adquiere otro sentido. A la larga, la persona

es capaz de completar los ciclos de sus emociones, aprendiendo de ellas e incorporándolas a su experiencia, cosa que las hace más fuertes y seguras de sí mismas. En este sentido, cabe destacar la línea de trabajo del mindfulness aplicado al sufrimiento (**autocompasión**), como herramienta para aprender a experimentar las emociones dolorosas, aceptando radicalmente su presencia y manteniendo una **buena predisposición** a sentir cualquier emoción. Trata a tu emoción “como tratarías a un bebé que llora”.

ESCUCHA A TUS EMOCIONES

Al permanecer en la emoción sin evitarla seremos capaces de preguntarnos qué nos dice, qué función tiene, de qué nos alerta y cómo la estamos viviendo.

Sigue esta pequeña guía:

› Con actitud mindful (libre de juicios y serena) identifica tu emoción primaria. Nómbrala y descríbela. Acércate a ella suavemente en son de paz.

› Pregúntate ¿es la intensidad de mi emoción proporcionada al estímulo o situación que la ha disparado?

› Imaginemos que logramos ver que la intensidad de la emoción es más intensa, por lo que no es proporcionada al estímulo o situación que la disparó. ¿Ahora qué?, pues habrá que **rebajarla**, para que sea más llevable y no nos bloquee o nos lleve a escapar de ella de formas poco sanas. Cuando alguien está sufriendo, le cuesta horrores dirigir su atención hacia estímulos que no sean negativos, de manera que una y otra vez, al fijarse solamente en aquello que “duele”, se reactiva el sufrimiento. Por ejemplo, ante la ruptura de una relación, solemos pensar en los momentos buenos que pasamos juntos, mirar las fotos de un viaje, ponernos la música que compartimos, etc. Esto **no sería una buena habilidad** a aplicar en este momento, ya que incrementaría la intensidad de la emoción. En cambio, si lo que queremos es rebajar la intensidad de la emoción, podemos **fijar la atención en otros estímulos** y usar la **distracción** (por ejemplo: ver la tele), o generar

una **emoción contraria** (por ejemplo: riendo o bailando), hacer algo que te gusta (por ejemplo: dar un paseo). Es obvio que cualquiera de estas acciones no nos apetecen cuando estamos sufriendo, pero va a lograr que la emoción baje. Por eso se trata de una habilidad que hay que practicar hasta que forme parte de tu repertorio.

› Si lo que vemos al observar nuestra emoción es que su intensidad **es proporcional** al estímulo que la causa, entonces habrá que **tolerar** que las cosas son así ahora mismo, y **aceptar radicalmente** que esto es lo que toca vivir ahora. Por ejemplo: he suspendido un examen importante, estoy enfadada por la situación, pero no hay nada que esté en mis manos para cambiarlo. Si no lo acepto, cada vez estaré peor, empezaré a añadir otras emociones a mi duelo, por lo que muy probablemente acabe desregulándome.

› Supongamos que al observar mi emoción pueda darme cuenta de que **puedo hacer algo para resolver el problema** que la ha generado. Entonces la tarea será buscar una solución para que

no vuelva a suceder más. Por ejemplo, siempre me pongo más tareas de las que realmente puedo atender y luego acabo petando. O quizás, siempre que hablo con mi madre y me saca un tema para mí muy doloroso, yo nunca le digo nada, pero luego entro en crisis. Es decir, que al lograr rebajar la intensidad de la emoción me doy cuenta de que puedo buscar soluciones para que no se repita.

¿LA PERSONA CON TLP SE DA CUENTA DE LA DESPROPORCIÓN DE SUS RESPUESTAS, ESPECIALMENTE DE LA IRA?

Sí, claro. Se dan cuenta de la rabia que sienten y pueden notar que están a punto de perder el control. Pero como hay un muy alto nivel de activación y ocurre tan rápido, les resulta sumamente difícil frenarla. **Es como si estuviesen secuestrados por su emoción.** Después de haber explotado, ven la desproporción de su respuesta, sintiendo enseguida culpabilidad y remordimientos. Hay casos en que aparece un sentimiento de vergüenza y culpa tan fuerte que les lleva a

“negar” haber sido agresivos o bien a buscar justificaciones para no sentirse tan mal.

Como último apunte, el concepto de **Resiliencia Emocional** puede aportar alguna idea más. Se refiere a la capacidad de adaptarse y sobrevivir a las adversidades, superarlas e incluso transformarlas. Por ello, se considera una **conducta protectora del estrés**. Aunque hay personas que espontáneamente poseen una mayor capacidad de resiliencia, es un aspecto que se puede desarrollar, y que sirve como factor de pronóstico favorable para superar el trastorno. **A más capacidad de resiliencia, mejor pronóstico.**

Se pueden establecer los siguientes factores personales de resiliencia:

- ▶ Disponer de relaciones afectivas dentro y fuera de la familia y cuidarlas.
- ▶ Ser capaz de hacer planes realistas y llevarlos a cabo.
- ▶ Tener una visión positiva de uno mismo y confianza en las propias capacidades.
- ▶ Aprender del pasado.

- › Evitar ver las crisis como obstáculos insalvables.
- › No perder la esperanza.
- › Aceptar que el cambio forma parte de la vida.
- › Ser flexible.
- › Disponer de destrezas en la comunicación y en la resolución de problemas.
- › Ser capaz de manejar sentimientos fuertes e impulsos.

RECUERDE QUE... _____



Muchas personas con trastorno límite, pese al intenso sufrimiento que experimentan no estarían dispuestas a prescindir de sus emociones bajo ningún concepto. En la terapia es importante aclarar este punto: no se trata de eliminar la emocionabilidad (eso no es posible), sino de manejarlas mejor.

Regular las emociones significa ser capaz de darse cuenta de lo que uno está experimentando, nombrarlo, entenderlo, darle la importancia que tiene, y atenderlo ajustando la intensidad para que la emoción no se desborde.

La desregulación emocional en el TLP es un estado alterado en el que la persona se siente fuera de control y es incapaz de afrontar la situación, entrando en pánico al verse tan vulnerable.

Las personas con TLP parece que “leen” de forma alterada las intenciones de los demás cuando se relacionan, interpretando de forma más negativa que los demás las señales sociales neutras y positivas.

Muchas personas con TLP en vez de regular sus emociones, lo que hacen es intentar compensarlas: después de un período en el que se sienten totalmente emocionales, pasan a un periodo en el que tratan de ser lo contrario. Aplican la estrategia del “todo-nada” para compensar sus estados y esto les puede dar una falsa sensación de control. Suelen ir alternando los diferentes estados entre sí, pero la persona no se siente cómoda en ninguna de las dos situaciones, siente que se está castigando permanentemente por ser como es y esto a la larga le genera gran frustración y cansancio.

¿PUEDE EXISTIR UN PUNTO INTERMEDIO ENTRE LA EMOCIÓN Y LA RAZÓN?

¿Se puede ser a la vez emocional y racional? ¿Es posible escuchar al sentido común (esa capacidad de actuar de manera sabia e intuitiva) dejándote llevar por la experiencia pero sin bloquear los sentimientos?

A las emociones hay que escucharlas y hacerlas cómplices en tu vida. No luchar contra ellas, sino surfearlas. Imagina que eres un surfista en una playa de olas enormes de 10 metros. Tu solo tienes una pequeña plancha de surf. Si tratas de cruzar la ola de frente es probable que te estrelles contra ella y te arrastre su fuerza. Tampoco es bueno no salir nunca a surfear. Si mantienes la calma, observas de donde viene el viento y te deslizas suavemente por la ola, aprovechando su empuje y navegando a su favor, puede que lo consigas.

En palabras técnicas a eso se le llama regular tus emociones.

3.2. LA IDENTIDAD: SER O NO SER

El límite es el único de los trastornos de personalidad en el que aparece de manera explícita en sus criterios diagnósticos la **alteración de la identidad**. A diferencia de lo que ocurre con los otros síntomas del trastorno que pueden mejorar más rápidamente, la alteración de la identidad permanece al menos hasta llegada una cierta edad. Es inusual que la persona con este diagnóstico tenga una identidad madura, mientras que hay muchas personas que no tienen ataques de ira o no sufren ideación paranoide transitoria. Esto nos indica que es uno de los problemas más nucleares de las personas que sufren TLP.

La identidad es “la columna vertebral emocional” de una persona. Aguanta todo lo demás. Podemos utilizar este símil para entender la importancia que tiene la identidad en el desarrollo emocional: Un bebé cuando nace tiene una columna vertebral todavía frágil, sus músculos y cartílagos están en desarrollo, su esqueleto no ha terminado

de formarse. Le cuesta aguantar la cabeza erguida, no puede mantenerse de pié ni coordinar sus movimientos, depende de su entorno para sobrevivir, ya que es aún inmaduro. Con el paso de tiempo, su estructura vertebral va madurando y a su alrededor todo el resto de su cuerpo. Por la columna vertebral pasan nervios que llevan la información del cerebro a cada una de las partes del cuerpo. Una lesión en la columna vertebral puede significar que algunas partes del cuerpo queden “incomunicadas” o desconectadas de las demás.

La identidad, entendida como “columna vertebral emocional” es un componente fundamental de la persona. Gracias a ella, podemos darle un sentido a lo que hacemos, proporcionarle un motivo a nuestras emociones, pensamientos y actos. La identidad los dirige y organiza, nos da sensación de coherencia interna sea cual sea nuestra forma de actuar.



Estos son algunos de los elementos que forman la identidad:

El autoconcepto

- ▶ Lo que yo pienso de mi mismo, como me veo o me defino.

La imagen social

- ▶ Como me ven los demás.

La autoestima

- ▶ La capacidad de poner en valor aspectos míos y de detectar otros que no me gustan tanto, habitualmente sentirme bien conmigo mismo y con lo que hago.

El autorespeto

- ▶ Forma parte de la autoestima. Autorespetarme significa velar por recibir un trato digno tanto de los demás como de uno mismo. Un ejemplo de no cuidar el autorespeto sería aceptar hacer algo que va en contra de mis propios valores personales por evitar estar solo/a.

La sensación de control

- › La sensación de ser dueño de mi comportamiento es algo muy importante. O al contrario, tener la sensación de que no puedes controlarte a ti mismo/a, que estás a merced de tus propios impulsos.

Los siguientes aspectos indican una identidad madura:

- › La persona sabe explicar como es en pocas palabras.
- › La persona conoce lo que le gusta y le disgusta.
- › Se reconoce en un conjunto de valores o principios aunque no siempre los identifique.
- › Suele actuar según sus principios.
- › Suele encontrarle un sentido a lo que hace.
- › Se reconoce en lo que hace aunque luego se arrepienta.
- › Desarrolla metas y planes ajustados a su situación en cada momento.
- › Aunque conoce sus puntos débiles en general se gusta o puede ver aspectos positivos en sí mismo/a.

- › No se cuestiona como es en función de lo que hace.
- › Se siente a menudo realizada o feliz cuando consigue sus metas.
- › Toma decisiones según sus propios criterios.

Estos otros aspectos indican una identidad inmadura en construcción:

- › La persona duda acerca de cómo es o se ve muy cambiante.
- › Sus metas pueden cambiar con mucha frecuencia o no son realistas.
- › Cada vez que hace algo se cuestiona como es y sufre por ello.
- › Se plantea constantemente si debería ser o actuar de otra manera.
- › En general duda a la hora de escoger y ha de buscar opinión en los demás.
- › Habitualmente no se reconoce en su piel y le cuesta verse aspectos positivos.
- › Le cuesta tomar decisiones cotidianas y se apoya en los demás para hacerlo.
- › A menudo se siente infeliz o vacía aunque consiga sus metas.

- Ha desarrollado una trayectoria vital desordenada, cambiante o caótica.
- Se siente desorientada o que no sabe a dónde va y eso le hace sufrir.

¿COMO NACE Y SE DESARROLLA LA IDENTIDAD?

La identidad se forma a partir de las vivencias cotidianas desde el mismo momento en que nacemos y a lo largo de toda nuestra vida va evolucionando. Alcanza su momento álgido cuando la persona se siente madura y estabilizada (no existe una edad concreta). Podemos decir que pasa por fases:

Inicio:

Un bebé no se reconoce frente a un espejo, no identifica su nombre, no distingue entre lo que puede o no hacer. Con los meses, aprende a diferenciar entre conocidos y extraños y entre yo-los demás. Necesita del entorno como guía y punto de apoyo. En esta etapa es fundamental la relación con las figuras de apego (generalmente los padres), que influyen en el desarrollo de un sentimiento de

confianza básica y proporcionan pautas de comportamiento y socialización.

🚲 **Desarrollo:**

Entre los 18 y los 24 meses, podemos decir que un niño es capaz de reconocerse y que empieza a utilizar pronombres personales (yo, tú, él). A los 3 años, ya puede pensar acerca de lo que quiere hacer, conoce y realiza la mayoría de los hábitos sociales, como comer, vestirse, conductas socialmente válidas y conductas consideradas indeseables y puede distinguir entre las cosas que le gustan o le disgustan.

🚲 **De los 6 a los 12 años:**

En esta etapa los niños realizan cambios muy importantes en el conocimiento social. Son capaces de comprender las características de los demás y de sí mismos como seres sociales, aprenden a ponerse en el lugar del otro (empatía) y las reglas que se siguen en las relaciones sociales. También comienzan a comprender y seguir las normas que establece la sociedad y a desarrollar un juicio moral basado en sus propios valores personales.

Adolescencia:

Es una etapa de “ensayo” de identidades, un laboratorio donde probar ideas, roles; ensayar comportamientos, tomarle la medida a uno mismo y los demás, plantearse metas y objetivos. En esta fase, la persona empieza a tener su propia historia personal, sus recuerdos, su propia interpretación de lo que le ha ido pasando, lo que ha aprendido, lo que le ha ayudado y lo que no. Es decir, puede empezar a desarrollar su propio “relato personal” acerca de sí mismo. Por tanto, aunque es una etapa confusa y aparentemente contradictoria, es necesario pasar por ella para construirse uno mismo.

Madurez:

Cuando la identidad está formada, una persona puede hablar acerca de cómo es, lo que quiere, lo que le disgusta y acerca de sus intenciones con bastante seguridad. Se siente la misma persona aunque haga cosas diferentes, hable con gente distinta o su estado de ánimo cambie. Puede identificar aspectos de sí misma que la distinguen y de los que puede sentirse orgulloso/a y plantearse

otros que cree que debe trabajarse o mejorar, pero sintiéndose más o menos capaz.



Uno de los aspectos que se sabe que tiene más influencia en la formación de la identidad son las relaciones afectivas establecidas en la infancia, es decir, lo que se conoce como tipo de *apego o vínculo*.

La Teoría del Apego es una teoría surgida en los años cincuenta desde una perspectiva etológica. La etología es la ciencia que estudia el comportamiento de los animales en sus medios naturales. Los principales representantes de este enfoque fueron J. Bolwby y M. Aisworth, psicólogos que observaron que al separar a un niño pequeño de su figura de apego/vínculo, el niño vivía una experiencia perturbadora que le producía un miedo muy intenso. Como resultado, el niño se acercará todo lo que pueda a su figura de apego buscando seguridad y evitará alejarse, y cada vez que sienta que puede haber una separación, surgirá en él

cierto grado de ansiedad. Estos autores constataron que el comportamiento del niño es el mismo que tienen la mayoría de los animales y que este comportamiento sirve para la supervivencia de la especie. A partir de aquí, empezaron a profundizar en el estudio del tipo de vínculos/apegos que puede establecer un cuidador con su bebé.

El apego es una relación especial que conecta al bebé y más tarde al niño/a con las personas que conviven con él. Es el resultado de las conductas que hace el bebé para obtener cariño y seguridad y de las conductas de ofrecimiento de cuidados y atenciones específicas de la persona que está a su cargo. El período crítico para el desarrollo de la relación de apego es el primer año de vida, sobretodo entre los seis y los doce meses. Si en esa etapa el niño se ha sentido seguro será la base para que más tarde se atreva a explorar el mundo que le rodea. **Las relaciones de apego que haya experimentado serán decisivas en el desarrollo de su personalidad y de su identidad.**

El apego se refiere a:

- ▶ Los afectos y los sentimientos que el niño deposita en la persona o personas con las que depende.
- ▶ Lo que el niño hace para conseguir o mantener la proximidad con la persona a la que está apegada (gestos, lloros, vocalizaciones, miradas, abrazos, contacto físico).
- ▶ El tipo de respuesta que habitualmente recibe de sus figuras de apego (verbal, no verbal, física, o sin respuesta).
- ▶ El grado de accesibilidad o proximidad que el niño interpreta que tiene con figura de apego.
- ▶ El grado de incondicionalidad y estabilidad que percibe respecto a la relación.

En la medida en que las relaciones de apego que haya podido desarrollar el niño/a hayan sido sólidas y estables, será más capaz de separarse, individualizarse y ser autónomo.

Aunque hay que matizar que **en caso de que la persona no haya podido establecer apegos seguros en su primera infancia, esto no significa que nunca más pueda hacerlo y por tanto, todo esté perdido.** A lo largo de nuestra vida, tenemos la posibilidad de volver a establecer relaciones de apego con ciertas personas, que nos proporcionen la sensación de seguridad y apoyo necesarios.

Otro factor que es necesario para la formación de la identidad es haber podido disfrutar de una cierta estabilidad en tu vida. Una historia vital llena de cambios drásticos, no poder saber cómo estarás mañana, qué vas a querer mañana o si te llenará, la experiencia frustrante de no haber sido capaz de mantener tus proyectos, es decir, la inestabilidad que vives y has vivido, es uno de los factores más desfavorables para la construcción de la identidad. La ausencia de estabilidad genera miedo e inseguridad y un estado de vigilancia permanente. Tampoco queda espacio para adaptarse a las situaciones antes de un nuevo cambio, ni para desarrollar competencias ni relaciones.

También influye en la construcción de la identidad el modelo que han proporcionado las personas importantes en la vida del niño. Un entorno que escucha y valida las emociones, pero que al tiempo las contiene y las sabe manejar es un buen modelo de aprendizaje emocional para el niño. En cambio, los entornos invalidantes (Linehan, 1993) transmiten la idea de que las emociones que el niño experimenta no son las apropiadas. Esto significa que hay una disonancia entre lo que el niño siente y lo que cree que debería sentir, lo cual no le ayuda a integrar sus experiencias emocionales ni a vivirlas como propias y ajustadas. Con el tiempo se reproduce lo que se ha aprendido y se llega a la **autoinvalidación**, entendida como el cuestionamiento o la no aceptación de las propias emociones y comportamientos. Se trata de otro factor que dificulta que uno mismo se entienda, se identifique y crezca.

Por último, varios autores señalan la **importancia del recuerdo en la construcción de la propia autobiografía o historia de vida.** Recordar algo que te sucedió sirve como punto de

referencia y apoyo a la hora de valorar lo que te está pasando ahora y saber cómo actuar. Saber si esta vez es adecuado utilizar las mismas estrategias para solucionarlo, animarnos en caso que el resultado anterior fuera positivo y alertarnos en caso de que no. Si imaginamos la posibilidad de empezar cada vez de cero ante el mismo suceso, nos daremos cuenta de lo importante que es la memoria para el aprendizaje. **Las personas con trastorno límite parece que en situaciones de alta activación emocional podrían tener dificultades para retener algunos datos o información importante del suceso que están viviendo.** Es posible que les cueste centrar su atención en aspectos que no tengan que ver con la emoción que están sintiendo (pero que serían útiles de cara al aprendizaje) a la vez que intentan regularse. Esto podría alterar la calidad del recuerdo y por tanto, dificultar que construyan una memoria biográfica o historia vital fiable (ver capítulo sobre las Emociones).



IDENTIDAD EN EL TRASTORNO LÍMITE

Las personas con TLP suelen tener dudas la mayor parte del tiempo acerca de lo que deberían de hacer o sentir respecto a sí mismos o respecto a los demás. La duda a veces forma parte de su vida cotidiana, han de convivir con ella y en cierto modo sustraerse de ella, ya que sino podrían caer en un círculo vicioso parecido a “hacer, dudar; deshacer, dudar” que no les permitiría avanzar en sus vidas. Al mismo tiempo, muchos tienen dificultades para definir como son, sufren al imaginar cómo les ven los demás, y pueden tener constantemente una molesta sensación de no control sobre sus propias vidas. Es decir, **tienen problemas de identidad**. Algunos tienen la sensación de estar utilizando continuamente máscaras, para representar los papeles que creen que los demás esperan de ellos. Después de tiempo utilizando diferentes máscaras, muchos dicen no recordar como son realmente.

Las dudas suelen afectar a algunos de estos temas:

- › Como soy.
- › Como debería comportarme.

- › Lo que es importante o prioritario.
- › Lo que me gustaría lograr.
- › Lo que está bien y lo que está mal.
- › Los amigos que quiero tener.
- › Las preferencias sexuales.
- › Si me saldrá bien o si vale la pena.

Ante la falta de referentes claros, una persona con trastorno límite puede buscar identidad en dos cosas:

- **Los demás:** según como reaccionen o actúen los demás, uno puede valorar cómo ha sido su comportamiento y de ahí sacar conclusiones acerca de cómo es.

- **Actuar:** hacer cosas es más útil que pensarlas, ya que a veces pensar no lleva a ninguna conclusión (dudas constantes) y los hechos sí (lo hecho, hecho está). A través de cómo actúa, la persona se juzga y la juzgan los demás.

Estas dos formas de conseguir identidad son “trucos”, pero tienen sus riesgos, ya que se basan en aspectos externos y que no dependen de uno mismo. No siempre las personas que nos rodean son consistentes y fiables; y no siempre

nuestros actos representan lo que pensamos y lo que somos.

El sentimiento de vacío suele ir muy ligado a la falta de identidad. Algunos lo describen como una sensación física (una fuerte opresión o un agujero en el estómago), aunque tiene mucho que ver con la cognición, es decir, con pensamientos e interpretaciones. El sentimiento de vacío que experimenta la persona con trastorno límite es mucho más profundo.

Junto con el vacío, aparece frecuentemente la impresión de no encajar, de estar fuera de lugar, sobretodo en situaciones sociales. Puede ser normal tener esa sensación con gente a la que no conocemos y en un entorno distinto al habitual, pero la persona con trastorno límite lo siente también en compañía de gente a la que conoce. Incluso en entornos familiares y conocidos, parece como si una parte de su atención estuviera permanentemente dedicada a “escanear” y descubrir en los demás signos que le informen de si es aceptada o querida, o si por el contrario, su sensación de ser diferente es captada y compartida por los demás.

El esfuerzo por estar alerta no le permite relajarse y participar de la situación, lo cual tiene el efecto paradójico de hacerle parecer realmente distante y tenso, o fuera de lugar. El miedo al rechazo, la inseguridad y esa creencia de que todos pueden adivinar lo que piensa, lo que siente o sus problemas, aumentan en circunstancias nuevas o especialmente importantes, como fiestas, citas, entrevistas de trabajo, etc. Por ejemplo, las navidades, cuando toda la familia se reúne, son celebraciones especialmente difíciles, que les producen tensión anticipada y a las que muchas veces evitan asistir, sin que su familia entienda el motivo o interprete erróneamente ese gesto como un signo de falta de cariño o interés por las tradiciones familiares.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE IDENTIDAD

Inseguridad, sensación de no controlar

La persona se siente insegura la mayor parte del tiempo, no sabe que hacer o como actuar. Esto provoca ansiedad ante la necesidad de tomar una decisión para salir de sus dudas o por la presión

del entorno. Aparece la sensación de estar fuera de control, es decir, de que uno no es dueño de sus propias reacciones, ya que no puede evitar actuar de maneras que sabe que son contraproducentes. La inseguridad, la ansiedad y la sensación de estar sin control pueden ser antecedentes de conductas impulsivas destinadas a terminar con la incertidumbre sea como sea.

Dependencia emocional

Cuando una persona no se siente capaz de tomar sus propias decisiones o piensa que haga lo que haga lo hará mal, es más vulnerable a “engancharse” a relaciones de dependencia con los demás. Esto le puede dar una falsa sensación de seguridad pero a la vez mantiene su inseguridad ya que no está aprendiendo a resolver sus propios problemas.

Búsqueda de sensaciones

La inseguridad, la duda y el vacío pueden llevar a la persona a buscar sensaciones fuertes que proporcionen intensidad a su vida, como relaciones con personas interesantes (pero conflictivas) o conductas autodestructivas.



CONSTRUIR LA IDENTIDAD

La identidad no se puede pensar en términos de “todo o nada”, o “se tiene o no se tiene”. La identidad se construye en el día a día, con los éxitos y también con los fracasos.

Veamos algunos hábitos que ayudan a construir la identidad:

Estructurarme el día: organizar y seguir un mínimo horario, flexible y ajustado a lo que puedo hacer ahora.

Relacionarme con los demás y cuidar las relaciones que tengo.

Hacer cosas que me gustan y tener alguna afición.

Conocer mis puntos “débiles” y no juzgarme constantemente.

Conocer mis puntos “fuertes” y valorarlos siempre que pueda (no darlos por sabidos/ conseguidos).

Reconocerme en mi pasado sin culpabilizarme.

Establecer pequeñas metas (diarias o máximo semanales) para llegar al objetivo final.

Valorar el éxito en función de esas pequeñas metas y no en función del objetivo a largo plazo o comparándome con los demás.

Confiar en mi mente sabia (intuición reflexionada).

Detectar el pensamiento en blanco-negro cuando se activa.

Si en algún momento tenemos **dudas acerca de si algo nos gusta o de si es realmente importante**, podemos hacernos alguna de estas preguntas:

› ¿Me gusta dedicar el tiempo a esto?

- ¿Lo echaría de menos si no lo tuviera?
- ¿Disfruto cuando lo hago?
- ¿Lo consideraba importante cuando era un niño/a?
- ¿Lo envidio o admiro en los demás?
- ¿Define una norma o un valor que me gustaría seguir en mi vida?
- ¿Encaja en mi forma de ser y en como me ven los demás?
- ¿Surge tanto de mi corazón como de mi razón?
- ¿Aporta cosas positivas a mi vida?
- ¿Es importante o positivo también para las personas a quien quiero?

Si uno quiere llegar a descubrir cuales son sus aficiones y vivir una vida más llena no puede quedarse parado en casa y esperar. Es una buena propuesta que cada día dedique al menos 15 minutos a probar algo diferente y vea si le gusta. Por ejemplo: cocinar; leer el periódico o alguna publicación; bailar; escribir; caminar; pintar, co-ser; jugar al ordenador; diseñar algo; inventar un enigma; visitar un museo, etc.

Identificar las cosas que son importantes para uno mismo y luchar para conseguirlas ayuda a

conocerse y valorarse, así como plantearse pequeños objetivos para alcanzarlas.

Se puede elaborar un cuadro como este:

Que es importante para mi	
Ejemplo: Tener más amigos	
Planes a corto plazo para lograrlo	Planes a medio plazo para lograrlo
<p>Salir más de casa y hacer más actividades</p> <p>Acudir a más eventos sociales (exposiciones, conferencias, cursillos, actividades del barrio, ect).</p> <p>Ser amigable y establecer contacto con las personas con las que coincido por ejemplo en el súper, la panadería, el quiosco.</p>	<p>Esforzarme en ser más sociable con los demás.</p> <p>Hacer preguntas que muestren interés por lo que les pasa a los demás.</p> <p>Aprovechar las oportunidades que surjan para relacionarme con los demás.</p> <p>Darme cuenta y corregirlo cuando actúo de manera no sociable con los demás.</p>



La falta de identidad o una identidad poco madura **es como si un barco navega sin timón o no tiene cerca un faro que le guíe en la tormenta.** Saber cómo soy y a donde voy ayuda a estar motivado y a tener paciencia y consuelo.

En las personas con trastorno límite diversos factores han influido en un pobre desarrollo de la identidad: la vulnerabilidad emocional, la inestabilidad vital, las primeras relaciones con sus cuidadores, los entornos invalidantes, las experiencias traumáticas, poco estables y en muchos casos caóticas, entre otros.

La identidad se va construyendo desde la infancia, con las primeras experiencias y las primeras relaciones, pero también se va elaborando en el presente, día a día con cada pequeña cosa que pasa. No se puede forzar la construcción de la identidad, ésta se irá formando a medida que la persona sea capaz de integrar aquello que le va pasando. No es necesario tener una identidad totalmente madura para vivir de forma estable. Muchas personas que no tienen TLP tampoco disfrutaban de una identidad formada.

Para desarrollar la identidad es necesario lograr una cierta estabilidad emocional, aprender a conocerse, desarrollar aficiones, relacionarse de forma positiva con los demás, disponer de habilidades para lograr los objetivos y aceptar que algunas cosas todavía no estén claras sin desesperarse.



3.2.1. EL VACÍO

El sentimiento de vacío es una de los estados más característicos que puede experimentar una persona con TLP.

Es el criterio diagnóstico número siete del DSM-5. Algo tan difícil de explicar y definir como de sentir, pero tan presente en las personas con TLP que empapa cualquier vivencia.

A pesar de ser el síntoma con el que más rápidamente se identifican los pacientes, es el menos definido y descrito en los libros y manuales.

Está íntimamente relacionado con la identidad. La difusión de la identidad y la inestabilidad hacen que la persona tengan una vivencia de si misma

como “hueca”, no por que no haya nada dentro, sino por la falta de continuidad y de relación entre sus propias vivencias. Es un estado muy personal y subjetivo que no suele compartir con los demás como hace con otros estados y emociones.

Cuando va asociado a estados disociativos el vacío “se aligera” y da la impresión de no estar ahí pero luego aparece la frustración de haberlo intentado y verse de nuevo atrapado. Y en algunos casos va ligado a ideación suicida y otras conductas autodestructivas.

Es una sensación de la que sólo nos pueden informar los propios pacientes y que generalmente intentan evadir. En unas ocasiones con la “máscara” con que se presentan, intentando aparentar que no les pasa nada. En estos casos la persona no tiene ganas de salir, ni de relacionarse porque por mucho que lo intente no llega a sentir que forma parte del lugar y las relaciones. El esfuerzo por disimularlo no le permite relajarse y participar de la situación, lo cual tiene el efecto paradójico de hacerle parecer realmente distante y tenso, o fuera de lugar. El miedo al rechazo, la inseguridad y esa creencia de que todos

pueden adivinar lo que piensa, lo que siente o sus problemas, aumentan en circunstancias nuevas o especialmente importantes, como fiestas, citas, entrevistas de trabajo, etc. Por ejemplo, las navidades, cuando toda la familia se reúne, son celebraciones especialmente difíciles, que les producen tensión anticipada y a las que muchas veces evitan asistir, sin que su familia entienda el motivo o interprete erróneamente ese gesto como un signo de falta de cariño o interés por las tradiciones familiares.

Cuando proponemos a las personas que lo padecen que describan como es ese sentimiento de vacío, estas son algunas de sus respuestas:

- “Es como no hallarse”
- “Es como no poder ver el todo”
- “Es como estar desenfocado en general”
- “Siento una presión en la boca del estómago que no cede”
- “Es como si el cuerpo me pesara toneladas y no lo pudiera mover...”
- “Es como si fuera invisible para los demás como un fantasma”

- “Creo que alguien me podría atravesar y no sentiría nada”
- “Es como tener un caballo dentro que está desbocado y no puede salir”
- “Solo me viene a la cabeza: “Para qué No tiene sentido Da igual “Qué hago yo aquí ?”
- “No siento nada y me asusta esa ausencia: podría hacer cualquier cosa sin que me importara”
- “Me ahogo y necesito salir y moverme. No soporto la casa ni a nadie”
- “Solo pienso en salir como sea de esta sensación, es insoportable
- “Estoy bloqueada: no pienso ni siento ni hago nada”

Como se ve en estas descripciones es un estado que lejos de “estar vacío” está lleno de sensaciones, emociones, pensamientos e impulsos de actuar pero un tanto disgregados y desordenados. Hagamos una descripción más detallada:

A nivel físico

Suelen expresarse sensaciones extremas que van desde la “anestesia” y el “no sentirse a sí mismo”,

pasando por un estado de abatimiento y pesadez, hasta una sensación de inquietud, ansiedad y desasosiego imparable.

🚲 **A nivel emocional:**

También se puede pasar de un extremo de “no sentir nada” y de no tener ninguna emoción, ni positiva ni negativa, a experimentar un cóctel de emociones elevadas -tristeza, aburrimiento, soledad- y todo este conjunto lleva a impotencia e incomunicación.

🚲 **A nivel mental:**

Puede haber un estado disociativo y de “desconexión” en el que “no se piensa nada” y tampoco “entra nada” o por el contrario un estado rumiativo en que la cabeza va “a mil por hora” y no se puede parar.

🚲 **A nivel de la conducta:**

Se puede caer en un bloqueo generalizado, sin poder hacer lo más mínimo o por el contrario puede presentarse un impulso elevado de hacer cualquier cosa para “quitarse” el estado de vacío.

Normalmente las conductas que se ponen en marcha para salir del vacío suelen ser perjudiciales como el abuso de alguna sustancia, autolesiones o incluso intentos de suicidio.

Cada persona lo experimenta de forma diferente, pero las consecuencias son parecidas: interferencia importante en el día a día, aislamiento social, incomunicación y riesgo de conductas perjudiciales.

¿Qué hacer entonces con el vacío? ¿Podemos librarnos de él o no podemos hacer nada? De entrada no podemos deshacernos de él y cuanto más intentamos taparlo, más lo alimentamos.

Primero hemos de saber que hay una serie de situaciones que aumentan nuestra vulnerabilidad a la sensación de vacío y por tanto conocerlas y aligerarlas en la medida que sea posible nos ayudará:

- El aburrimiento
- La rutina
- La pasividad
- El miedo

- Sentirme culpable
- Sentirme solo/a
- Compararme con los demás
- Juzgar todo lo que está pasando, sin poderme integrar en la experiencia

A continuación hay que reconocerlo, describirlo y aceptarlo como un síntoma más, antes de querer librarnos de él a toda costa. No se puede eliminar el vacío de forma directa e inmediata sin caer en conductas destructivas que añadirán aún más sufrimiento.

A corto plazo se puede aliviar intentando modificar alguno de sus componentes:

En lo físico:

Si uno está más bien disociado y paralizado se puede intentar estimular físicamente de forma no dañina: con estímulos como el frío, sonidos, gusto o haciendo ejercicios de mindfulness. Si por el contrario la persona está ansiosa e inquieta, se puede intentar bajar la activación a través de la respiración y la relajación muscular progresiva

En lo emocional:

Regular mediante habilidades específicas las emociones que estén desbordadas o bien aceptar la ausencia de emociones e ir notando poco a poco como reaparecen sin forzar.

En lo mental:

Aceptar el “no tiene sentido da igual.” como algo temporal que pasará. En caso de rumiación, intentar parar la mente mediante ejercicios de mindfulness

En la conducta:

No cediendo al impulso de actuar y no cayendo en la trampa de querer “eliminar” el vacío a cualquier precio. Pueden ser muy útiles las habilidades de tolerancia al malestar.

A medio y largo plazo se puede prevenir y disminuir la frecuencia e intensidad de este estado: intentar dar un sentido a nuestra vida empezando por dar más importancia a pequeñas cosas que hacemos en nuestro día a día y también el hacerlas de forma “mindful”, es decir, hacerlas

participando consciente y plenamente de la misma actividad, como si eso fuera lo más importante de este momento.

Alguien pensará: “¿De esta forma tan simple voy a poder prevenir un sufrimiento tan inmenso como el vacío?” Nadie dudaría de que un edificio con cinco plantas y cuatro pisos por planta comienza con un solar vacío lleno de excavadoras y cemento. Se trata de confiar en la efectividad de las pequeñas cosas en la construcción de nosotros mismos.

RECUERDE QUE _____



El sentimiento de vacío suele ir muy ligado a la falta de identidad. Algunos lo describen como una sensación física (una fuerte opresión o un agujero en el estómago), aunque tiene mucho que ver con la cognición, es decir, con pensamientos e interpretaciones. El sentimiento de vacío que experimenta la persona con trastorno límite es algo más profundo que hace tambalear su interior y provoca una experiencia casi

existencial y destructiva, que llevada al extremo puede ser un disparador de conductas problemáticas destinadas a llenarlo o compensarlo como sea. Y **junto con el vacío, aparece frecuentemente la impresión de no encajar**, de estar fuera de lugar, sobretodo en situaciones sociales. Puede ser normal tener esa sensación con gente a la que no conocemos y en un entorno distinto al habitual, pero la persona con trastorno límite lo siente también en compañía de gente a la que conoce. Incluso en entornos familiares y conocidos. No podemos deshacernos de el toda cosas, sin embargo si se puede aliviar conociendo y actuando sobre aquello que facilita su aparición y cada uno de sus componentes (físico, emocional, conductual y mental).



3.3. LA AUTODESTRUCIVIDAD:

NO QUIERO VIVIR ASÍ



3.3.1. LAS IDEAS DE SUICIDIO Y CONDUCTAS SUICIDAS

Las conductas suicidas y autolesivas pueden aparecer en otros muchos trastornos (trastornos bipolares, depresión, esquizofrenia, trastornos de alimentación, adicciones, etc) y en personas con una sobrerregulación emocional como en el trastorno evitativo de personalidad. En el conjunto de los trastornos de personalidad, el TLP es el único en el que los intentos, gestos, amenazas suicidas y autolesiones constituyen uno de los principales criterios diagnósticos. Las estadísticas sitúan el *riesgo de suicidio* en el TLP entre el 5%-10%.

Un signo de que las conductas suicidas y autolesivas en la persona con TLP son complejas es que al menos al menos cinco de los nueve criterios diagnósticos del TLP tienen relación con ellas: Las conductas extremas para evitar un *abandono* real o imaginario, la difusión e inestabilidad de la

identidad, los ataques de ira, la impulsividad y la inestabilidad afectiva.

Cuando una persona presenta alguna conducta suicida o verbaliza deseos de acabar con su vida o de morir, el profesional ha de atender de forma minuciosa todas estas manifestaciones y realizar una valoración en profundidad sobre el riesgo que representan y las funciones que cumplen para la persona. Cuando las conductas autodestructivas son “rescatables” se pueden interpretar como “llamadas de atención”. Estas conductas han de ser igualmente tomadas en serio y abordadas de forma prioritaria en la terapia ya que pueden ser un predictor de futuros intentos quizá más serios de suicidio. Se estima que aproximadamente un 70 % de los TLP han tenido conductas de tipo suicida o parasuicida y que entre un 8 % y un 10 % consuman el suicidio.



En ningún caso se recomienda minimizar, juzgar, banalizar o ignorar estas manifestaciones.

En nuestra práctica clínica damos mucha importancia a que el paciente aprenda a observar, distinguir y registrar cuando tiene ideas de suicidio, bajo qué circunstancias, como son de intensas y si van o no acompañadas de un riesgo de actuar. Hemos podido constatar que las pacientes aprenden pronto a hacer estas observaciones y les suponen un cierto alivio porque no tienen que ocultar estas ideas o sentirse culpables por tenerlas.

ENFOQUE DESDE LA DBT (DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY O TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL)

La DBT no se define como un programa para prevenir el suicidio si no como un programa para mejorar la vida de la persona que quiere suicidarse y ha demostrado ser eficaz en la reducción de las conductas suicidas, y autolesivas. El terapeuta ha de tener una postura clara, no negociable respecto al suicidio y ha de asumir la responsabilidad de ayudar a la persona para que su vida sea digna de ser vivida.

La conducta suicida es vivida como problema (para el terapeuta) o como solución (para el paciente). Trabajar para frenar las conductas suicidas es una prioridad en la DBT por delante de otros objetivos. Por eso ha desarrollado un protocolo muy exhaustivo y estructurado para evaluar el riesgo y proceder a nivel terapéutico con pacientes que presentan riesgo suicida.

ASPECTOS DIFERENCIALES DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN PERSONAS CON TLP

A pesar de la variabilidad, impredecibilidad y poco conocimiento que aún envuelve a todo lo relacionado con el suicidio, podemos decir que en el caso de las personas con TLP:

- El patrón de conductas suicidas suele ser impulsivo y poco planeado
- Hay una continua ambivalencia y un dudar entre querer vivir intensamente y no soportar la vida. Este dilema no resuelto favorece la repetición de las conductas suicidas.
- Las personas con TLP que tienen intentos de suicidio graves o llegan a suicidarse tienen

antecedentes de repetidas conductas suicidas de menor gravedad o de autolesiones graves.

- ▶ No son la mayoría de las veces factores situacionales como problemas económicos, enfermedades, pérdidas etc... lo que les lleva a tener conductas suicidas sino más bien la baja capacidad de resolución de problemas o de poner en práctica vías alternativas y también la presencia de esquemas mentales disfuncionales y negativos sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.
- ▶ A menudo afirman: “Más que morir, no quiero vivir así”
- ▶ Alternancia entre la ideación suicida y objetivos vitales: “Quiero dejar de fumar”, “Si digo que tengo ideas de suicidio no me dejarán ir de viaje”, “No digo que me guarden la medicación, aunque existe el riesgo de sobreingesta, por no preocupar a mi madre”
- ▶ También aparece un “Deseo de ser rescatado” que se refleja en la buena aceptación que suele tener el contrato antisuicidio (un compromiso escrito de no cometer suicidio mientras se esté en tratamiento)

FACTORES QUE PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE SUICIDIO Y FACTORES QUE LO PUEDEN DISMINUIR EN PERSONAS CON TLP

☞ Hay una relación significativa entre conductas suicidas y patrones de conducta impulsivos, estados depresivos, frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones, más edad y nivel más alto de estudios.

☞ Hay un mayor riesgo de conductas suicidas si junto al diagnóstico de TLP aparece también un trastorno de personalidad antisocial o narcisista.

☞ El aislamiento social y falta de apoyo o cuidado familiar; abandono de vínculos terapéuticos y no cumplimiento de las prescripciones farmacológicas serían también factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas.

☞ Respecto al abuso de sustancias, no está del todo claro que una adicción determinada aumente el riesgo de suicidio pero sí el abuso de sustancias en relación directa con una conducta suicida.

Otros parámetros psicológicos relacionados:

- Identidad inestable - vacío
- Pérdida de vínculos - soledad

- Inestabilidad en las relaciones - pánico al abandono
- Vacío, soledad y pánico al abandono son síntomas resistentes, no abordables con medicación que pueden persistir más allá de la mejoría clínica
- Ideación suicida como una “solución de problemas”
- La ideación suicida como “venganza mental” regula la ira (mi muerte como demostración de lo mala que es la sociedad).
- El sentimiento de soledad y la sensación de ser diferente, no encajar o sentirse desplazado pueden llevar a un estado de “no sentido”: “¿Quién tendría un problema si yo no estuviera?” “Creo no ser lo suficientemente importante para nadie”

Como aspecto esperanzador hay que señalar que hay factores de protección que puede disminuir de forma importante el riesgo en pacientes que mantienen unos vínculos sociales mínimos, cuentan con la estrecha contención familiar y están vinculados a nivel terapéutico.

Otros factores que pueden dar razones para vivir son:

- › Esperanza en el futuro
- › Responsabilidades: hijos, otros familiares, animales
- › Vinculación a la terapia/terapeuta presente
- › Vinculado a una red social de protección
- › Miedo a suicidarse, a la muerte, método no disponible
- › Ver el suicidio como algo inmoral, alta desaprobación social, creencias religiosas
- › Historia previa de compromisos

¿SE PUEDE PREVER Y PREVENIR EL SUICIDIO EN EL TLP?

El cálculo y valoración del riesgo real de suicidio es todavía muy difícil. Tanto los factores conocidos de riesgo como la información dada por el paciente no permiten hacer una previsión fiable. La “suicidalidad” no es ninguna entidad ni ningún síntoma si no un estado interior excepcional del individuo que como tal está sujeto a cambios

inesperados y a influencia de diversos factores En la valoración actual de un posible riesgo de suicidio conviene saber: El informe actual del estado psicológico de la persona con valoración de sintomatología depresiva, el diagnóstico principal, los acontecimientos recientes y problemas en la vida de la persona, la frecuencia, gravedad y rescatabilidad de recientes intentos, auto lesiones, amenazas y conductas como almacenar pastillas, aislarse, etc.

Consejos si convives o tienes a alguien cercano que presente conductas suicidas:

Si se convive con personas que presenten conductas suicidas o verbalicen amenazas es muy importante contar con el asesoramiento y ayuda de los profesionales que la traten para no cometer errores y poder dar la ayuda adecuada



No se recomienda

Entrar en discusiones acerca de si la persona realmente quería morir o no; esto podría retar a un nuevo intento para convencerte.

Entrar en la argumentación más o menos racional que pueda darte la persona de que el suicidio es la única vía de salida.

Se recomienda

Mostrar tu preocupación y al mismo tiempo mantener firme tus límites personales.
“Si realmente te preocupa si vivo vendrás a casa ya”
Respuesta: “Sentiría mucho si te hicieras daño y me preocupa; pero lo que yo haga no es la causa de que te quieras hacer daño”

Mantenerte firme y no relativizar o idealizar el suicidio:
“El suicidio no es nunca una vía de salida ni una solución de nada, ni siquiera del sufrimiento”

No se recomienda	Se recomienda
<p>Juzgar a la persona acusandole de manipularte. Recuerda que para que se de la manipulación hacen falta dos.</p>	<p>“Te ofrezco mi apoyo y no soy responsable de que te hagas daño”.</p>
<p>Utilizar frases como: “Hazlo ya de una vez” o “No tienes valor para hacerlo” (la persona que se encuentra en esa situación está muy vulnerable y estos comentarios no le ayudarán).</p>	<p>Utilizar frases que demuestran que lo tomas en serio: “Tenemos que llevarte al hospital. Es un caso de vida o muerte”. Dar la atención suficiente y dejar claro que tu no estás cualificado para darle la ayuda profesional que necesita a medio y largo plazo.</p>

No se recomienda	Se recomienda
<p>Ceder ante amenazas de suicidio. Esto no elimina el riesgo sino que lo perpetúa.</p>	<p>Si la persona te pide algo que está en contra de tu opinión puedes responder: “Tus conductas suicidas son complejas y no se solucionarán con que yo cambie mis planes constantemente, incluso puede que aumenten”. “Necesitas una ayuda profesional y no tanto que yo ceda”</p>

¿Y SI TU, COMO PARTE DEL ENTORNO DE ALGUIEN CON TLP, TIENES PENSAMIENTOS DE SUICIDIO?

Algunos familiares y otras personas del entorno de los pacientes que atendemos explican haber tenido ellos mismos ideas de suicidio cuando llegan a situaciones de extremo desgaste. Se llegan a mimetizar

con la persona que tiene TLP o caen en la depresión. Esto suele ser más fácil si además uno tiene poca resiliencia (capacidad de responder y de sobreponerse a situaciones adversas), lleva solo o aislado la problemática o no recibe ayuda profesional.

Si esto te ocurre, salir del aislamiento es importante. Si crees que necesitas tratamiento para ti mismo, búscalo y no pienses que no es prioritario. Incluso los profesionales mejor entrenados que tratan personas con desregulación grave de las emociones y la conducta, necesitan apoyo regular y supervisión para poder mantener su propio equilibrio y salud mental.

Si eres un profesional que trabaja con pacientes con conductas suicidas:

Ten en cuenta que los profesionales que se confrontan con este tipo de conductas en sus pacientes necesitan apoyo y supervisión continua ya que pueden tener desreguladas sus propias emociones (miedo, angustia, ira, ansiedad) y por tanto caer en actitudes que afecten la relación con el paciente (paternalismo, fragilización, juicio, abandono) al quererlo controlar. **Pueden actuar de forma**

impulsiva y dejarse llevar por el miedo, no escuchar o no pensar con claridad.

Es importante abordar con prioridad la conducta suicida por leve que sea. Insistir en las consecuencias dañina de las sobreingestas, aunque no hayan sido letales. Un abuso frecuente de fármacos daña el cuerpo, debilitando la salud de los órganos vitales y hace a la persona más vulnerable y con menos resistencia ante futuras ingestas. El terapeuta debe insistir y emplear todos los recursos para frenar estas conductas y no conviene atender otros objetivos que desvíen la atención mientras haya conductas suicidas. Aquellos que se asustan y se muestran inseguros ante un paciente con riesgo suicida y que reaccionan ante la comunicación del paciente con una mayor atención emocional condicionada por el miedo, le están reforzando, sin saberlo, esta conducta.

Es importante hablar abiertamente y sin tabús sobre el suicidio con el paciente:

- › Explorar si hay una finalidad (castigar, comunicar, etc...) y cual es la historia de refuerzos que ha tenido.

- Explorar si se está idealizando o romantizando el suicidio
- Explorar si es consecuencia de sintomatología psicótica positiva
- Nombrar las consecuencias reales e irreversibles del suicidio, hablar de los supervivientes
- Ofrecer otras alternativas para conseguir los objetivos
- Ayudar a identificar el evento precipitante
- Escuchar y responder selectivamente
- Describir y reformular la situación problemática junto con el paciente

También es muy importante generar esperanza:

Dar ejemplos positivos de personas que han dejado atrás las conductas suicidas y dejar claro que se trata de un síntoma tratable y no de algo inevitable.

Ayudar al paciente a generar puntos de vista nuevos: “Que tu matrimonio haya sido un fracaso no significa que toda tu vida y futuro lo sea”. “¿Esa deuda con el banco merece que des tu vida?”

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES EN TORNO AL SUICIDIO EN GENERAL

¿ Qué debo hacer si alguien me cuenta que piensa en suicidarse?

Hay que tomar su sufrimiento en serio, escuchar a la persona sin juzgarla y orientarlo a buscar ayuda profesional. No tomar esta comunicación como algo confidencial o como un “secreto” aunque la persona en riesgo así nos lo pida. Cuando la vida de alguien está en peligro la responsabilidad de cualquiera es buscar la ayuda necesaria para atender a la posible víctima. Es frecuente que la persona que piensa de forma seria en el suicidio esté pasando por una situación de extrema desesperanza, se vea incapaz de resolver algún problema o haya tenido una experiencia traumática.

En estas circunstancias conviene no dejar sola a la persona. Si se convive con ella retirar de casa objetos, pastillas o armas con los que podría suicidarse.



¿Porque fallecen más hombres por suicidio que mujeres?

En realidad las mujeres cometen más actos suicidas a lo largo de su vida y padecen más de depresión que los hombres, pero llegan a consumarlo en menor medida. Una explicación puede ser que la consumación del suicidio está más relacionada con la conducta agresiva, más frecuente en varones. También los métodos utilizados por hombres o mujeres son diferentes. La mujer tiende más al envenenamiento, por lo que si no se dispone de sustancias altamente letales las posibilidades de rescatabilidad son mayores.

¿Hay una relación entre suicidio e impulsividad?

La impulsividad es un síntoma común a muchos trastornos mentales. Entre los que se relacionan con el suicidio está el TLP, el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno por abuso de alcohol u otras sustancias. Sin embargo hay trastornos cuya principal característica es la impulsividad como en la hiperactividad, en el que no representa un riesgo de suicidio.

Parece que la impulsividad está menos relacionada con el suicidio en personas más mayores.

¿Se puede “racionalizar” el suicidio?

Algunos grupos y asociaciones que defienden “el derecho a morir”, incluido el suicidio asistido, pueden llevar a personas con ideación suicida a equiparar su situación con la de un enfermo terminal e irreversible o a alimentar la idea de que es una decisión racional. Otros defienden que el suicidio no es jamás una decisión racional sino el resultado de la depresión, la ansiedad y el miedo a ser dependiente o una carga. Gente que ha sobrevivido a enfermedades terminales cuentan que las veces que han pensado en quitarse la vida ha sido en el contexto de depresión. Otros factores como la falta de apoyo social, problemas familiares o el no acceso a tratamientos o cuidados paliativos pueden aumentar el riesgo de suicidio. Algunos pacientes con TLP u otros TP graves pueden llegar a comparar su situación con la de un enfermo crónico sin esperanza, cuya vida es insoportable y “justificar” así sus tendencias suicidas. Desde la Terapia Dialéctico Conductual la postura es muy

clara: La persona con TLP no es ningún enfermo terminal, tiene tratamiento y se parte de que sólo hay una opción que es la de seguir viviendo si se quiere llevar a cabo el tratamiento, al igual que se haría con cualquier otra enfermedad tratable.

¿Existen factores biológicos que pueden aumentar el riesgo de suicidio?

Los investigadores opinan que tanto la depresión como las conductas suicidas pueden estar relacionadas con bajos niveles de serotonina en el cerebro. Se han detectado bajos niveles del metabolito de la serotonina, 5-HIAA, en el fluido cerebral en personas que han intentado suicidarse y en análisis postmortem de personas víctimas del suicidio. Los científicos han aprendido que los receptores de serotonina en el cerebro aumentan su actividad en personas con depresión mayor y suicidalidad. Se piensa entonces que los medicamentos que consigan regular estos receptores como los SSRIs, pueden mejorar los síntomas; pero aún no se sabe hasta qué punto pueden reducir las conductas suicidas.

¿Se puede heredar el riesgo de suicidio?

Hay cada vez más evidencia de que los factores familiares y genéticos contribuyen al riesgo de conductas suicidas. Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas como la depresión mayor, el trastorno bipolar, esquizofrenia, abuso de sustancias o algunos trastornos de personalidad aumenta el riesgo de conductas suicidas. Pero no quiere decir que las conductas suicidas sean inevitables en personas con estos antecedentes familiares sino que pueden ser más vulnerables y tienen que hacer lo posible por reducir ese riesgo; yendo a ser evaluados o a tratamiento ante el menor signo de trastorno mental.

¿Puede aumentar el riesgo de suicidio el consumo de alcohol u otras drogas?

Parece que el abuso de alcohol u otras drogas contribuye más al riesgo de suicidio en personas jóvenes que en personas de mediana y elevada edad.

Se han estudiado los factores de riesgo en personas que han cometido suicidio y parece que el consumo de alcohol aumenta el riesgo si va acompañado de un trastorno de estado de ánimo como

la depresión. Por tanto el abuso de sustancias por sí solo no aumenta directamente el riesgo de suicidio pero sí desinhibe conductas de impulsividad y conductas de riesgo que pueden acabar en un daño a sí mismo.

¿ Que quiere decir el “suicidio por contagio” y cómo se puede prevenir?

Cuando alguien está expuesto a una conducta suicida dentro de la propia familia, grupo social o a través de los medios de comunicación puede suceder que aumente el riesgo de tener ideación o conductas suicidas. Esto ocurre con más frecuencia en adolescentes y jóvenes adultos.

El riesgo que proviene de los medios de comunicación se puede minimizar si se trata de forma adecuada el tema. Los reportajes acerca de suicidios no habrían de ser repetitivos ni sobre simplificar o justificar las razones de una conducta suicida. Tampoco deberían dar detalles ni glorificar a la víctima ni dar el mensaje de que se ha conseguido algo con el suicidio, como salir en los medios.

Si ha habido exposición al suicidio dentro de la propia familia o grupo se puede reducir el riesgo

de “contagio” evaluando a los familiares y amigos de la víctima por parte de un profesional de la salud mental y buscando tratamiento si se detectara un riesgo.

¿Es posible predecir el suicidio?

Por el momento no hay instrumentos ni medidas definitivas que permitan prever una conducta suicida y aunque se han definido bastante los factores de riesgo (trastornos psiquiátricos graves, abuso de sustancias, intentos previos, antecedentes familiares de suicidio, haber sufrido abusos o tendencias agresivas e impulsivas) estos no permiten predecir de forma efectiva la ocurrencia o no de estas conductas.

RECUERDE QUE: _____



El suicidio es un fenómeno muy complejo que implica aspectos sociológicos, culturales, psicopatológicos, religiosos, etc. Es transversal a muchos trastornos mentales y no es exclusivo del TLP. Existen una serie de factores de riesgo y de protección que

hay que tener en cuenta a la hora de valorar el riesgo en cada persona. Hay que poder abordarlo de forma abierta y clara, sin tabús. Profesionales y entorno pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio posicionándose y actuando de forma más adecuada con la persona que tiene este riesgo.



3.3.2. LAS CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Las autolesiones, entendidas como síntoma y conducta patológica, son cualquier tipo de herida hecha en el propio cuerpo de forma consciente y voluntaria. La forma más común suelen ser cortes en muñecas y antebrazos; pero también pueden realizarse en otras partes del cuerpo como piernas, abdomen o cara. Otras formas menos frecuentes de autolesión son las quemaduras con cigarrillos, coserse la piel o pincharse con agujas. Hay otro tipo de conductas que sin llegar a ser propiamente autolesiones se aproximan bastante y pueden ser formas más “suaves” y socialmente aceptadas como por ejemplo: cortarse uno mismo el pelo de

forma impulsiva, un exceso de piercings, depilarse de forma compulsiva zonas del cuerpo sin tomar precauciones, rascado o tocamientos en zonas ya irritadas, etc.

Las auto lesiones no aparecen siempre relacionadas con conductas suicidas

¿QUÉ PUEDE LLEVAR A UNA PERSONA A QUERER DAÑAR SU CUERPO DE FORMA INTENCIONADA?

Sin duda cuando una persona atenta contra su propia integridad física es porque pasa por un gran sufrimiento interior, alienación, desesperación o traumas no resueltos. Auto castigarse es un mecanismo que la persona con TLP utiliza para hacer frente a su dolor emocional (frecuentemente sentimientos de tristeza, enfado y abandono). Las auto mutilaciones liberan endorfinas, sustancias químicas que posee el propio cuerpo y que proporcionan sensación de calma.

Los motivos que puede tener alguien para auto lesionarse pueden ser muy variados:

- Para sentirse vivos y menos vacíos.

- Para expresar su malestar y sufrimiento cuando no les es posible de otra forma.
- Para castigarse (sobre todo personas que han sufrido abusos).
- Para liberar ansiedad y tensión.
- Para sentir que son capaces de controlar su dolor.
- Para tener contacto con la realidad.
- Para focalizar su pena en un dolor físico y no tanto en un sufrimiento psíquico.
- Como forma de pedir ayuda.

¿CÓMO APARECEN Y SE MANTIENEN LAS CONDUCTAS DE AUTOLESIÓN?

Las conductas autolesivas pueden aparecer bastante pronto, incluso en la infancia o inicio de la adolescencia, pero suelen darse con más frecuencia al final de la adolescencia, principio de la edad adulta y van disminuyendo con la edad aunque en algunos casos pueden perdurar hasta bien entrada la madurez.

A veces puede ser por pura casualidad, cuando la persona experimenta un alivio o desahogo ante

un dolor físico o herida y es probable que repita esta conducta ya que obtiene un refuerzo a corto plazo. Otras, puede ser por mimetismo o “contagio” con otras personas que lo hacen; algunos adquieren este hábito durante ingresos psiquiátricos en los que “aprenden” estas conductas por parte de otros pacientes.

Últimamente han aparecido en internet páginas que difunden de manera bastante peligrosa e idealizada estas conductas y en las que la autolesión aparece ligada a otras patologías como los trastornos de alimentación. La conducta autolesiva se retroalimenta a sí misma y **puede llegar a ser adictiva cuando es reforzada repetidamente**, bien por las personas del entorno o por una satisfacción interna.

Ejemplos de refuerzo serían:

- › Prestar más atención a la persona cuando se ha autolesionado o amenaza con hacerlo.
- › Concederle cosas cuando tiene estas conductas.
- › Recriminarle esta conducta o enfadarse.

Cuando preguntamos por las consecuencias positivas de una auto lesión la respuesta suele ser que se uno “se libera” o se “tranquiliza” tras una tensión y malestar agudo. Conviene entonces que el profesional no suscriba rápidamente ese supuesto “alivio” e indague un poco más y lleve al paciente a describir de manera más concreta los cambios que ha notado y no calificar el efecto “alivio”.

Por ejemplo: “¿Que notaste exactamente en tu cuerpo cuando te estabas autolesionando? ¿Y después? ¿Qué cambios sucedieron que te llevan a pensar que era un alivio?” Tengamos en cuenta que puede haber una idealización necesidad de justificación de la conducta auto lesiva por parte del paciente.

¿QUÉ CONSECUENCIAS NEGATIVAS TIENEN LAS AUTOLESIONES?

Las propias personas afectadas dicen que el recurrir a la autolesión como forma de “solucionar” un estado interno negativo o una dificultad con el entorno, les causa problemas con las personas con

las que conviven, sentimientos de vergüenza, disminución de la autoestima, frustración y sensación de fracaso.. Junto a estas consecuencias una muy importante y más difícil de ver es que les impide aprender formas más maduras y adaptativas de afrontar problemas, aumentando su vulnerabilidad y a largo plazo los mantiene en el sistema sanitario y en su rol de enfermos.

¿QUÉ FUNCIÓN TIENEN LAS AUTOLESIONES?

Detrás de toda conducta disfuncional suele haber una función. Las autolesiones también tienen una función para la persona que las realiza y no son de entrada ni en todas las circunstancias negativas.

Función de *supervivencia* para afrontar un sufrimiento extremo y difícil de asimilar como por ejemplo en un estado post traumático, tras un abuso etc. Tienen, al igual que otros mecanismos de defensa, la función de “sobrevivir” durante un tiempo y pueden sustituir reacciones peores como el suicidio; pero si se alargan demasiado en el tiempo dejan de ser adaptativas y se convierten en un problema

añadido. A la hora de abordarlas en la terapia hay que tener cuidado y asegurarse de que la persona adquiriera otros mecanismos de afrontamiento antes de intentar eliminar las conductas de autolesión.

Función de *control e influencia* en el entorno, para conseguir cosas y cambios de actitud en los demás, para obtener atención etc. Entonces no son mecanismos de defensa y no sirven a la persona para “sobrevivir”. Son más desadaptativas y conviene cortarlas cuanto antes. En este caso la colaboración de las personas que conviven con el afectado es determinante. Si dejan de reforzar y de facilitar que la persona consiga lo que quiere mediante las auto lesiones, estas disminuirán con el tiempo ya que dejarán de servir para conseguir cosas.

Función de reacción de *afrontamiento*, en situaciones de malestar agudo ante un acontecimiento externo estresante o sentimiento de vacío con cuestionamiento de uno mismo y del sentido de la propia vida. En estos casos serían conductas reactivas. Se han de validar a la persona porque no dispone de otra respuesta más adaptativa a ese malestar y al mismo tiempo el profesional ha de enseñarle otras alternativas. No es suficiente con

describir las alternativas y no hay que dar por hecho que las va a probar. Es importante “pegarse al paciente” y acompañarlo en este aprendizaje hasta estar seguro de que lo aplica.

CÓMO ACTUAR ANTE LAS CONDUCTAS DE AUTOLESIÓN

Si eres la persona que realiza esta conducta: Intenta no culpabilizarte ni juzgarte por lo que has hecho. Si conoces tu diagnóstico y los síntomas que lo caracterizan podrás encajar esta conducta dentro de las consecuencias de tu trastorno y no como “algo malo”.

No ocultes ni te aísles con tu problema. Si estás en tratamiento habrás de hablar lo antes posible con tu terapeuta para analizar estas conductas y buscar alternativas.

Si no estás en tratamiento, busca ayuda profesional lo antes posible, piensa que estas conductas no desaparecen normalmente por sí solas y pueden acarrear consecuencias negativas a medio y largo plazo.

Seguramente tu desesperación debe ser grande cuando de forma voluntaria te haces daño a tí mismo; pero hay formas eficaces de disminuir estas conductas y es tu responsabilidad probarlas, como lo harías con cualquier otro remedio si te lo recomendaran para una enfermedad.

Comenta con tu terapeuta alternativas como apretar cubitos de hielo fuertemente con las manos, poner las manos bajo agua muy fría, morder algo muy ácido o picante, u otras actividades que produzcan sensaciones fuertes y no sean perjudiciales.

Si eres alguien cercano a la persona que tiene conductas de autolesión:

Cuando alguien se autolesiona, las personas del entorno suelen reaccionar con alarma, miedo, enfado frustración, impotencia e incluso a veces con agresividad y deseo de control.

Responder de forma más adecuada a este tipo de conducta supone un equilibrio entre:

Poder mostrar sus propias emociones y poder ayudar y al mismo tiempo comprender, validar y aceptar lo que la persona ha hecho sin juzgarlo.



Se recomienda:

1. **No buscar “culpables”** de lo sucedido o discutir quién lo podía haber evitado. Las conductas autolesivas son consecuencia de problemas complejos, no un efecto de una discusión, un “no”, una frustración etc.. Esto puede ser la chispa que las desencadena pero no la causa.
2. Eliminar en lo posible aquello que supongan un riesgo (cuchillas, tijeras, cutter etc) y también aceptar que no se puede evitar cada objeto peligroso en casa ni vigilar a la persona las veinticuatro horas del día.
3. **No “recompensar”** a la persona por estas conductas por ejemplo: prestarles más atención, estar más amables o cariñosos de lo normal, hacerles un regalo, acceder a cosas que antes negábamos etc.. es contraproducente y contribuye a perpetuar la conducta.
4. **No moralizar, sermonear o indignarse.** No decir cosas que puedan provocar vergüenza o culpabilidad. La persona que se autolesiona se siente ya suficientemente avergonzada y culpable.

5. **No** intentar controlar estas conductas con **amenazas** como: “si lo vuelves a hacer te dejaré.” Eso suena más como un castigo. Incluso aunque decidas poner un límite así, debería enfocarse más como algo que haces para tí mismo que como algo en contra de la persona.
6. **Mantener la calma.** La persona que quiere autolesionarse o ya lo ha hecho se siente fuera de control, es importante que lo que suceda a su alrededor no aumente su caos interno.
7. Recomendar a la persona que **lo comunique** lo antes posible **a su terapeuta** e interesarse por cómo poder abordar mejor estas situaciones en un futuro.
8. Ayudar a la persona a organizar su “caja de urgencias” en colaboración con su terapeuta.
9. **Tener empatía y validar a la persona que tiene estas conductas.** Escúchala realmente. Utiliza frases: “¿Como te sientes?”, “¿Hay algo que yo pueda hacer?”. No minimices su miedo, su angustia y confusión interior.
10. Intentar comunicar aceptación hacia la persona, pero **dejando claro que debe aprender otra forma de enfrentarse a los**

problemas. Ejemplo: “supongo que tu desesperación debe ser grande cuando de forma voluntaria te haces daño y al mismo tiempo hay otras formas mucho mejores para disminuir tu malestar. Es tu responsabilidad probarlas, como lo harías con cualquier otro remedio si te lo recomendaran para una enfermedad”.

11. **No ser catastrofista y extraer lo positivo de la situación:** “Antes de que pasara esto habías estado tres semanas sin autolesiones. Se que puedes volver a hacerlo”; “la última vez que te auto lesionaste ni siquiera pediste ayuda y ahora lo has hecho, eso supone una mejora”. Reforzar positivamente los pequeños avances: ten en cuenta que estas conductas disminuyen lentamente y cada pequeño paso cuenta. Las recaídas son normales. No te fijes sólo en el resultado final sino en los pequeños avances.
12. **Sugiere alternativas para la próxima vez** cómo apretar cubitos de hielo con las manos, poner las manos bajo agua muy fría, hacer fuerza física, morder algo muy ácido o picante, u otras actividades que produzcan sensaciones fuertes sin ser perjudiciales.



Las autolesiones tienen una función para la persona que las realiza y le sirven para regular emociones intensas y poco tolerables cuando hay desregulación emocional. Antes de pretender cambiar y eliminar estas conductas es importante comprenderlas y ver “qué hacen por la persona”. Las conductas de autolesión pueden llegar a ser adictivas y sólo pueden ser controladas por la persona que las realiza.

Para eliminar estas conductas la persona ha de “decidirse por un nuevo camino y una vida sin autolesiones” además de aprender nuevas conductas alternativas y otras soluciones a sus problemas.

A corto plazo es importante enseñar a la persona que se autolesiona habilidades que le proporcionen un efecto corporal potente (frío, sabores fuertes, ejercicio, etc)



3.4. LA IMPULSIVIDAD: LO HAGO Y YA VERÉ

La impulsividad ha sido definida lo largo de la historia de diferentes maneras. Como síntoma, como sinónimo de agresividad y como un rasgo general de Personalidad.

En el trastorno límite uno de los criterios diagnósticos se refiere a “impulsividad en por lo menos dos áreas potencialmente peligrosas (gastar dinero de forma irresponsable, darse atracones, abusar de sustancias e involucrarse en conductas sexuales no seguras). Seguidamente profundizaremos en tres de estas áreas.



La impulsividad se define como la tendencia a pasar rápidamente a la acción sin haber reflexionado previamente sobre las consecuencias que pudiera tener aquella acción para la propia persona o para los de su entorno”.

3.4.1. EL USO DE SUSTANCIAS: NECESITO DESCONECTARME

La existencia conjunta de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un cuadro clínico psiquiátrico de otro perfil es denominado como **Patología dual**. Con respecto a la frecuencia con que aparece en la clínica, los datos presentan grandes variaciones porque proceden de estudios muy diferentes, pero en general el trastorno por uso de sustancias está asociado a la esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, los depresivos y, con respecto a los trastornos de personalidad, al antisocial y al límite.

La asociación entre Trastornos de Personalidad (TP) y trastorno por uso de sustancias (TUS) es altamente significativa y, según diferentes estudios, es la forma más frecuente de diagnóstico dual. En general la prevalencia de trastornos de personalidad en adictos en tratamiento oscila entre 34,8% y 73%. La personalidad es un elemento de riesgo y el consumo se podría producir por tres vías diferentes: la desinhibición conductual (personas impulsivas y atrevidas), la reducción del estrés

(necesidad de rebajar el nivel de activación/excitación), y la sensibilidad a la recompensa (personas con fuerte necesidad de buscar sensaciones nuevas y extrovertidas). La evidencia de la personalidad en el consumo de sustancias también queda reflejada en sentido positivo. Se ha mostrado que la emocionalidad positiva (personalidad saludable, amigable, motivada con logros adecuados y con buena competencia social) se considera un elemento que protege contra el TUS.

Con variaciones de un estudio a otro, podemos afirmar que la mitad de las personas con trastorno por uso de sustancias presentaba además un trastorno de personalidad, y los más frecuentemente asociados son el antisocial y el límite.

Se destacan tres datos respecto a esta asociación:

1. El trastorno de personalidad es previo y favorece el consumo.
2. El trastorno de personalidad condiciona la forma en que se consume y, una vez instalado, complica su evolución.
3. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico son cualitativamente diferentes.

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

En el caso del trastorno límite las personas buscan en las sustancias o bien calmarse o bien desinhibirse.

“Mi experiencia con el consumo de alcohol

**Cuando empecé a beber...*

Desde mi adolescencia el consumo de alcohol se convirtió en una de mis más habituales ‘conducta problema’ cuando la ansiedad me superaba o en situaciones sociales con mucha gente.

Aunque en mi familia no hay ningún familiar alcohólico, consumir bebidas alcohólicas de manera casi habitual es un hábito utilizado por mi padre (gran referente en mi vida) durante su día a día, ya sea bebiendo dos/tres copas de vino a la hora de comer o/y cenar, cervezas para los aperitivos y gin-tonics en todas las cenas especiales que celebramos en familia.

A partir de los 16-18 años empecé yo también a beber gin-tonics por las noches y cuando me quedaba sola. Consumía bastante cantidad de

alcohol también cuando salía de fiesta con mis amigas o grupos numerosos de personas, durante mi época más fiestera y luego ya por las noches estudiantiles en mi habitación.

Al irme de casa, hacia los 24 años empecé a consumir cada noche uno o dos gin-tonics para relajarme y poco a poco se fue convirtiendo en un hábito que utilizaba en gran medida para relajarme y dejarme llevar a nivel personal. Por lo cual, mi tolerancia al alcohol se convirtió en habitual y problemática”.

“Cuando empecé terapia en el centro...

A los 30 años entendía que mi consumo de alcohol se había convertido en un gran problema que debería trabajar y solucionar. Fue uno de los objetivos que marcamos tras mi primer diagnóstico. Durante mis crisis ligadas al TLP llevaba a cabo un gran abuso de la sustancia y me hicieron falta muchas horas de terapia y un gran esfuerzo de mirarme desde fuera para comprender que beber era mi gran ‘conducta problema’ y entender qué me pasaba -aquí me ayudó mucho ir a terapia.- En ese momento me

sentí muy mal conmigo misma, mi mejor amiga me escribió una carta manuscrita para que ‘por favor, dejara de beber tanto’ (la guardo como un tesoro). Acababa de tener un gran desengaño amoroso y el mundo se me iba de las manos, hasta viví un ingreso de urgencias...

Tomé consciencia de mi adicción a la ‘conducta’ pero tardé más de un año en poder empezar a controlarla y pensar sobre la misma sin sentirme fatal y que no se produjera más todavía, aún estoy en ello. Fue muy duro y sigue siéndolo. Porque no es sólo algo de lo que ahora me avergüence sino una conducta que, a pesar de todo lo malo que conlleva, era hasta entonces para mí la única conducta que lograba bajar mi grado de ansiedad y el aislamiento tan alto que sentía en sociedad o cuando llegaba la noche. Además estaba demasiado acostumbrada a ligar mis momentos de inspiración y creación artística y literaria con el consumo de alcohol.”



Las características más relevantes son:

1.- **El patrón de consumo más frecuente es episódico e impulsivo.** La persona consume dejándose llevar por la necesidad del momento, por el ambiente donde se encuentra, por las compañías, por deshinibirse, porque no saber decir “no”. Pasado el efecto su vida no se orientará únicamente por la búsqueda de la sustancia, sino que volverá a su rutina hasta la próxima ocasión en que el consumo será tan poco premeditado como en la anterior.

2.- No existe una marcada preferencia por una sustancia, suelen ser **policonsumidores**, es decir, suelen tomar más de una sustancia, y generalmente en combinación con el alcohol. Las más habituales en los TLP son alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y tranquilizantes.

3.- A nivel de **diagnóstico**, los pacientes que consultan por su variabilidad emocional, relaciones conflictivas, ideación suicida o ausencia de objetivos vitales pueden negar el consumo, o bien mencionarlo pero como un problema de menor

importancia, tratando de ocultar las conductas asociadas, como el robo de dinero o los problemas con los familiares cuando han sido descubiertos, la agresividad u otro tipo de conductas impulsivas (sexo incontrolado, conducción temeraria, etc).

4.- En relación al **tratamiento**, a nivel **farmacológico** el tratamiento debe ir dirigido al abordaje tanto de los síntomas predominantes del paciente atribuibles al TLP según hemos visto en el capítulo 6, como al tratamiento del TUS. En la prescripción se debería evitar una excesiva polimedicación e intentar limitar al máximo el uso de benzodiacepinas, el grupo de tranquilizantes más usados (Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, entre otros), por el riesgo de generar un abuso. En cuanto **a la psicoterapia**, en DBT el consumo de sustancias se considera una forma de regular las emociones negativas (tristeza, rabia, vergüenza, ansiedad, vacío) y se trata como una conducta que “interfiere la calidad de vida”.

El objetivo sería que la persona aprendiese a identificar los antecedentes y consecuencias del consumo, identificar el “craving” (deseo irrefrenable

de consumir) y enseñarle técnicas de solución de problemas. Hay un elemento clave en la intervención que es la “abstinencia dialéctica”. Este es un concepto que combina el compromiso con la abstinencia continua a la vez que se acepta la recaída y se trabaja para impedir que lleve a consecuencias negativas mayores. El objetivo es que el paciente desarrolle una “mente clara”, que disfruta de la abstinencia siendo consciente del riesgo que supone tanto la “mente adicta” que lleva al consumo y la “mente limpia” que guiada por lo que debe ser, niega la posibilidad de la recaída.

A propósito del tratamiento, seguimos con el relato de nuestra paciente respecto a los elementos que le ayudaron a cambiar: tomar consciencia, la confianza y aceptación del terapeuta frente a las recaídas, tomar medicación, conocer el motivo de su conducta, practicar mindfulness.

“¿Cómo conseguí reducir y cambiar el hábito de beber?”

Al principio de terapia, el primer año y medio, lo primero que trabajamos diría que fue ‘hablarlo’ en terapia individual.

Hablarlo, reflexionarlo desde nuevos puntos de vista y pensarlo con la ayuda de mi terapeuta fue lo primero, pues es algo que no he hablado con nadie más y me sorprendió el modo en que tomar consciencia sobre ellos me afectaba. Supongo que tomar un más alto grado de consciencia sobre el hábito fue algo duro, largo y difícil. Pero, al menos, ahora puedo decir que cuando veo o bebo alcohol, aunque siga siendo mi debilidad y creo que siempre tendré que luchar contra ello, soy consciente de que para mí es una 'conducta problema' (este concepto en sí me ayudó). A nivel psiquiátrico me medicaron para bajar el grado de ansiedad, mi TLP, y el insomnio. Me costó mucho aceptar el acto de tomar la medicación pero supongo que me ayudó a poder estar menos ansiosa, aunque tardó lo suyo en dar frutos. En esta etapa me ayudó mucho la metáfora del cuento del bambú y la confianza que mi terapeuta me demostraba semana tras semana a pesar de mis recaídas.

Entonces descubrí el Mindfullnes en el centro, leí el libro escrito por mis terapeutas y empecé a entender que mi concepción diaria del mundo,

del momento presente podía ayudarme también. En este aspecto me ayudó ir a terapia en grupo para aprender el Mindfullnes y para no sentirme tan sola en este aspecto como me sentía. Ahora intento practicarlo una o dos veces al día”.

“Cambiar los hábitos

Una de las muchas cosas que trabajamos en terapia y que me ayudó fue entender que mi ‘conducta problema’ podía ser sustituida o aliviada descubriendo nuevos hábitos y conductas que me relajaran y ayudaran como lo había hecho hasta entonces el consumo de alcohol pero sin hacerme daño. Estuve muchos meses intentando introducir, buscar, aplicar, nuevos hábitos que me llevaran a estados de relajación y que ocuparan mi tiempo sin hacerme daño a mi misma. Durante ese periodo me sentí muy perdida, me sentía vacía, porque no sabía qué hacer para proporcionarme placer sin hacerme daño.

Probé el gimnasio y fatal, probé algún hobby nuevo y nada. Recuerdo que en esa época le decía a mi terapeuta que me sentía nula y muy aburrida conmigo misma pero ella me decía que

paciencia, que debía darme la oportunidad de cambiar hábitos y que no era de un día para otro. Confié en ella. Así que poco a poco empecé a llevar una vida mucho más tranquila (sin tantos líos amorosos y sociales) a pesar de aburrirme mucho. Así, por ejemplo, con tantas horas muertas descubrí que coser me relajaba muchísimo. El hábito de coser, para mi sorpresa, fue como una pequeña salvación, mientras lo combinaba con seguir yendo terapia y con una mayor compasión.

5.- A nivel de **pronóstico** las personas con TLP que tienen este abuso episódico están expuestas a un mayor riesgo de suicidio, autolesiones, agresividad, accidentalidad o problemas legales ya que la sustancia reduce sus capacidades de reflexión y control.

6.- **Aunque es menos frecuente, la persona con TLP puede desarrollar un patrón compulsivo de consumo.** En este caso se usa la sustancia para reducir el malestar emocional. El consumo está ligado a la inestabilidad emocional en forma de

tristeza, ansiedad, cambios anímicos y la sustancia le permitirá calmarse y dejar de pensar.

7.- Dependiendo de la **gravedad del consumo** puede hacerse inviable una psicoterapia a nivel ambulatorio y hay que recurrir al ingreso en un **centro de desintoxicación y deshabitación antes de proceder al tratamiento específico de su TLP** El abordaje psicoterapéutico de elección es el cognitivo conductual que provee de técnicas para trabajar los rasgos de personalidad más frecuentemente relacionados con el uso de sustancias (la impulsividad y la ansiedad). Los programas de mindfulness, las habilidades de regulación de emociones, prevención de recaídas, manejo de la ansiedad y resolución de conflictos cuentan con evidencia científica.

La acción de cada sustancia es diferente. Describimos algunas de las más utilizadas por las personas diagnosticadas con trastorno límite.

El **cannabis** es una planta que contiene gran cantidad de alcaloides con efectos psicoactivos. Su

uso está muy extendido en nuestra sociedad. Produce efectos depresores, sedantes y altera la percepción. Aunque las consecuencias negativas de su consumo suelen ser minimizadas se han constatado efectos adversos de tipo cognitivo, emocional, cardíaco, hormonal y pulmonar.

A nivel cognitivo el consumo habitual deteriora la memoria, la atención, el cociente intelectual y el aprendizaje. No obstante estos efectos son más negativos si la edad de comienzo es temprana (antes de los 17 años) y su consumo es elevado. Y desde el punto de vista emocional favorece el aislamiento, el cual conduce al desasosiego interno, hiperactividad, irritabilidad, insomnio e inquietud.

Un alto porcentaje de las personas con trastorno límite lo consumen de forma habitual porque les tranquiliza, evade de la realidad y calma la ansiedad. En muchas ocasiones es utilizada como “automedicación” dados sus efectos relajantes y calmantes y en otras se fuman porros para contrarrestar los efectos producidos tras el bajón de la cocaína. Sus efectos en sangre duran más que los de la coca y el consumo diario genera dependencia psicológica.

A nivel social y entre los propios consumidores, aunque afortunadamente cada vez menos, existe la tendencia a considerarla como más inofensiva que otras. Es difícil abandonar su consumo porque es fácil adquirirla, lo consume el círculo natural de amigos y que cuando existe un trastorno de personalidad comórbido cualquier incidente estresante o frustrante les conduce a abandonar con facilidad su objetivo.

Cuando la persona con trastorno límite se plantea dejar de consumir, quiere que “sea ya”. El no conseguir la meta produce una ansiedad y una frustración que incrementa el consumo que se quería reducir. La persona puede que se sienta decepcionado con el tratamiento y encuentra que este no le sirve. En este caso es muy importante descentrar a la persona del consumo en si mismo y redirigir el objetivo de trabajo hacia su personalidad.

La **cocaína** es una droga altamente adictiva porque actúa sobre los centros del placer y produce efectos euforizantes, la sensación de poder con todo, de estar más activo y no necesitar dormir. La persona con trastorno límite la suele consumir

por un deseo de salir de la rutina, de tener emociones fuertes e intensas, de vivir al límite, de buscar novedades, de hacer cosas o de tener relaciones que en estado normal no se atreverían. Como reduce el hambre, se suele adelgazar y esto engancha a las personas que en muchas ocasiones debido a los fármacos han subido su peso de forma alarmante. Transcurrido un tiempo desde la última toma aparece ansiedad y sintomatología depresiva muy marcada que a veces combaten fumando porros o tranquilizantes. A largo plazo su consumo provoca agresividad, ansiedad generalizada, fluctuaciones muy marcadas del estado de ánimo y problemas económicos.

El **alcohol** es, junto con el tabaco, una droga legal totalmente introducida en nuestra sociedad debido a razones de tipo cultural, histórico y económico. Las personas con trastorno límite lo consumen porque debido al efecto desinhibidor les permite olvidarse de sus miedos, dejar de pensar en aquello que les preocupa, evadirse de la realidad y de los pensamientos negativos y rebajar la ansiedad. Dado que su consumo está facilitado por sus dificultades

ánimicas es mayor el riesgo de desarrollar dependencia. También acentúa la impulsividad, inestabilidad, agresividad que de base ya están alteradas en la persona con trastorno límite y finalmente, facilita el consumo de otras sustancias.

RECUERDE QUE



La patología dual es un reto para los servicios de salud mental. En el caso del trastorno límite y trastorno por abuso de sustancias sería alentador el reconocimiento del grado de desgaste que produce en los profesionales y en los afectados. En las personas con TLP el patrón de consumo más frecuente es episódico e impulsivo y se considera como una forma de regular emociones. Suelen ser policonsumidores. El abordaje ha de ser farmacológico y psicológico. A nivel psicoterapéutico la DBT propone que la persona aprenda a reconocer los antecedentes y consecuencias de su consumo. Dependiendo de la gravedad del consumo la persona debería ir primero a un centro de desintoxicación y deshabitación para realizar después el tratamiento específico del TLP.

3.4.2. GASTOS IMPULSIVOS: MÁS ES MENOS



Las compras y gastos impulsivos se describen como un **patrón crónico, repetido de compra que es difícil parar y tiene consecuencias negativas a largo plazo**. Tiene características de otras adicciones comportamentales (juego patológico, adicción al trabajo, a Internet, al Sexo, a la compra...), que no incluyen el consumo de sustancias. Se presenta en personas impulsivas, con poca tolerancia a la frustración y baja capacidad de resolución de problemas. Sirven para evadirse de la realidad y de sentimientos negativos (tristeza, culpa, miedo .) al generar sentimientos de bienestar, felicidad y poder inmediatos. Estas sensaciones, sin embargo, son transitorias y prácticamente en unas horas se instala la culpa, junto con sentimientos depresivos y de ansiedad. Se desarrolla dependencia y cuando no se compra se siente un malestar intenso.

En cuanto a su prevalencia, las compras impulsivas afectan entre el 2% y el 8%. Es más frecuente en mujeres, que gastan en objetos relacionados con

la imagen personal (ropa, calzado, complementos, cosméticos). En muchas ocasiones no hay una elección premeditada de un objeto determinado. Suele ir asociado a trastornos depresivos, de ansiedad, por consumo de sustancias y de conducta alimentaria y entre los trastornos de personalidad con el límite, el obsesivo-compulsivo y el dependiente.

A nivel emocional, poco después de gastar, aparecen sentimientos de arrepentimiento y de malestar (tristeza, rabia, ansiedad). Los compradores compulsivos son propensos a sentir culpa antes que los normales y pasan demasiado tiempo pensando en el gasto hecho y en cómo se va a asumir. Si el malestar persiste se producen cambios de humor, nuevos sentimientos de tristeza que se intentan combatir con nuevas compras u otro tipo de conductas problemáticas. Estas vivencias interfieren en el rendimiento y en las relaciones interpersonales. A nivel relacional la persona miente para ocultar sus gastos, intenta conseguir dinero por medios no lícitos como mentir o robar a los familiares más cercanos, presentan cambios de humor cuando no pueden comprar y tienden a restringir el contacto con los demás, etc.



Las personas con trastorno límite es muy frecuente que tengan problemas importantes con la administración del dinero. Se trata de una **búsqueda de sensaciones nuevas, desinhibición o necesidad de calmarse cuando se encuentran bajo el efecto de emociones que causan malestar**. La culpabilidad que acompaña sus gastos compulsivos contribuye al sentimiento que tienen de "ser malos" y al miedo al abandono, a la vez que acentúa su inestabilidad emocional.

A nivel psicoterapéutico:

🚲 Si existe un trastorno definido (consumo de sustancias, conducta alimentaria) que supone un riesgo físico para la persona, el gasto impulsivo se trata en segundo lugar. En este caso y tras haber superado problemas tan graves, la persona con trastorno límite trivializa y niega sus dificultades al administrar el dinero.

🚲 Es un problema prioritario de intervención cuando no existen otros trastornos, la persona tiene una preferencia marcada por los gastos impulsivos y las consecuencias son graves.

☞ Puede aparecer como conducta impulsiva junto con otras (atracones, consumo puntual de sustancias, conducción temeraria) y no constituir un problema en si misma, sino dentro de la impulsividad en general.

Hay elementos que dificultan que sea reconocido como problema: ser un comprador impulsivo moderado, disponer de su propio dinero, proceder de familias con un patrón de consumo elevado y con un uso fácil del dinero, haber superado trastornos más graves y tener rasgos antisociales.

Un factor de **pronóstico negativo** es si además del límite la persona tiene el trastorno antisocial de la personalidad (TAP) ya que entonces la impulsividad será aún más difícil de controlar o la ausencia de remordimientos puede conducir a cometer actos delictivos como estafas y robos de mayor calado.

Las intervenciones que han demostrado ser más eficaces incluyen farmacología y psicoterapia. A nivel farmacológico se utilizan los antidepresivos de la familia ISRS (fármacos que actúa aumentando la disponibilidad del

neurotransmisor serotonina) ya que parece existir relación entre esta y la impulsividad. A nivel psicoterapéutico las intervenciones de tipo cognitivo-conductual porque estas inciden en la resolución de problemas. Una de las técnicas que ha demostrado en diferentes estudios que reduce la impulsividad es el mindfulness, y por ello resultaría también muy conveniente en este caso.

En el caso del trastorno límite puede ser de gran ayuda que entiendan y acepten una serie de medidas como salir con muy poco dinero o acompañado, bajo el efecto de emociones negativas quedarse en casa o elegir entornos donde sea difícil comprar, no llevar teléfono móvil, comprar sólo en sitios donde pueda devolverse, separar la parte destinada a básicos como la alimentación. En la mayoría de los casos es necesario además que los familiares ayuden de diferentes maneras: administrándoles el dinero, dándoles pequeñas cantidades, no dejar dinero a su alcance o cualquier otro medio (libretas, cuentas corrientes, tarjetas) y abrir cuentas en las que es necesario la firma de ambos titulares.



La frecuencia e intensidad de los sentimientos y emociones de la persona con TLP, la falta de control de los impulsos, la baja tolerancia a la frustración, los sentimientos de soledad y alienación facilitan que la persona con TLP utilice las compras como una manera de regular su estado anímico y reducir malestar.

La persona con trastorno límite suele trivializar sus gastos y quitarles importancia de forma más o menos consciente y lo más habitual es que lo denuncien los familiares. Se necesitará, por tanto, concienciar y comprometer a la persona en la reducción de este problema como un primer paso imprescindible. Diferentes estudios han mostrado la efectividad del mindfulness.

3.4.3. ATRACONES DE COMIDA:

ME LLENO PARA NO EXPLOTAR

Comer es evolutivamente una conducta de supervivencia. Nuestro cuerpo necesita los nutrientes

necesarios para funcionar. La conducta de comer está motivada de forma biológica por la sensación de hambre, pero la elección del tipo de alimento, el cuando y el cómo está influenciado por variables sociales, culturales, económicas y psicológicas. Nuestra relación con la comida está mediatizada por emociones: placer, gusto, rechazo, asco, etc... es decir está ligada a nuestro mundo emocional.

Si la persona tiene una desregulación en su funcionamiento emocional es muy probable que la conducta de comer se pueda ver afectada e incluso podrá desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria (TCA). Los trastornos más habituales son el trastorno por atracón (TA) y la bulimia (BN).

El trastorno por atracón (TA) se incluye dentro de los TCA. Los datos de prevalencia no representan bien la realidad clínica, pero no obstante se situaría en torno al 2% en la población general mostrándose con mayor frecuencia en mujeres jóvenes o adolescentes. En relación a la comorbilidad con los trastornos de personalidad, no hay datos específicos con el TA, pero si de comorbilidad con TCA en general mostrando que alrededor del 30% de casos de TCA presentan trastornos de la

personalidad y hay una alta prevalencia entre bulimia nerviosa y trastornos límite e histriónico.

Los atracones de comida son episodios recurrentes de voracidad en que se ingiere en poco tiempo una cantidad muy elevada de alimentos con la sensación de no poder parar. Se siente un impulso incontrollable de comer precedido por ansiedad o sentimientos negativos elevados. Se distingue de la bulimia porque en esta última tras el atracón la persona compensa el exceso de comida que ha ingerido (vómito provocado, ayuno, ejercicio físico, saltarse alguna comida, uso de laxantes y/o diuréticos), cosa que no sucede en el trastorno por atracón.

En las personas con trastorno límite los atracones de comida están probablemente mediados por la inestabilidad emocional y su función es la de ayudar a regular emociones desagradables y sentimiento de vacío. El impulso de comer nace de un malestar emocional (tristeza, ansiedad, soledad, vacío...) y el atracón aparece como el medio para aliviarlo. Durante el atracón se siente alivio y después se producen sentimientos negativos: auto rechazo, culpa, vergüenza y en muchas ocasiones se constituye un estado depresivo.

En cuanto al abordaje **terapéutico**, la DBT adaptada a TCA interviene enseñando a regular las emociones, como factor común que aparece en el trastorno límite y en algunos TCA.

A nivel **farmacológico**, se han utilizado para el tratamiento con atracones y mostrando una eficacia moderada diferentes fármacos como los inhibidores de recaptación de serotonina (fluoxetina y sertralina) y el topiramato un anti epiléptico que decrementa el impulso excesivo a comer y actúa, en general, contra la impulsividad.

Una persona en psicoterapia nos comentaba que le ayudaba para enfrentar los atracones.

“Ante los atracones lo primero que hay que hacer es conocerlos y conocerse. Hacer un registro de en qué situaciones se suceden sirve para ir viendo cual es nuestra pauta de atracones. A mí me sirvió ver que pasar delante de las pastelerías me generaba ansiedad así que dejé de pasar. También me di cuenta de que a las 7 de la tarde es mi hora crítica así que intento estar ocupada al máximo para que no me pille por sorpresa.

Una vez se conocen los atracones a mi me ha ido bien espaciar al máximo el tiempo en que tenemos el impulso, es decir, deseamos tener el atracón, y el momento en que en realidad lo hacemos, ya que cuanto más tiempo pasa entre el deseo y el atracón en realidad más estamos alejándonos del impulso y más somos dueños de lo que comemos. A mí me sirve aplicar conductas distractoras como ducharme, cortarme las uñas, cuidarme, salir a pasear, etc, lo que sea con tal de que pase un buen rato de tiempo entre mi impulso y el momento en que como.

Normalmente si ha pasado un rato el impulso es más domesticable y es mucho menor”.

En este caso la persona ha aplicado “habilidades DBT” como observarse, conocer estímulos que aumentan su vulnerabilidad, notar el impulso sin actuar y, en este caso, aplicarlas para tolerar el impulso y reducir su intensidad. Una novedad importante es la introducción del mindfulness con la comida. Se entrena a la persona a comer de forma consciente: observando los alimentos con todos los sentidos y observando sus pensamientos,

emociones, sensaciones físicas e impulsos de actuar cuando está frente a la comida y en el momento presente, sin dejarse arrastrar por ellos y dejándolos que fluyan.

Ejemplo:

“Me sentiré mal si me como esto” “No debo comer tal cosa” “Esta comida me recuerda a” “Quisiera devorarlo todo” “Siento una presión en la garganta” La persona observa y aprende que sólo son pensamientos, emociones e impulsos (la mayoría relacionados con creencias o experiencias pasadas) y que la realidad está aún por experimentar.

RECUERDE QUE



La relación con la comida está ligada a factores biológicos como el hambre, pero de forma muy importante a variables sociales, culturales, económicas y psicológicas. Una forma de relación alterada con la comida son los atracones. El reconocimiento por el DSM 5 como un trastorno permitirá obtener

datos veraces de su incidencia tanto en población general como en población con otros trastornos.

En la persona con trastorno límite podrían estar mediados sobre todo por su desregulación emocional. La ampliación de la DBT adaptada para pacientes con trastorno límite y TCA asociado se muestra como un tratamiento efectivo para tratar las conductas de atracción ya que es una forma que la persona utiliza para regular sus emociones. Como en el resto de las conductas mediadas por la impulsividad, la práctica habitual de mindfulness puede ser de gran ayuda.

3.5. LAS RELACIONES CON LOS DEMÁS



3.5.1. CERCA Y LEJOS

Cerca y lejos. Así se pueden explicar cómo son las relaciones con los demás. Altamente variables, camaleónicas, alternando entre extremos, dominadas por las emociones y con comportamientos no comprensibles a primera vista. Intensas, entregadas, de vínculos fuertes, temidas y deseadas. Diversos aspectos influyen en que las relaciones que establecen sean así.

EL MIEDO AL ABANDONO

Este es un aspecto nuclear en las relaciones, y está relacionado con la aparición de muchas conductas problemáticas. El miedo al abandono procede de que la persona con TLP se siente débil e indefensa y siente que sólo podrá sobrevivir si “el otro” está a su lado. Necesita a alguien que la cuide, le de

cariño, la apoye, le reafirme sobre sí mismo/a y sobre sus decisiones. Siente que es alguien de poco valor e interpreta las decepciones y frustraciones derivadas de las relaciones con los demás como un signo más de que “no merece ser querido/a” y como consecuencia antes o después los demás se darán cuenta y lo abandonarán.

¿QUÉ CONSECUENCIAS PUEDE TENER EL MIEDO AL ABANDONO?

En las relaciones la persona está muy pendiente de lo que el otro hace o dice e interpreta de forma dolorosa sus comentarios o acciones como indicativos de sus errores, motivo por el cual se quedará solo/a. Frente a este miedo, intentará cualquier cosa para que no suceda lo que teme: puede exigir al otro que permanezca el mayor tiempo posible a su lado, hacerle objeto de continuas peticiones, mostrar sumisión y a la vez mostrar un recelo extremo ante cualquier comentario (criterio 1 del trastorno límite: “esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado”).

Como es fácil de adivinar cada una de estas acciones representa un paso más hacia la pérdida de aquella persona debido a que ésta siente que pierde libertad. Como consecuencia, ante amenazas reales de abandono o cuando la amenaza sentida por la persona límite es muy intensa, cunde el pánico y pueden aparecer diversas acciones: agresividad verbal, ataque, manifestar su rabia. O bien puede suplicarle que no la abandone apelando a que va a cambiar su actitud y si esto no da el resultado esperado, amenazar con autolesionarse o suicidarse, o bien hacerlo, en un intento de no perder, sea como sea, al otro.

De forma más general el miedo al abandono hace que la persona viva en un constante estado de alerta y contradicción interna, de miedo, tensión y ansiedad: si está en una relación temerá que ésta finalice, buscará al otro pero a la vez se alejará, cerca y lejos, sin poder disfrutarla, sin fluir. Por otro lado, si no disfruta de ninguna relación la buscará desesperadamente pero el miedo hará que la inicie de forma inadecuada o con personas inapropiadas.

Este estado de ansiedad y miedo puede intentar mitigarlo abusando de sustancias (alcohol y

drogas), gastando, manteniendo relaciones sexuales no seguras, o dándose un atracón de comida. También el miedo al abandono puede ser el origen de sus cambios afectivos, de que hoy por la mañana se sientan bien y sin haber sucedido nada aparentemente, se muestren profundamente tristes, agotados y sin energía para hacer nada de lo que tenían previsto. O bien que tras la llamada de un amigo decidan salir esa noche porque repentinamente se encuentran animados. A pesar de tratarse de relaciones conflictivas, paradójicas, difíciles, las mantienen por la necesidad de estar acompañados. Como para muchas personas, el miedo a quedarse solo es peor. Pero hay otra posibilidad, que es una contradicción aparente: negar su necesidad del otro y abandonarle antes de que el otro lo haga. El miedo a ser abandonado es tan aterrador que prefieren no afrontarlo, abandonando prematuramente relaciones que podrían ser positivas.

El miedo al abandono es una emoción fuerte y arraigada que nace de la imagen de uno mismo como indefenso, débil y dependiente de los demás. Generalmente, conlleva comportamientos desesperados para

mantener la relación a flote: de sumisión y/o de tiranía hacia los demás, que al ser inadecuados, añaden más inseguridad. Y también es posible que la persona decida abandonar al otro prematuramente o no implicarse en nuevas relaciones para evitar sentirse así.



PARADOJAS EN LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS

Aparentemente no hay lógica en el comportamiento de una persona con trastorno límite, debido a que no siempre existe concordancia entre lo que siente, lo que piensa, lo que dice, y lo que hace. Eso provoca que las personas de su entorno tengan la sensación de que hagan lo que hagan no van a acertar, o que la forma como van a reaccionar es del todo imprevisible. Veamos algunas de estas contradicciones con más detalle.

TE QUIERO Y TE ODIÓ

La persona con trastorno límite suele filtrar de forma inconsciente las características del otro. Por eso se dice que saca sus propias conclusiones a partir de sensaciones o intuiciones (de las

emociones que le generan) más que de los propios hechos. Por ejemplo, si ha habido “buena química” es fácil que se produzca una rápida idealización. Las características de personalidad del otro en las que se fija son parciales, muy personales, con un alto componente emocional, y muchas veces definen solamente un aspecto de la forma de ser. Eso no significa que no sean acertadas, sino que probablemente son algo precipitadas e impulsivas. Una visión situada en un extremo es fácil que más tarde de paso al polo contrario, cuando hay mayor convivencia y conocimiento mutuo. Hay muchos motivos por los cuales se puede pasar a la devaluación: por ejemplo, porque la otra persona no satisface sus deseos, le dedica menos tiempo del que necesita, no está siempre disponible, tiene ideas diferentes a las suyas, se muestra distante o demasiado cercana, entre otras. En definitiva, ahora te adoro, ahora no te puedo soportar.

ENCAJAR Y SER YO MISMO

La sensación permanente de ser diferente y de no encajar, de no ser comprendido, de ser un bicho raro; y a la vez, la necesidad imperiosa de formar

parte de un grupo, de pertenecer, de ser aceptado. Esto puede llevarle a actuar como un camaleón, adoptando una identidad según con quién está. Esta actitud conlleva no poder relajarse ni bajar la guardia nunca, por lo tanto, cansancio y sufrimiento, ya que la persona tiene la sensación de estar interpretando siempre un papel, que no es el suyo, pero que cree que le ayuda a integrarse. Esto influye en las relaciones con los demás y les lleva a evitar situaciones sociales aunque las deseen, o bien a tener comportamientos forzados o fuera de lugar.

NECESITO QUE ME CUIDEN Y ME AGOBIO

(EFECTO YOYÓ)

Cuando estoy solo me siento desamparado y vulnerable, y tengo miedo, pero si el otro se acerca demasiado, me siento presionado y aunque eso me gusta porque me siento querido, a la vez me exige estar siempre pendiente, y esto me genera ansiedad. Cuando se siente agobiado, la persona con TLP “desaparece” temporalmente de la relación o la frena de manera rápida con comentarios o actos bruscos que muchas veces la otra persona

no entiende o malinterpreta. Cuando esta persona se distancia un poco, el TLP se siente abandonado y vuelve a “reactivar” la relación, y así sucesivamente se van alternando las fases, muchas veces sin lograr un equilibrio que no queme la relación.

SOY FUERTE Y SOY DÉBIL

Cuando hay problemas graves, ante situaciones que desbordarían a cualquiera, la persona con TLP puede funcionar bien, ser capaz de inhibir sus propios miedos y ayudar. En cambio, en las pequeñas cosas de la vida cotidiana pueden delegar totalmente la responsabilidad en los otros, y dejarse llevar por sus emociones adoptando un punto de vista únicamente centrado en sus necesidades, que puede generar en los demás la sensación de que finge o se aprovecha de ellos a su voluntad. Un chico adolescente se sentía muy a menudo incapaz de superar infinitas situaciones complicadas en su vida cotidiana. Su miedo le llevaba a dudar sobre qué hacer y cómo comportarse, y por encima de todo, siempre pensaba que no podría soportar el dolor o la frustración. En el último verano que estuvo en terapia falleció su madre

víctima de un accidente. Él fue la persona que la auxilió y realizó todos los trámites necesarios, sin apenas vacilar. Después del entierro todavía se mantenía entero y parecía capaz de soportar el intenso dolor que sentía. Comentó que no sabía de donde había sacado las fuerzas y continuó con esta actitud, apoyando a sus hermanas y padre en esta terrible situación.

Te quiero y te odio, encajar y ser yo mismo, necesito que me cuiden y me agobio y soy fuerte y soy débil son contradicciones llenas de sentido para los clínicos pero difícil de explicarse ellos mismos y de explicar a los demás. Cuanto más extremas son estas posiciones más sufrimiento crean.



OTROS ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN

LA SUPUESTA MANIPULACIÓN

Manipular significa actuar intencionadamente para conseguir algo del otro y que ese otro acceda por presión, sin necesariamente estar de acuerdo.

Es decir, para que suceda una manipulación es preciso que intervengan dos partes en el proceso, cada una de las cuales tiene al menos la mitad de responsabilidad en el asunto. Es bien sabido que los niños intentan manipular a los adultos desde bien pequeños. Primero con el lloro y más tarde incorporando otras estrategias: la insistencia, el chantaje emocional, el engaño, la presión, las amenazas, las pataletas. Posteriormente es de esperar que cada vez más, utilice el diálogo y el razonamiento. Al hacerse mayores, los niños utilizarán estrategias más evolucionadas y abandonarán el uso de las otras. Como el/la persona con trastorno límite ya no es un niño, los demás esperan que disponga de recursos más maduros para conseguir lo que quiere, o bien que sea capaz de aceptar que algo no lo puede tener o conseguir. Esto no siempre es así, especialmente cuando el nivel de activación emocional es más alto. En esas circunstancias, es posible que la persona con TLP reaccione de manera inmadura y le cueste aplicar estrategias adecuadas a la situación.

A su vez, nos sentimos manipulados cuando nos vemos forzados a hacer algo que no haríamos, por

miedo a las consecuencias. En este caso, “el manipulado” tampoco dispone de las estrategias adecuadas para expresar su desacuerdo y mantenerse en su posición, o bien para tolerar el riesgo que se puede derivar de su negativa a la petición. Es probable que esto les ocurra a los familiares por la activación emocional a la que se ven sometidos, y por el miedo. Puede ocurrir que cuantas más veces haya habido una situación de supuesta manipulación, menos capacidad de reacción tengan, ya que adquieren más miedo e inseguridad. Al acceder a los propósitos de su familiar con TLP, tendrá el efecto indeseado de reforzar la conducta que lo ha provocado.

Por tanto, vemos que tanto la persona con TLP como su entorno es preciso que aprendan a expresar, pedir y responder a las demandas de los demás de una manera apropiada y madura. La psicoeducación en el caso de los familiares y la terapia en el caso de los afectados, resulta fundamental en este sentido.

LA PASIVIDAD ACTIVA

Este término se refiere a la tendencia a no resolver activamente los problemas, sino “movilizar” al

entorno para que lo haga, dejar que la situación se desborde por sí sola o bien pedir ayuda de una manera indirecta. Por ejemplo, un paciente no se atrevía a llamar para anular una visita y era su madre quien lo hacía cuando finalmente llegaba la hora acordada. Una chica que estaba en terapia llamaba al terapeuta cuando estaba mal para pedirle coaching telefónico y cuando el terapeuta le preguntaba que habilidad podría aplicar para surfear su crisis, le contestaba llorando que si realmente quisiera ayudarla le diría claramente lo que tenía que hacer. Un tercer ejemplo podría ser pedirle a mi padre que llame al psiquiatra para preguntarle por los efectos secundarios de una nueva medicación porque me encuentro muy mal. Ante un trabajo que no me va bien, dejar de ir hasta que me echan. La crisis “salva” la situación, ya que me “obliga” a dejar el trabajo.

El mecanismo de la pasividad activa no es algo consciente y premeditado. Puede ser un mecanismo desarrollado para evitar sufrir un nuevo fracaso y una consecuencia de la creencia aprendida de que uno es incapaz de resolver los problemas por sí mismo. Como hemos visto con otros

mecanismos, se retroalimenta a sí mismo, ya que al no tomar una postura activa frente a las dificultades, la persona nunca aprende que puede afrontarlos con éxito, y por tanto crece la sensación de indefensión e incompetencia.

La pasividad activa conlleva también el desarrollo de dependencia emocional hacia sus “salvadores”. Eso le hace menos libre y autónomo. A su vez, las personas del entorno se queman, y puede que se vuelvan codependientes, o bien, se alejen para evitar desbordarse.

LA FALTA DE LÍMITES

Los límites son una protección que la persona utiliza para preservar su espacio y su identidad cuando se relaciona con los demás. Existen límites emocionales y límites físicos. Un límite físico es por ejemplo no compartir tu habitación con tu hermano para tener tu propio espacio de intimidad. Un límite emocional puede ser decir que no le dejarás dinero a tu amiga porque tienes que pagar el alquiler. Poner un límite significa pensar qué te conviene o no hacer, saber hasta donde puedes llegar para no arrepentirte luego. Por

ejemplo, en el caso anterior, la persona que deja dinero a una amiga pese a que no podrá pagar el alquiler, quizás se vea obligada a hacer algo que no querría para conseguir el dinero, o bien le pedirá a su amiga algo más adelante y si ésta no hace lo mismo por ella, sentirá que está implicándose más que la otra en la relación. Esto le hará sentirse estúpida o hacerle reproches o se alejará para no volver a dar demasiado otra vez.

Muchas personas confunden poner límites con ser mal amigo o compañero, o con ser una persona egoísta que solo piensa en sí misma.



Al poner límites estás demostrando respeto hacia ti mismo y hacia la relación, ya que intentas que no se queme y se desborde. También le enseñas al otro a hacer lo mismo con su espacio físico y emocional. Eso ayudará que la relación se mantenga en el tiempo sin hacerse demasiado absorbente.

Hay quien tiene la falsa creencia de que el verdadero amor o la verdadera amistad no pueden tener límites porque si no ya no lo serían. Seguro que a la larga, han visto que es difícil mantener una relación en la que ninguno de los dos respeta sus necesidades. Quien no sabe respetar sus límites tampoco sabe respetar los límites de los demás. Por ejemplo, cuando su madre le dice que no entre en su habitación cuando no está en casa puede pensar que no confía en ella, sin comprender que necesita sentir que tiene un espacio protegido o personal.

SOLIDARIDAD, JUSTICIA, AMISTAD

Son valores espirituales que guían la relación con los demás y son muy positivos, pero que las personas con TLP a menudo llevan al extremo. Las personas altamente emocionales suelen profesar gran cariño por los niños y por los animales, con quienes a menudo desarrollan fuertes lazos afectivos. Quizás sienten que no serán defraudados nunca por ellos y que no les va a exigir o pedir ninguna responsabilidad a cambio. La empatía que sienten con las personas débiles o desamparadas

también es otra virtud. Se trata de aspectos de su personalidad que constituyen un gran potencial, aunque también pueden ser una fuente de sufrimiento y frustración si esperan recibir tanto como dan.

SEXTO SENTIDO

Es cierto que muchos captan con rapidez y de una manera muy intuitiva los sentimientos de los demás y el “clima” de muchas situaciones en las que se ven involucrados. Una posible explicación podría ser que las personas con TLP, igual que muchas otras personas inseguras, han aprendido a leer entre líneas y anticipar las reacciones de los demás. Sin ser del todo premeditado, se fijan enseguida en aspectos no verbales como el tono de voz, los gestos; “escanean” el entorno en busca de señales de alarma o de tranquilización; son conscientes de detalles que podrían pasar desapercibidos a otros, y que muchas veces les ayudan a sentir que controlan la situación. Se trata de un mecanismo que puede ser muy positivo si se utiliza de una manera sana y equilibrada y que muchas veces ellos no son del todo conscientes que poseen.



TIPO DE RELACIONES QUE PUEDEN ESTABLECERSE

A pesar de todo lo comentado, las personas con TLP disfrutan a menudo de relaciones largas y en general son realmente apreciados por quienes les rodean. En casos extremos, pueden llegar a establecerse relaciones dañinas y destructivas, en parte comprensibles si tenemos en cuenta la intensidad y frecuencia de las emociones que se ponen en juego. No siempre ocurre esto, pero conviene detectar cuando alguno de estos aspectos se activa, para reaccionar a tiempo y evitar que se convierta en una dinámica habitual.

- **Relaciones dependientes**

En este tipo de relación una de las dos personas se deja cuidar, salvar, o llevar por el otro. Busca a alguien que se haga cargo de ella. Es posible que a la larga pierda su identidad y su sensación de competencia, y llegue a creer que no es capaz de hacer nada sola.

🚲 - Relaciones codependientes

La persona codependiente tiene la necesidad de ser necesitada. Suprime su propia emoción y dirige su atención hacia los problemas del otro, así evade su propia realidad y sus sentimientos. Cuando el otro está mal se siente útil y necesaria, y esto le hace sentir bien; cuando mejora, baja la guardia, se relaja y le coge el bajón porque cree que ya no es necesaria. Cuando el otro vuelve a estar mal, parece que su vida tiene otra vez sentido (cuidarle). Así que al final, nunca hay tiempo para ocuparse de sus propias cosas, que pasan a un segundo lugar. A la larga, no desarrolla su propia vida sino que se acostumbra a vivir la vida del otro.

Muchos familiares y parejas de personas que sufren trastornos o enfermedades crónicas, o adicciones (sobre todo al alcohol), pueden acabar convirtiéndose en personas codependientes. Conviene diferenciar entre **tener algunos comportamientos codependientes** y **ser codependiente**. La persona codependiente necesita sentirse útil y necesaria para la otra persona. Su vida tiene sentido si ayuda y cuida del otro. Puede

tener la creencia de que “si yo no lo hago no lo hará nadie, ni siquiera el propio afectado” o también que “nadie como yo sabe lo que es preciso hacer o como hay que actuar”. Esta creencia le lleva a no dejar nunca sola a la otra persona, estar permanentemente pendiente y no poder desconectar ni alejarse de la situación.

Es más fácil llegar a ser codependiente de personas que a su vez son frágiles, dependientes o muy vulnerables. Las personas emocionalmente maduras es probable que no permitan que el otro desarrolle ese tipo de relación con ellas, viendo que no es una relación sana para ninguno de los dos. La pareja debería preguntarse en algún momento de la relación porqué ha escogido a esta persona pese a sus problemas, qué intenta conseguir y en qué conecta esto con sus necesidades (quizás está supliendo alguna necesidad personal). También si es la primera vez que escoge como pareja a alguien difícil o si eso ha ocurrido con anterioridad. Nada indica que esto sea deficitario, pero conviene que pueda reflexionar sobre ello para conocerse mejor y poder mantener su identidad y su estabilidad. En algunos casos puede ser de utilidad contactar

con un profesional que ayude a conocerse mejor y orientar sobre lo que conviene mejorar.

Ninguno de estos dos tipos de relación permite un crecimiento sano de ambas personas. Genera dinámicas que con el tiempo son difíciles de romper, y que de forma paradójica hacen que el trastorno se mantenga, favoreciendo la aparición de sentimientos de inseguridad, de rabia y de culpa. Para evitar caer en este tipo de relación, las dos personas deben aprender a conocerse y a responsabilizarse únicamente de lo que les toca, sin asumir lo que es responsabilidad del otro. Eso significa recuperar la confianza en que el otro puede salir por sí mismo, es decir, considerarle válido y capaz.

- **Relaciones abusivas**

En ellas, la persona con TLP es quien tiene el control de la situación ya que de una manera directa o indirecta consigue que el otro ceda a sus deseos. Así como cuando encuentran una persona segura y fuerte suelen desarrollar dependencia, con personas dóciles o que perciben como frágiles, la relación se puede convertir en abusiva. Las

demandas son excesivas, no se tiene en cuenta el punto de vista del otro, etc.

🚲 - **Relaciones caóticas**

Sería el caso de relaciones desestructuradas, inestables, con desfases en los horarios, en los comportamientos, puede haber maltrato físico y/o psicológico, consumo de sustancias en pareja, rupturas y reconciliaciones frecuentes, acompañadas de alto sufrimiento.

¿CÓMO PUEDO EXPLICAR LO QUE ME SUCEDE EN EL TRABAJO, A LOS AMIGOS, A MI PAREJA?

Existe sin duda un gran miedo al rechazo, al juicio y a la incomprensión; esto hace que a veces la persona afectada cuente rápida e indiscriminadamente en un primer contacto sobre su diagnóstico, para conocer de inmediato la reacción del otro aunque sea negativa. Otros por el contrario evitan hablar de su tratamiento, diagnóstico, etc Pero la motivación es en el fondo la misma y los resultados no suelen ser positivos en estos dos extremos.

En el trabajo contarle puede ser negativo según cual sea la cultura de la empresa y la sensibilidad de los compañeros. A los amigos, si son cercanos, habrá que valorar otorgarles esa confianza, y a la pareja también. Como regla general, la experiencia dice que si la persona tiene todavía pocas habilidades o está muy a menudo en crisis, las relaciones van a ser difíciles, por lo que además de contarle a las personas cercanas, debería de haber el compromiso de, invitar a la pareja a participar también del aprendizaje y compartir las dificultades para que no destruyan la convivencia. Si la persona ya tiene habilidades y puede cuidar las relaciones adecuadamente, entonces puede ser prudente esperar a contar aspectos del pasado que podrían generar temores o resistencias.

RECUERDE QUE



Las personas con TLP desarrollan vínculos afectivos muy fuertes con los demás. Necesitan el contacto e intentan desesperadamente mantenerlo. Contra lo que puede parecer, pueden disfrutar de

relaciones de larga duración, aunque si no se cuidan provocan un desgaste importante en ambas partes. Pueden aparecer la dependencia y la co-dependencia. Algunas relaciones son abusivas y caóticas. La intolerancia a la soledad y el miedo al abandono marcan la relación y pueden llegar a destruirla. A la vez, esa necesidad de vincularse y mantener los vínculos, que no encontramos en otros trastornos, hace que busquen ayuda, se esfuercen o inicien un tratamiento para solventar sus problemas. Como en todo, nos encontramos con las dos caras de la misma moneda.

Para mantener relaciones estables y sanas es importante que cada una de las partes conserve su identidad y respete sus límites personales. Deben luchar por estar cerca y a la vez tener su espacio. Deben ser conscientes de que el miedo al abandono aparecerá cuando el vínculo sea fuerte, y que habrá que desarrollar confianza mutua, tener paciencia y luchar activamente por la relación. Es importante también aceptar al otro tal y como es pero sin reforzar sus comportamientos dependientes y aprender a valorar los aspectos positivos que también existen en la relación



3.5.2. LA PAREJA: NI CONTIGO NI SIN TI

Las relaciones de pareja no son muy distintas en su forma de las relaciones con los demás, excepto en que se trata una relación buscada tanto por uno como por el otro. Algunos familiares se sorprenden de que alguien decida voluntariamente compartir su vida con una persona tan emocional. En cambio, la opinión de las parejas suele ser diferente. Aunque en un primer momento desconozcan ciertos rasgos de su personalidad y sólo hayan visto una de las caras de la moneda, pronto se dan cuenta de lo demás. Las quejas más frecuentes de la pareja son referentes a los cambios de humor repentinos sin aparente relación con su comportamiento; las críticas a veces punzantes y crueles; la necesidad constante de comprobar su amor; los celos y la desconfianza. Es importante para el mantenimiento de la relación que estos aspectos no encubran o hagan olvidar lo que les enamoró, sus cualidades y todo lo que aportan a la relación. Algunas parejas no consiguen mantenerse a causa del desgaste y terminan de forma

traumática. A veces la recuperación después de dejarlo no es fácil. Una relación que ha sido tan intensa y contradictoria conlleva una ruptura igual de emocional.

LA ORIENTACIÓN SEXUAL

No todas las personas con TLP tienen o han tenido dudas acerca de su orientación sexual. Los que expresan dudas pueden ser un reflejo de una identidad todavía no madura. La identidad engloba varios aspectos, entre ellos las preferencias sexuales. Mientras no está del todo consolidada, la orientación sexual puede depender de otros factores, como los emocionales. Por ejemplo, una chica se preguntaba si no sería lesbiana, ya que con los chicos con los que había salido la relación nunca había funcionado. Otra chica empezó a cuestionárselo el día que conoció a una amiga con la que hablando congenió de inmediato y con la que sintió por primera vez que podía ser “ella misma”. En este caso, pudo ser la rápida idealización la que alimentó sus dudas. En algunos casos, hay

personas que han mantenido relaciones con chicos y chicas, basándose más en la persona que les gusta que en el sexo con el que se identifica.

LA PROMISCUIDAD

Igual que para muchas personas, el coqueteo y el sexo pueden ser una potente válvula de escape ante la soledad, el vacío, el aburrimiento, el miedo al abandono, la invalidación; también puede ser una forma de divertirse, de olvidarse o escapar, tener emociones fuertes, etc. Más allá de todo esto, las conductas promiscuas podrían tener que ver con ciertos aspectos que el TLP no domina, por ejemplo: decir que no, tener habilidades para relacionarse, tolerar no ser el centro de atención, ser menos impulsivo/a, confundir intimidad con sexo. La promiscuidad puede verse facilitada si hay consumo de alcohol y/o drogas. Ser promiscuo no es lo mismo que ser adicto o necesitar practicar el sexo. Son frecuentes las chicas que comentan que en general no disfrutan en las relaciones íntimas debido a no sentirse seguras consigo mismas,

tener miedo a no gustar, complejos con su cuerpo, pensar demasiado o querer contentar al otro a cualquier precio. El consumo de drogas puede tener la función de facilitar la deshinibición y alterar la necesidad de control. La promiscuidad conlleva riesgos asociados como son la posibilidad de contraer enfermedades venéreas, y en las mujeres, el riesgo de un embarazo no deseado, pero además a la larga puede ir en contra de la construcción de una autoestima positiva, a fuerza de otorgarle más importancia a los deseos del otro que a los propios y a no hacer valer el propio autorespeto. A corto plazo, puede generar un sentimiento muy intenso de culpa que sea el antecedente de otros comportamientos autodestructivos.

Otro aspecto que facilita la promiscuidad es la confusión y variabilidad de sentimientos respecto a su pareja que a menudo tienen las personas con TLP. Por ejemplo, no estar del todo seguros de querer al otro, sentirse demasiado atados, o actuar por venganza o despecho. Las conductas promiscuas afectan al mantenimiento de la pareja. Es importante hablarlo cuando ocurra y establecer pactos para proteger la relación.

INICIAR UNA RELACIÓN

El enamoramiento puede ser muy rápido y basado en la primera impresión y las emociones que les despierta el primer momento. Se pueden fiar mucho de una especie de “sexto sentido” con el que perciben una “buena conexión”. A diferencia de lo que ocurre en otros trastornos de personalidad, la persona con trastorno límite se vincula a los demás de una manera muy intensa. Esto hace que necesite de forma especial la relación de pareja y la idealice, hasta el punto de pasar por alto diferencias de carácter o dificultades en la relación que harían dar marcha atrás a otras personas. Es decir, las diferencias personales o los conflictos se minimizan, con la idea de que el amor está por encima de todo y debería ser suficiente para superarlo.



El enamoramiento es la primera etapa de la vida de pareja donde todo es muy bonito porque cada uno de las personas dedica mucho tiempo y esfuerzo a satisfacer al otro. La contra de esta etapa es

que es efímera (tiene un principio y un final) y además siempre hay una cierta idealización del otro, que en el caso del trastorno límite puede ser mucho mayor, y por tanto no conviene tomar decisiones de futuro en esta etapa.



MANTENER LA RELACIÓN

Cuando cede el enamoramiento y la relación se estrecha, se entra en la segunda etapa, la de mantenimiento de la relación. Conviene darse cuenta de que la relación de pareja es algo vivo que se va construyendo con el día a día. Y, por tanto, caben una serie de recomendaciones para la pareja.

La persona con TLP ha de reconocer cuáles son sus enemigos en la relación de pareja. Destacamos algunos:

- › Aprender a querer y ser querida de forma diferente. Es posible que tu pareja te quiera y no te conteste un whatsapp o no te devuelva la llamada en tres horas.
- › No confundir enamoramiento con amor.

- › Exigir a la persona que te quiere una forma de ser querido.
- › Negar o minusvalorar el efecto de lo que haces o dices en la otra persona.
- › La necesidad o dependencia del otro.
- › Considerar que los conflictos o desavenencias en la pareja son algo anómalo. Son parte de la propia relación y lo que hay es que darse cuenta de cómo cada persona contribuye al conflicto y encontrar maneras consensuadas de llegar a acuerdos o a desacuerdos consensuados.
- › La tendencia a la idealización (más adelante profundizamos en este concepto).
- › Una pareja por mucho que te quiera no te puede dar todo porque ella misma no lo tiene todo.

Por otra parte el otro ha de conocer y aceptar que:

- › Las personas con TLP son muy sensibles al posible abandono como consecuencia de sus experiencias de abandono en el pasado.
- › Necesitan encontrar gratificación y validación en los demás debido a su dificultad para validarse o gratificarse ellos mismos.

- › Pueden cerrarse a sus emociones y sentimientos como una defensa ante el miedo al abandono o terminar distanciándose y actuar con frialdad o enfado, como consecuencia de sentir que están paralizados por el miedo.
- › Tienen una gran necesidad de controlar al otro como una manera de intentar controlarse ellos mismos, ya que no tienen el sentido de donde acaban ellos y donde empieza el otro. A menudo ejercitan esta necesidad de controlar a todos y todo lo que está a su alrededor (si puede ser incluso el entorno) a través de un comportamiento pasivo- agresivo o actuando bajo un rol de enfermo o víctima.



CONSEJOS ÚTILES PARA MANTENER LA RELACIÓN

Para las parejas en funcionamiento es conveniente recordar lo siguiente:

- › La comunicación abierta y fluida previene muchos malentendidos.

- Mantener un espacio propio pactado antes de que empiecen los problemas.
- Respetar los límites y pedir que se respeten.
- Ante reacciones aparentemente incomprensibles, tratar de entender qué las puede haber provocado y
- Explicarle al otro los sentimientos y las necesidades de una manera que pueda entenderlo.
- Disculparse cuando sea necesario.
- Evitar poner a prueba el amor del otro o forzarlo para ver hasta donde puede aguantar. No es la manera de ver si alguien te quiere.
- Decir las cosas de manera clara y no amenazante.
- Evitar sacar conclusiones o “leerle la mente” sin preguntar.
- Tener a mano recordatorios del otro para tolerar el tiempo que no se está juntos o cuando se le siente distante.

Si se presentan **situaciones abusivas**, es importante mantener el espacio personal y la perspectiva teniendo en cuenta algunos comportamientos a seguir y a evitar.

Comportamientos a seguir	Comportamientos a evitar
Decir con anterioridad que se va a salir del escenario si los límites y el espacio no son respetados, y luego hacerlo si es necesario.	Reducir los intereses personales por estar demasiado metido en la relación.
Protegerse de insultos, ridiculizaciones, y cualquier otra forma de abuso mediante la no tolerancia de ninguna de estas cosas.	Tratar de cambiar, rescatar o controlar al otro.
Animarse uno mismo cuando esté mal y distanciarse de la pareja momentáneamente.	Dedicarse prioritariamente a “hacer que la relación funcione” sin atender otros aspectos.

<p>Observar y describir lo que pasa y hablar en primera persona cuando sea necesario.</p>	<p>Dejarse llevar por las constantes crisis de la persona con TLP que pueden dirigir la atención hacia las necesidades de uno y desatender las del otro.</p>
<p>Expresar los sentimientos apropiadamente si la persona se siente amenazada.</p>	<p>Sentirse en el compromiso de continuar la relación aunque se vuelva demasiado destructiva.</p>
<p>Asegurarse de no permitir que la pareja invalide o menosprecie los sentimientos propios.</p>	<p>Permitir que el intenso sufrimiento de la persona con TLP convierta al otro en el verdugo.</p>
<p>Expresar el enfado de manera asertiva en los momentos de calma para asegurarse de que ser escuchado y para lograr mantener la autoestima.</p>	<p>Sacrificar las propias necesidades o intereses para atender las del otro.</p>

ACABAR LA RELACIÓN

Cuando las cosas van mal, muchas parejas piensan que con el tiempo todo volverá a ser como al principio. Nada asegura que las cosas no vayan incluso a peor. Conviene no dejarse llevar por los deseos o planes de futuro, sino centrarse en el presente e intentar hablar y arreglar todo lo que sea posible ahora. Una habilidad muy necesaria para ambos es distanciarse un poco y observar lo que está sucediendo. El estrés, la presión, y la gran cantidad de situaciones vividas pueden tapan la realidad. Mantener el contacto con otras personas y hablar puede ayudar a darse cuenta de lo que está sucediendo. Es recomendable mantener cada uno sus aficiones y su espacio personal, sin encerrarse completamente en la pareja.

La inseguridad respecto a sus propios sentimientos, el miedo, y algunas características del estilo de comunicación de la persona con TLP dificultan el romper.



Por ejemplo:

☯ Sus mensajes contradictorios:

“Por qué no podemos ser amigos si ya no salimos?, Le llamaré para ir al cine y le diré lo importante que es todavía en mi vida”.

☯ La interpretación literal de los mensajes del otro:

“Cómo puede terminar la relación si me dice que aún me quiere?”. “Me dijo que nunca había querido a nadie como a mí”.

☯ Su necesidad de comprobar que le quieren:

“Cuando éramos pareja me dijiste que nunca habías querido a nadie como a mí, ¿lo piensas todavía, aunque ya no salgamos?”

☯ Su intolerancia a la soledad:

“Podríamos quedar para charlar un rato, no soporto estar sola”.

“Necesito que alguien me cuide”, “No sé estar solo”.

☯ Sus argumentos para dejarlo dependen del estado de ánimo y la emoción del momento:

“Si quiero verle, es que todavía le quiero?”. “¿Qué significa que me acuerde tanto de ella?”. “Cuando pienso en él noto cosas que no siento con otros”

🚲 La pena por el otro:

“No quiero hacerle daño”.

“Se ha portado muy bien conmigo”.

🚲 La atracción por las causas perdidas:

“Cómo dejarla sin ni siquiera luchar por nuestra relación?”

“Una relación no es fácil y yo no puedo abandonarla ahora que tenemos problemas”.

🚲 Su necesidad de afecto:

“Cuando me abraza y me besa, se lo perdono todo”.



La relación de pareja es compleja y no se puede simplificar a “queremos estar juntos” o “nos queremos”. Llegado a un punto en que la pareja no funciona, hay que afrontar el fin de la relación. Acabar es difícil para todos, tengamos o no TLP. Miedo a estar solos, a equivocarnos, a hacer daño al otro, etc. Es aconsejable aprender a “girar página” por mucho que cueste para evitar más sufrimiento.

Un enemigo característico de la relación de pareja donde hay una persona con rasgos límite es la **idealización**.

Para facilitar la tarea de identificar este mecanismo hemos elaborado el siguiente **cuestionario**, rellenarlo puede ser de ayuda.

- › ¿Cuánto tiempo hace que conozco a esta persona? .
- › He estado con esta persona de forma continuada durante
- › ¿He visto unas cuantas veces a esta persona en al menos tres situaciones/entornos diferentes (ocio, trabajo, estudios, familia)?

Puntúa estas dos escalas y observa si hay diferencias:

	Como veo al otro respecto a (0-10)	Como me veo yo respecto a lo mismo (0-10)
Aspecto físico		
Inteligencia		
Conocimientos		
Fortaleza		
Aguante		
Carácter		
Amigos		
Exitos		
Suerte		
Resolver cosas		

- › ¿Identifico algo que no me gusta de esta persona?
- › ¿Hay algo que sé que no me gusta pero creo que no es tan importante?
- › ¿Me gustaría que cambiara en algo?



Contra la impresión de muchos, las relaciones de pareja cuando uno de los miembros tiene trastorno límite son más duraderas de lo que se cree, aunque sí que es cierto que en muchos casos implican un desgaste importante para los dos. En la medida que ambos entiendan sus comportamientos y tengan la voluntad de esforzarse a partes iguales para evitar conductas destructivas para la pareja y para cada uno de ellos, más probabilidad habrá de que la relación se mantenga. Es importante evitar la codependencia y luchar por preservar los límites de cada uno. Conviene que las parejas de personas con TLP reflexionen sobre si realmente aceptan a su pareja o simplemente están esperando a que cambien. Deben aceptar a la persona tal como es ahora (eso no significa que no pongan límites a ciertos comportamientos) y no idealizar que cuando hagan tratamiento o maduren todo irá mejor. Si las cosas no funcionan en el presente conviene aceptarlo y romper la relación cuanto antes, evitando alargarla durante semanas o meses en un estado de sufrimiento que al final no soluciona nada.

3.6. ASPECTOS COGNITIVOS

El término cognición proviene etimológicamente del latín “cognoscere” y se refiere a todos los procesos psicológicos implicados en la adquisición de los conocimientos y aprendizajes., es decir, como actúa nuestro cerebro para identificar un objeto o experiencia como tal, diferenciarlo de otros y recuperar las vivencias personales relacionadas con tal objeto o experiencia.

3.6.1. ¿ESTOY PERDIENDO FACULTADES?

A menudo aparece la pregunta de si las personas con TLP son capaces de pensar con lucidez, de razonar, de si “saben lo que hacen” o son capaces de aprender de sus experiencias. **En principio las personas con TLP conservan sus funciones cognitivas: lenguaje, memoria, razonamiento, atención, concentración, etc..** Pero puede ocurrir que cuando están bajo elevado estrés o emocionalidad excesiva, presenten dificultades.

Ellos mismos explican que pueden quedarse bloqueados mentalmente, que se les olvidan las cosas o que no pueden concentrarse al leer o ver una película y que todo esto no les había pasado anteriormente.

Hoy por hoy no se sabe con certeza cuales son los mecanismos responsables de estas dificultades pasajeras y secundarias. Parece ser que la elevada activación y desregulación emocional hace que el funcionamiento de las áreas frontales del cerebro estén afectadas de forma intermitente. Es como si las emociones tomaran prestados los circuitos de la concentración, la memoria o la atención durante un tiempo.

Otro aspecto que llama la atención en las personas con TLP son los cambios repentinos de rol y de esquemas cognitivos según las circunstancias: cuando se encuentra en un estado emocional positivo hay un desinterés por recordar y trabajar en la terapia aspectos negativos y cuando su estado emocional es negativo el desinterés es hacia vivencias y recuerdos positivos, de tal forma que los cambios emocionales le llevan a diferentes y cambiantes estilos cognitivos, puntos de vista, opiniones etc..

Otra pregunta que surge es si las personas con TLP están cerca de la psicosis o pueden derivar en ella. **El TLP no es la “puerta de entrada” hacia la psicosis, sino por el contrario, una defensa contra ella.** De hecho, la gran mayoría de las personas no llegan a padecer una psicosis.

LAS DISOCIACIONES EN EL TLP

La característica esencial de los trastornos *disociativos* consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

Se distinguen varios tipos de disociación.

- ▶ Como “defensa” frente a aspectos inaceptables de la experiencia
- ▶ Como un cambio en la identidad
- ▶ Como una forma patológica de auto regular y trabajar las experiencias traumáticas.



Las disociaciones son desconexiones de la conciencia, unas veces "buscadas" y otras veces automáticas. Cuando una persona disocia, su mente divaga, está como en otro lugar. Estos episodios pueden durar segundos, minutos u horas, y la persona puede volver a "conectarse" sin problemas.



Los síntomas disociativos se presentan en un continuum que va de lo normal a lo patológico. Todos podemos tener episodios disociativos leves como por ejemplo entrar en una habitación y en esos momentos no saber para que hemos ido allí, no reconocer a alguien que nos saluda en la calle o de repente no saber lo que nos acaba de decir alguien que nos habla. Episodios disociativos más graves serían: verse a uno mismo como si estuviera viendo a otra persona, no reconocer a amigos o familiares, verse en un lugar sin saber como ha llegado hasta allí, sentir que otra gente u objetos no son reales, pensar en uno mismo como si fueran dos personas diferentes etc..

En la persona con trastorno límite pueden aparecer disociaciones más o menos graves sobre todo en casos con antecedentes de abusos sexuales, maltratos, abandonos, negligencia etc. Las disociaciones pueden servir como mecanismos de defensa para conseguir un alivio temporal a la presión y al sufrimiento que experimentan, evitar un estímulo estresante, protegerse de la realidad, etc. No todos son conscientes del uso de este mecanismo, lo cual conlleva confusión y desorientación temporal y espacial. Algunas personas con TLP pueden autoinducirse disociaciones de una manera más o menos consciente, y en este sentido, existe un peligro de que este mecanismo se convierta en algo adictivo.

La **despersonalización** es un tipo de disociación. Se trata de una alteración en la que se experimentan sentimientos de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales. Estas sensaciones suelen aparecer en momentos de gran tensión y confusión, y a su vez, provocan más confusión o miedo. Algunas personas al experimentarlo llegan a pensar que están locas, sin embargo, no hay que confundirlo con las alucinaciones propias de los trastornos psicóticos.

Hay que apuntar que en la evaluación del TLP se presta poca atención a estos síntomas, pasando desapercibidos. Es importante tenerlos en cuenta y profundizar en ellos en muchos casos de TLP con los antecedentes antes señalados y que tengan una mala evolución terapéutica.



DISTORSIONES PERCEPTIVAS

Al igual que en otros trastornos como los de la conducta alimentaria o las somatizaciones, pueden aparecer en el TLP distorsiones en su percepción de la realidad, bien sea de la percepción de sí mismos y de su cuerpo como de la percepción de la conducta de los otros. Así no es extraño que una persona con TLP se vea a sí misma especialmente fea, gorda, defectuosa o desfavorecida independientemente de que los demás le afirmen lo contrario. También pueden experimentar la sensación de que los demás les miran de manera acusatoria, que les observan, critican o hablan a sus espaldas; otras veces se sienten fuera de lugar, diferentes y raros en situaciones sociales.

Se ha puesto nombre a las distorsiones cognitivas o *pensamientos automáticos negativos* más comunes, las cuales pueden suceder a cualquier persona alguna vez e incluyen: **Pensamiento “todo o nada”** (“A los demás todo les sale bien, a mí nunca me sale nada bien”); **generalizar** (No has sido invitado a la boda por lo tanto todo el mundo te odia); **filtro mental** (Focalizar un detalle negativo, olvidando la imagen global, por ejemplo: quejarse terriblemente de alguien porque se ha olvidado de llamarle); **descalificar lo positivo** (pesar más una crítica que un excelente rendimiento en un examen); **leer la mente sin más evidencias** (asumir que el mal humor de tu pareja esta dirigido hacia ti, cuando ha tenido una disputa con su jefe), **adelantar fracasos** (para que seguir intentándolo si volveré a caer); **castigarse en vez de motivarse** (“estoy gorda como una vaca porque me he comido este trozo de pastel”, en vez de “He comido demasiado hoy, mañana me controlare más); **juzgarse**: (“soy un desastre y siempre lo seré”); **personalizar** (coger la responsabilidad sobre un acontecimiento cuando no lo has causado: “mi madre tiene problemas circulatorios por mi culpa”)

IDEACIÓN PARANOIDE



De manera puntual y en situaciones de elevado estrés psicológico o ante cambios inesperados las personas con TLP pueden experimentar desconfianza y suspicacia extremas incluso frente a personas de su entorno cercano o familiar. Pueden pensar que se les quiere perjudicar de forma intencionada, dando lugar a conductas agresivas.

Esta ideación es pasajera y suele remitir transcurridas algunas horas o días. Se puede distinguir de las distorsiones perceptivas por ser más aguda y puntual; vinculada normalmente a una situación estresante.

AUTOINVALIDACIÓN



Autoinvalidarse significa no confiar ni aceptar como válidas las propias emociones, los sentimientos y las formas de actuar. Significa pensar que gran parte de lo que uno hace o experimenta no está bien, no es lo apropiado y podría ser mejor. Una persona que se autoinvalida no se

proporciona refuerzo positivo a sí misma, en cambio, se castiga de alguna manera por no ser como debería de ser. Se suele decir que las personas con trastorno límite reciben invalidación del exterior, pero frecuentemente ellos son sus peores invalidadores. Muchos de sus comportamientos y actitudes son intentos desesperados por autovalidarse. Por ejemplo: una chica que ha vuelto a perder su trabajo después de varios intentos, siente que no es capaz de volver a trabajar inmediatamente, porque se siente abatida, cansada y con miedo. Sin embargo, su mente racional le dice que tendría que hacerlo porque a su edad no puede depender de sus padres de esta manera, y porque es de vagos. Durante unos días se queda por casa haciendo una vida bastante sedentaria, pero constantemente siente que está aprovechándose de la situación. Ante este conflicto, y ante las presiones de su familia para que salga a buscar trabajo, se deprime enormemente, se mete en la cama, pierde el apetito, aparecen dolores intestinales, un cansancio extremo. Para esta chica no era aceptable sentirse incapaz de buscar trabajo ahora, no sentía como válidos sus sentimientos y

veía que su familia tampoco. Estar enferma físicamente le confiere una validez fuera de duda a sus percepciones. Se siente presionada y atrapada en alguna situación que le sobrepasa o que no sabe como solucionar.

RECUERDE QUE



Si bien las personas con TLP conservan sus funciones cognitivas y no hay pruebas que muestren algún tipo de deterioro neurológico o estructural como puede darse en otros trastornos, ocurre que a veces la persona no tiene el rendimiento cognitivo global que cabría esperar por su nivel de inteligencia, edad y en ausencia de patología neurológica; hasta el punto de tener la impresión y el miedo a perder facultades mentales. Aún queda mucho por estudiar en este campo para responder las dudas; de momento todo apunta a que la desregulación emocional sería la responsable del bloqueo o mal funcionamiento de otros circuitos cerebrales frontales responsables de funciones cognitivas superiores. Aparte de la elevada activación

emocional los numerosos mecanismos de defensa y las distorsiones perceptivas también contribuirían a un menor rendimiento. Estas dificultades son mejorables y entrenables a nivel terapéutico con técnicas de concentración, estimulación cognitiva y ejercicios de Mindfulness



3.6.2. MOTIVACIÓN Y APRENDIZAJE: ¿POR QUÉ SIEMPRE TROPIEZO CON LA MISMA PIEDRA?

En la relación con las personas con trastorno límite, ya sea a nivel personal o profesional, se constata el hecho de que una vez y otra recurren a conductas autodestructivas, se embarcan en relaciones problemáticas, se ilusionan en proyectos que no son capaces de mantener, eligen parejas abusadoras y problemáticas, actúan de forma que se ponen en contra aquellos que los quieren y a la vez también ven como una y otra vez se reprochan, se juzgan, se critican por su forma de actuar y sufren intensamente, se prometen que no les volverá a pasar, pero vuelven a actuar de

igual manera y el ciclo se vuelve a repetir. ¿Qué sucede? ¿No pueden aprender? Claro que pueden hacerlo, pero la respuesta a esta pregunta no es una cuestión de todo o nada. Una multitud de factores hacen que tengan que equivocarse mil veces para aprender de la experiencia. No se trata, en cualquier caso, de falta de inteligencia, sino de la capacidad de aprovechar de sus propios errores para hacer las cosas de forma diferente la próxima vez. Vamos a intentar comprender cuales son esos factores que les pueden hacer parecer torpes en el aprendizaje cuando no lo son.

LA BIOLOGÍA

Todos tenemos la experiencia de hacer alguna cosa sin pensar porque estábamos nerviosos. La persona con TLP tiene una disfunción del sistema que regula las emociones que le produce un alto nivel de activación. Esto se traduce, entre otras cosas, en reacciones emocionales rápidas, intensas y con una lenta desactivación. La emocionalidad que siempre han experimentado, ha facilitado (junto

con otros elementos) que aprenda conductas impulsivas dirigidas sobre todo a dejar de sentirse mal y tiene que reaprender formas más adaptativas de abordar sus dificultades, dejando de actuar como siempre lo ha hecho. Este reaprendizaje es un proceso lento y difícil.

EL ENTORNO

Las reacciones de las personas que rodean al que tiene un trastorno límite tienen un efecto importante en su forma de actuar. La influencia del entorno y como éste afecta a nuestro comportamiento ha sido estudiada sobre todo por las teorías del aprendizaje social.. Estas establecen que las conductas se aprenden y se mantienen por lo que sucede después. Así enumera cuatro procesos: refuerzo, castigo, extinción y modelamiento.

☞ Como ya hemos dicho en el apartado de emociones, ***el refuerzo positivo es cuando una conducta va seguida de consecuencias positivas y se da con más frecuencia*** Estas consecuencias

positivas pueden ser conseguir algo deseable (dinero, un regalo). Si la acción elimina una molestia (un dolor), hablamos de *refuerzo negativo*.

🚲 **El castigo positivo es dar una consecuencia negativa a una conducta, para que no se vuelva a comportar así.** Las consecuencias negativas son muy variadas, desde dar un bofetón o criticar a una persona hasta quitarle la consola o limitar las horas de televisión, en cuyo caso se llama castigo negativo. Su uso está muy extendido porque es fácil de aplicar, sin embargo tiene los inconvenientes de que no se considera eficaz a largo plazo además de enturbiar la relación generando agresividad y sentimientos negativos.

🚲 **Extinción es no dar respuesta alguna a una conducta, ni con refuerzo ni con castigo, para que esta desaparezca.** Esta tiene un efecto paradójico ya que en principio aumenta la conducta que queremos eliminar, para progresivamente ir desapareciendo. Por ejemplo si un niño está acostumbrado a enfadarse para conseguir un rato más de bicicleta, el día que no lo consiga es

posible que muestre un enfado de mayor intensidad o más duradero. Esta reacción suele desconcertar a los otros que a veces dan marcha atrás porque entienden que las cosas se complican aún más.

☞ Por último **las personas también aprenden a través de la observación de otras personas, este proceso se llama modelado**. Se aprende sin recibir ninguna consecuencia. Ver como el otro actúa y qué sucede después, facilita la imitación. Esta forma de aprendizaje es muy importante y muchas veces pasa desapercibida. Por ejemplo a veces los padres se quejan de que sus hijos mienten, pero ellos mismos, amparándose en que “no se les puede decir todo”, les ocultan informaciones familiares importantes o bien cuando el TLP no sabe como reaccionar frente a una situación problemática le sugieren que se invente una excusa.

En el siguiente cuadro se expresan de manera esquemática los procesos descritos:

Aumento de la conducta	Refuerzo positivo Premio Refuerzo negativo (escape o evitación)
Disminucion de la conducta	Castigo positivos Castivo negativo Extinción

En el caso del trastorno límite es muy probable que los padres, hermanos, parejas de las personas con TLP estén contribuyendo a mantener determinadas reacciones sin darse cuenta. Veamos algunos ejemplos:

🚲 Asumir la responsabilidad sobre lo que hace el TLP y resolverle sus problemas (hacer llamadas por él, ir a buscarle la medicación o la baja, etc) sería una forma de refuerzo positivo en forma de ayuda, atención y de refuerzo negativo porque así se le evita tener que enfrentar situaciones incómodas o de ansiedad.

☞ Dedicarle una atención extra (estar más tiempo juntos, telefonar con más frecuencia, comprarle caprichos) después de haber tenido un intento de suicidio o una autolesión es una forma de refuerzo positivo.

☞ La codependencia entendida como la renuncia a la propia vida en pos de la del otro, resignándose a aceptar lo que venga, sea bueno o malo contribuye a mantener sus patrones disfuncionales mediante refuerzo positivo y negativo.

☞ Juzgarle, criticarle por su comportamiento es una forma de castigo que se utiliza con el objetivo de que deje de comportarse así, pero que enrarece la relación y genera resentimiento y negatividad. A largo plazo el TLP evitará el contacto con aquella persona y este perderá la posibilidad de influir o ayudarlo. Por otra parte y aunque parezca contrario lo cierto es que el reproche, la recriminación, la crítica pueden actuar como refuerzos positivos si esta es una forma preferente de obtener atención ya que es “mejor una relación negativa que la ausencia de relación”.

☯ Responder con ira a la ira del TLP es una forma de castigo que tiene las consecuencias negativas explicadas anteriormente, a la vez que muestra una forma de actuar que puede ser imitada por modelamiento y darse con más frecuencia.

☯ No exponer claramente los límites que tenemos o tener una conducta cambiante. Por ejemplo, decir “la próxima vez que hagas esto ..” y no hacerlo; ceder en algunas ocasiones y en otros no, es una forma de reforzamiento intermitente ya que la persona entiende que si sigue insistiendo conseguirá lo que desea, igual que ha sucedido en otras ocasiones.

LA MOTIVACIÓN

Abraham Maslow fue un psicólogo del siglo XIX que estableció que las necesidades humanas se ordenan siguiendo un orden de prioridad y que para acceder a un estadio superior es necesario haber conseguido seguridad en el estadio inferior. Según él, la necesidad humana más básica (en la base de

la pirámide) es comer, beber, dormir y estar físicamente bien. Una vez conseguido esto, se busca satisfacer la siguiente necesidad, que tiene que ver con sentirse seguro: saber que va a seguir teniendo cubiertas sus necesidades fisiológicas y no tener miedo o sentirse protegido de cualquier daño. Si consigue superar este estadio empieza a buscar aceptación social, quiere formar parte de un grupo y que este lo acepte como miembro. Superado el estadio anterior puede empezar a preocuparse necesidades menos básicas como obtener prestigio, éxito, valoración de los demás, y por último está el nivel de la autorrealización, entendida esta como la satisfacción que se obtiene por conseguir metas personales y el dar el máximo de uno mismo.

Las personas con TLP pasan e invierten mucho tiempo luchando por conseguir satisfacer y mantener el estadio dos (seguridad) de la pirámide de Maslow. Por ejemplo una negativa por parte de un padre, hermano o amigo puede hacer que la persona no se sienta querida en su totalidad, se sienta tremendamente insegura y, como consecuencia, llevar a cabo un intento de suicidio o autolesión con el objetivo de comprobar que aquella persona

la continua queriendo o puede que telefonee continuamente para asegurarse de que su pareja le sigue queriendo. Todos estos comportamientos que parecen irracionales, tienen su lógica para el TLP en la búsqueda de la seguridad emocional.

¿QUÉ RELACIÓN TIENE LA PIRÁMIDE DE MASLOW CON EL APRENDIZAJE?

La motivación es un elemento clave en el aprendizaje y que en el TLP esté **básicamente orientada a resolver su seguridad emocional explícita**, junto con el resto de factores, que cueste aprender conductas de estadios superiores.



(Fuente: Economipedia.com)

RECUERDE QUE



La respuesta a la pregunta sobre “si pueden aprender” es compleja. Para reconocer y valorar sus aprendizajes es necesario conocer las causas que originan el trastorno, adentrarse en su mundo interno, conocer sus motivaciones, considerar qué expectativas tiene su entorno más próximo y como responde a su forma de actuar y, por último, considerar que entre todos estos elementos se produce una interacción compleja.

El entorno que rodea a una persona con trastorno límite tiene un peso importante en los cambios que el otro tiene que hacer. Para ello es necesario que los no-TLP's dejen de actuar como siempre lo han hecho y se atrevan a probar otras alternativas. En algunos casos los resultados serán positivos y rápidos porque la persona con el trastorno se sentirá menos juzgada y más comprendida. En otros casos los resultados serán más lentos, pero revisar aquello que se hace y el porqué y no perder la confianza puede ayudar.



Algunas recomendaciones con el trastorno límite

El procedimiento más recomendable es el refuerzo. Siempre que se puede, se debe utilizar. Por otra parte, el castigo no debería aplicarse en ningún caso. Tener conciencia de que pueden imitar a los que le rodean, ayudaría a que no se actúe de forma impulsiva, o se responda a su ira con ira. Y, por último, saber que si se mantiene constancia en los que se ha dicho y esto supone para el TLP una pérdida de algo agradable, lo más probable es que parezca que las cosas empeoren, pudiendo ser desalentador para el No-TLP, que no obstante debe confiar en si mismo y esperar resultados más a largo plazo.

