



CAPITULO 5

EL TRATAMIENTO

Hasta la década de los noventa el trastorno límite se consideró difícil de tratar. Sobre su abordaje ha pesado el estigma de sus inicios, cuando el término “borderline”, se aplicaba a un grupo de pacientes que no eran ni neuróticos ni psicóticos y que no mejoraban con las psicoterapias al uso. No obstante hoy en día contamos con psicoterapias con evidencia científica demostrada.

El tratamiento del trastorno límite es complejo a nivel de recursos económicos y humanos. Implica contar con diferentes alternativas sistenciales, conocer los trastornos asociados y saber cómo y cuando atenderlos, disponer de equipos multidisciplinares o de una buena coordinación entre los diferentes profesionales, proporcionar atención farmacológica y psicológica, y, por último, prevenir intervenciones psicoeducativas dirigidas a los familiares.

El tratamiento del trastorno límite tiene dos ejes (farmacológico y psicológico), en función de si la persona presenta además otros trastornos, lo que clínicamente se denomina “comorbilidad”. Los estudios muestran que el límite presenta una elevada comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, los afectivos (depresión...), de ansiedad (fobias social, trastorno de ansiedad generalizada...), los trastornos de la alimentación y con el resto de trastornos de personalidad. Ello obliga a realizar una valoración completa y un abordaje personalizado de cada caso.

El abordaje **farmacológico** se debe incluir cuando otro trastorno psiquiátrico se asocia al tlp. En este caso se prescribe la medicación específica indicada para ese trastorno concomitante y poder conseguir así una correcta respuesta clínica. Cuando el tlp no se asocia a ningún otro trastorno psiquiátrico, el tratamiento farmacológico tiene un rol adyuvante del tratamiento psicológico, y como veremos más adelante, éste irá orientado a ayudar a un mejor control de la sintomatología predominante, y se irá revisando en función de la evolución clínica del paciente.

El tratamiento psicológico se considera imprescindible y se han desarrollado terapias específicas para

la sintomatología límite que permiten cambios más estables en la vida de la persona. Este sólo es posible cuando el/la paciente es capaz de hacerse cargo de si misma y admite y reconoce la necesidad de cambiar cosas en su vida. Se valora como preferente que sea ambulatorio aunque dadas las recaídas que pueden presentar, es necesaria la conexión con otros elementos de la red de salud mental como son la hospitalización y el hospital de día.

La hospitalización es un recurso que suelen demandar las personas con tlp, los terapeutas o los familiares cuando existe un riesgo alto para la integridad del paciente o de los demás. Proporciona a la persona la contención necesaria en ese momento, aunque no se ha demostrado que disminuya el riesgo de suicidio a medio o largo plazo. Para sacarle el máximo provecho sería necesario que el equipo que atiende a la persona valore la conveniencia o no del ingreso, ya que cada caso es singular.

El hospital de día es un dispositivo intermedio o “puente” entre la hospitalización a tiempo completo y el tratamiento ambulatorio cuyo objetivo es ayudar a la persona a estructurar hábitos y reubicarse en su entorno social y familiar.

La **psicoterapia** persigue que la persona aprenda acerca de si misma y de sus circunstancias, sobre cómo su entorno le afecta, de cuáles son sus reacciones y el motivo, sus déficits y carencias así como las formas de superarlos. **El diálogo terapéutico es necesario, es posible y es el único medio mediante el cual la persona cambia**, pero para ello se precisa que la persona se “mantenga” en la psicoterapia. Un objetivo básico es el establecimiento y mantenimiento del vínculo terapéutico, protegiéndolo de los elementos que lo amenazan, que son la alta probabilidad de que el terapeuta se quemee y, por parte del paciente, el abandono prematuro.



¿EL TRASTORNO LÍMITE SE CURA?

Esta es una pregunta muy frecuente por parte de familiares y afectados. Al tratarse de un trastorno crónico es más apropiado hablar de estabilización, autocontrol y aceptación. Hay síntomas como las explosiones de ira o las conductas suicidas o autolesivas que pueden mejorar en las primeras fases del tratamiento y sin embargo hay otros, más nucleares, como los problemas de identidad o el temor

a ser abandonados que pueden tardar mucho más. Por tanto en lugar de hablar de “curación”, preferimos hablar de “mejoras esperables en determinados síntomas y en determinado tiempo”. En este sentido podríamos afirmar que, aunque la tendencia a las emociones intensas, a la impulsividad .acostumbran a persistir toda la vida, los individuos que inician tratamiento muestran con frecuencia una mejoría, que se inicia durante el primer año.

¿CÓMO AFECTA EL TRASTORNO LÍMITE A LOS FAMILIARES?

El trastorno produce desadaptación en los familiares. Es muy frecuente que los miembros de la familia se muestren perplejos y consternados frente a determinados comportamientos, desconozcan cómo actuar, se muestren ambivalentes, asuman responsabilidades del tlp y, en suma, actúen de forma que perpetúen sus dificultades. Y a la vez muestren frustración, sensación de impotencia, agotamiento, pérdida de autoestima... llegando en no pocos casos a necesitar asistencia psiquiátrica por depresión, trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos, lo cual a su vez repercute en relaciones conflictivas.

Trabajar con los familiares es algo básico en el trastorno límite. El enfoque que hemos aplicado con éxito ha sido el psicoeducativo. Se trabaja en grupo con los familiares o personas que conviven estrechamente con ellos proporcionándoles información actualizada sobre la patología y enseñándoles formas de actuar frente a problemáticas concretas del día a día.

Hay una modalidad de trabajo con familiares que se denomina DBT multifamiliar. Consiste en que padres y pacientes en grupo trabajan paralelamente las habilidades de la terapia dialéctica conductual de cada uno de los módulos. La sesión conjunta en que ambas partes ponen en común sus aprendizajes se convierte en un espacio de comunicación y diálogo no tanto en torno a los problemas sino a las formas de resolverlos. En nuestra experiencia aumenta el compromiso tanto de los familiares como de los pacientes con el programa, aumenta la comprensión y empatía mutua, permite que cada parte asuma su responsabilidad en la relación con el otro, y ayuda a la exploración conjunta de medios alternativos de resolución de problemas.



¿CUAL ES LA MEJOR MANERA QUE TIENE LA FAMILIA DE AFRONTAR SU RELACIÓN CON LA PERSONA CON TLP?

La familia, igual que la persona diagnosticada tiene que hacer un proceso terapéutico cuyo aspectos más importante es la aceptación de su ser querido tal y como es y no como hubiera querido que fuera. Esto puede llevar su tiempo, a veces años, mientras tanto y más a corto plazo la familia ha de informarse sobre el trastorno, intentar colaborar con la terapia, buscar ayuda en grupos psicoeducativos y de autoayuda para aprender a poner límites de forma adecuada, a comunicar mejor y a cuidarse a si mismos.



En el tratamiento del trastorno límite destacan dos ejes. El farmacológico que no es específico, pero va dirigido a los rasgos que están más mediados por el sistema nervioso (emocionalidad, impulsividad y agresividad) y se debe incluir siempre que haya comorbilidad. El psicoterapéutico ayuda a que la persona entienda que le sucede, adquiera las habilidades necesarias para mejorar su calidad de vida y acepte aquello que no puede

cambiar. El término “curación” no es adecuado en este ámbito, preferimos hablar de “estabilización, autocontrol y aceptación” de las dificultades. Y por último la orientación, consejo y apoyo a familiares en un marco psicoeducativo reduce su nivel de estrés y aumenta su eficacia en el manejo con las dificultades.

¿QUÉ PSICOTERAPIA ES MÁS EFECTIVA?

Destacan dos: DBT (o Terapia dialéctica Conductual) y la Terapia basada en la mentalización (TBM).



La DBT (Terapia Dialéctica Conductual) desarrollada por Marsha Linehan fue la primera psicoterapia basada en la evidencia para el trastorno límite de la personalidad. Forma parte de las llamadas Terapias contextuales o de Tercera generación. Estas terapias explican los trastornos en términos interactivos, es decir, las dificultades/trastornos son la respuesta más adaptativa dadas las circunstancias en que se desenvuelve determinada persona.

Los estudios demostraron que los pacientes que siguieron la DBT, en comparación con otros

tratamientos psicoterápicos, presentaban menor tasa de abandonos, mayor reducción de actos parasuicidas, y menos ingresos hospitalarios. Asimismo mayor juste social y reducción de los sentimientos de ira. Las mejoras se mantenían durante un año después de finalizada la terapia.

La Terapia Dialéctica Conductual no es una psicoterapia es un **programa psicoterapéutico** de corte cognitivo conductual enriquecido con aportaciones de la dialéctica y del mindfulness. Es un programa elaborado con el objetivo de que los pacientes puedan construir una vida que merezca ser vivida. El núcleo de intervención es la desregulación emocional que da lugar al resto de desadaptaciones típicas del trastorno límite y las técnicas de intervención están agrupadas en dos grandes grupos: *cambio y aceptación*.

Como programa está formado por psicoterapia individual, terapia en grupo, consulta telefónica, supervisión entre terapeutas, intervenciones auxiliares -farmacología, desintoxicación, hospitalización- y manejo de casos, lo cual implica un conjunto de actuaciones complementarias para cubrir los déficits que presentan las personas con trastorno límite y las particularidades de expresión del trastorno.

Se trata de un **enfoque de trabajo muy estructurado, ambulatorio e intensivo**. Es estructurado en todos y cada uno de los componentes del programa. En la terapia individual los objetivos están ordenados por fases y dentro de la primera fase, hay unos prioritarios sobre otros; por ejemplo si una persona plantea que uno de sus objetivos es cambiar de trabajo pero a la vez sabemos que se autolesiona con cierta frecuencia o mantiene un consumo de alcohol muy elevado, deberíamos informarle de que los consumos y las autolesiones son objetivos prioritarios de la primera fase y que “el cambiar de trabajo” sólo se plantearía más adelante —en la tercera fase- y cuando los otros estén conseguidos. Otro ejemplo, en la terapia en grupo el tiempo de cada sesión está distribuido en una serie de tareas y cada sesión comienza con un ejercicio de “mindfulness” y finaliza con un ejercicio de cierre. Y, por último, es intensivo porque entre la terapia individual y la de grupo el afectado recibe entre tres horas y tres horas y media de terapia a la semana.

En la **psicoterapia individual** es muy importante destacar que hay una “fase de preparación” previa cuyo objetivo es la evaluación, la orientación

y obtener el compromiso del paciente para trabajar en equipo. Esta fase de preparación es imprescindible ya que finalizada se establecerá un contrato que formaliza la relación y los objetivos terapéuticos que ayudarán al paciente a sentir la esperanza de poder conseguir sus metas. Más adelante las estrategias de cambio combinadas con las de aceptación proporcionan el entorno dialéctico que permite el cambio.

La **psicoterapia en grupo** constituye un complemento imprescindible de la psicoterapia individual. Es el espacio en que se enseña a los miembros del grupo “habilidades”, es decir, formas alternativas de actuar frente a sus problemas. .

La **supervisión entre terapeutas** sirve para que estos expongan dudas, problemas en el trabajo con los pacientes y se apoyen para no desanimarse, ni quemarse.

Para abordar situaciones críticas entre sesión y sesión la DBT ofrece la consulta telefónica. Es un recurso terapéutico planteado para que el paciente aprenda a resolver sus problemas en su contexto habitual y a “pedir ayuda” de forma adecuada.

Una persona con tlp que realiza el programa DBT en nuestro centro explica así su experiencia en el

tratamiento donde destaca habilidades como observar y describir, mindfulness, autoobservación, compasión y nuevas formas de tolerar el malestar. Estos cambios, la relación terapéutica y el apoyo de la familia le han dado la esperanza realista que necesita para seguir mejorando.

***Actualmente sigo intentándolo...**



Ya hace casi tres años que estoy en terapia y que me estoy enfrentando

a esta 'conducta problema' (consumo de alcohol). Ahora soy más consciente de los motivos que me llevan a ella, bebo mucho menos que antes y soy capaz de observarla y describirla, cosa que antes no sabía muy bien.

En terapia individual y de grupo he aprendido una serie de herramientas que me ayudan a mirarme y a actuar desde nuevos ángulos y que me ayudan en el día a día.

Personalmente me ayuda ir practicando pequeños momentos de Mindfulness, seguir yendo a terapia, coser, imaginarme qué me diría mi terapeuta, contar con su confianza y la de mi familia, apoyarme en los nuevos hábitos que no

relaciono con el alcohol, evitar situaciones familiares con alcohol (he tenido que aprender a ser asertiva con mi familia, que no sabía hasta hace muy poco), y 'cuando recaigo' aprender a perdonarme a través de la aceptación (esto me cuesta pero me ayuda a que no sea una recaída de muchos días seguidos, logrando reducir mucho lo que antes eran infiernos). Creo que el camino sigue, y aunque a veces caigo en la conducta he logrado reducirla muchísimo y eso me anima a continuar, me hace bastante feliz.



****Todavía me queda y quiero...***

Seguir con el proceso. Actualmente todavía tomo medicación y ahora voy cada 15 días a terapia individual. Soy consciente que todavía no he eliminado del todo la conducta problema pero sí que la he logrado reducir muchísimo de mi vida, que ya es mucho. Ahora escucho más a mi cuerpo y cuando voy a entrar en una crisis muchas veces me obligo a usar herramientas y vivirlo con menos intensidad y sin hacerme tanto daño. Por ejemplo, sé que la regla me desestabiliza muchísimo por lo que ahora me la tomo casi como

si tuviese anginas y durante esos días me cuido el doble e intento ser más bondadosa conmigo y con los demás. Mi objetivo es poder llevar una vida en el que el alcohol no sea mi solución para relajarme o evadirme del mundo y de mí misma. Por ejemplo, me he dado cuenta de que las relaciones de pareja suponen un gran estrés en mi vida, igual que los pensamientos en loop en los que caigo cuando estoy entrando en crisis (y cuando no), así que trabajo mucho esto con mi terapeuta buscando otro tipo de posicionamiento para hacerlo más llevadero. Y me ayuda.

Sé que todavía me queda mucho que aprender y no sé si seré capaz de erradicar totalmente el consumo de alcohol pero intento no perder la esperanza y apoyarme en los nuevos hábitos, en los que me quieren, en las herramientas aprendidas y en la ilusión de ir cambiándolo aunque a veces sea muy aburrido, algo desesperante y lento.

Creo que deberé trabajar más el sentimiento de culpa que me acompaña relacionado a esta conducta para poder enfrentarme mejor a ella.



La **Terapia basada en la Mentalización (TBM)** se apoya en las teorías del apego. Considera que el comportamiento de la persona límite se deriva de dificultades en la mentalización (la capacidad de entender las acciones de los demás y las propias a partir de entender los estados mentales de las que se originan). Se parte de que la relación terapéutica ofrece a la persona un espacio seguro para explorar la mente del otro y así enfrentarse a sus propias emociones negativas). El desarrollo de la “función reflexiva” mejora la mentalización y así el desarrollo de comportamientos adaptados a la realidad pensada.

Es un programa y combina terapia individual y en grupo. La TBM cuenta con menor evidencia científica que la DBT y se recomienda en hospital de día para conseguir una mayor adherencia al tratamiento, mejoría del curso clínico, disminución de intentos autolíticos y autolesivos, reducción de las hospitalizaciones y mejoría de la función social, laboral e interpersonal.





TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

A pesar de la alta prevalencia del tlp, la importante disfuncionalidad que puede generar y el alto porcentaje de autolesión o conducta suicida asociada, son pocos los estudios disponibles hasta ahora que evalúan la eficacia de los tratamientos farmacológicos en dicho trastorno. Este nivel limitado de evidencia implica que el tratamiento farmacológico en el tlp estará indicado en primera línea cuando, como se ha comentado anteriormente, exista una comorbilidad psiquiátrica que lo requiera o también en situaciones de crisis. Cuando no ocurre así el tratamiento principal del tlp es la psicoterapia y el tratamiento farmacológico supone un complemento.

Dicho tratamiento se realiza a partir de un modelo centrado en los síntomas. Los objetivos de la farmacoterapia deben basarse en tres dimensiones: cognitiva-perceptual, afectiva e impulsiva-conductual. Es por ello, y también ante la posibilidad de un resultado terapéutico moderado, que es importante que el profesional deje claras las expectativas del tratamiento y haga partícipe de las decisiones al paciente. Ello también implica revisar regularmente el tratamiento con el objetivo de ir adaptándolo en

función de la respuesta y evolución clínica, y de evitar por tanto el riesgo de la polimedicación. También se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas en el tlp por el riesgo de abuso o dependencia.



Entre las distintas opciones para el tratamiento del trastorno límite de personalidad se incluyen principalmente tres clases de fármacos, como son los antidepresivos, los estabilizadores del ánimo y los antipsicóticos. Su utilización según la dimensión clínica ha ido cambiando con el tiempo. Así, hace una década, y según las recomendaciones de la guía APA 2001, se consideraban los antidepresivos inhibidores selectivos de la serotonina una mejor elección para el control de la sintomatología afectiva o de las alteraciones conductuales asociadas al tlp. Sin embargo actualmente, las revisiones y metaanálisis realizados coinciden en una mayor eficacia en diferentes dimensiones clínicas del tlp de los anticonvulsivantes como el valproato, el topiramato o la lamotrigina, y también de antipsicóticos, como la olanzapina o el aripripazol aconsejándose más los antidepresivos para el tratamiento de la comorbilidad asociada al tlp. Se constatan también

resultados clínicos alentadores con el suplemento de ácido graso omega 3.

¿TODA LA VIDA TENDRÉ QUE IR MEDICADO?

No necesariamente. Partiendo de que el uso de determinadas fármacos puede ser muy útil para abordar síntomas de tipo afectivo, ansioso o cognitivo, la medicación se ha de ajustar a cada caso y plantearlo como algo temporal, con objetivos concretos y revisable según la evolución. Hay muchas personas con este trastorno que consiguen estar sin medicación o bien sólo en situaciones muy críticas.



RECHAZO AL TRATAMIENTO

Mucho se ha escrito y documentado sobre la resistencia al tratamiento, los abandonos prematuros, y la no cooperación de las personas con trastorno límite. En la práctica se constatan las dificultades de vinculación. En la mayoría de las ocasiones estos problemas se han explicado exclusivamente en base al trastorno. Este hecho es cierto y no debe minusvalorarse, pero tampoco debe ensombrecer la influencia de otras variables como las relacionadas con el terapeuta, la relación terapéutica y el entorno más próximo.

A continuación vamos a desarrollar la influencia de algunas de estas variables.

Variables relacionadas con el trastorno



☸ Intentos frenéticos para evitar abandono real o imaginario: por encima de todo la persona límite tiene necesidad de vincularse con el otro, pero esto les hace sentirse vulnerables, débiles y temer por su propia supervivencia si el otro no está. A nivel terapéutico estos miedos pueden hacer que no se plante un tratamiento porque intuye estas vivencias y/o que no continúe cuando la relación terapéutica se hace más estrecha. También puede interpretar como abandono si el terapeuta no le da una visita extra cuando la solicita, o no le cambia la hora, o durante un tiempo, por el motivo que sea no puede atenderlo.

☸ Los problemas de identidad hacen que sus metas sean cambiantes y que por tanto duden y no sean capaces de mantener el compromiso terapéutico .

☸ Las relaciones intensas e inestables y los ataques de ira: la persona límite con la necesidad que tiene del otro, de su apoyo, contención, cariño, lo idealiza atribuyéndole exclusivamente características de

personalidad deseables, para luego deevaluarlo cuando su actuación no responde a sus expectativas. A nivel terapéutico estos procesos se reproducen con el terapeuta, haciéndose una falsa idea de que es la terapia y de cómo va a actuar el terapeuta y abandonando cuando se decepciona o bien mostrando una ira contenida o directa porque el terapeuta no ha respondido.

🚲 La inestabilidad emocional: su alta emocionalidad y los cambios constantes les hace estar centrados en si mismos y/o les impiden organizarse para conseguir lo que desean o cumplir sus compromisos. En relación al tratamiento pueden estar dudando todo el día de si vienen o no vienen y el asistir puede depender de lo que sientan en el cuarto de hora anterior.

Variables del terapeuta



🚲 Los prejuicios y actitud hacia los TP en general y el tlp. Somos el resultado de nuestra historia y como hemos dicho en el apartado de trastornos de personalidad, estos han sido históricamente considerados como difíciles de tratar.

🚲 La patología límite es compleja por todo lo que se ha dicho en este libro (comorbilidad, enfermedad

larga, presencia de crisis...) y exige clínicos muy formados en motivar al paciente y comprometerle en la terapia. Si el profesional que tiene delante a un paciente límite no está familiarizado con los últimos avances tendrá la concepción del paciente como intratable y difícil y esto condicionará su actitud.

☞ La motivación del terapeuta debe ser muy alta porque las dificultades límite lo requiere, no sólo por la inestabilidad e impulsividad que puede darse en relación al propio tratamiento, sino por las conductas autodestructivas con las que ponen en juego su vida. Si el terapeuta minusvalora la necesidad de interés y motivación alta, se deja llevar por la llamada “aparente competencia” o bien se ve obligado a trabajar con problemáticas que no le gustan, es muy probable que lo comunique y que esto sea captado por la persona e interpretado como desinterés o como “no me comprenden” o “no se enteran”.

El efecto de las variables del terapeuta puede ejemplificarse a través del llamado “efecto Pigmalion”. Rosenthal a finales de la década de los sesenta en una escuela hizo un test de inteligencia a varias

clases. Seleccionó al azar a un 20% de alumnos de cada clase y dijo a los profesores que ese 20% era superior y obtendrían mayores calificaciones. A final de curso habían mejorado respecto a sus compañeros en cuatro puntos su coeficiente intelectual. Las expectativas sobre un rendimiento superior de aquel estudiante, hace que se cree un clima emocional positivo, se le proporcione más explicaciones, más información...y al final se traduzca en un rendimiento superior. Se conoce como efecto Pigmalión al proceso por el cual las creencias de una persona afectan de tal manera su forma de proceder, que influye en la conducta del otro llegando a cumplirse sus expectativas en la realidad.

Desde la DBT se atiende la relación terapéutica con las “conductas que interfieren la terapia” (llegar tarde, no hacer registros, no acudir a la cita...) y se considera que se dan tanto en el paciente como en el terapeuta. Darse cuenta, nombrarlas y buscar soluciones es una de las tareas fundamentales del equipo de consultoría entre terapeutas.



Variables del entorno



En muchas ocasiones el rechazo al tratamiento es una forma de rebelarse, u oponerse a las figuras de autoridad. Durante toda la vida le han dicho que “tiene problemas” y le han transmitido que él es “el enfermo”. No obstante, la persona límite se da cuenta de que los otros también tienen problemas, de que adoptan posiciones rígidas, de que no le valoran y de que esto ha sido así siempre. Nunca han sido aceptados y si aceptan el tratamiento seguirán sin serlo. Han experimentado tantas terapias y han obtenido tan pocos cambios que parece normal que hayan perdido confianza en los profesionales de la salud mental.

El rechazo al tratamiento es un viejo tópico entre los profesionales que trabajan con personas con trastorno límite. Lo cierto es que no hemos de caer en la simplificación de que se trata solo de algo derivado del paciente. La formación y actitud del terapeuta va a influir en sus habilidades para comprometer a una persona con una sensibilidad dañada en un tratamiento a largo plazo. Si la persona con tlp no admite su trastorno y no desea recibir ayuda ¿qué

puede hacer la familia? En este caso podría adelantarse y buscar ayuda para si misma. Nuestra experiencia en los grupos psicoeducativos es que a medio y largo plazo los afectados reaccionan positivamente a los esfuerzos de sus familiares por cambiar ellos también. Se siente validado y “aliviados” al percibir mejoras en la convivencia del día a día.



Los profesionales: formación y perfil

Numerosos autores señalan la conveniencia de que el terapeuta que atienda pacientes límite reúna una serie de requisitos tanto de formación como personales.

En primer lugar, es necesario que disponga de una formación específica y experiencia contrastada en el manejo de estos casos. Varios motivos avalan esta sugerencia: la existencia real de un riesgo para la vida del paciente, la dificultad de manejar las relaciones terapeuta-paciente, la necesidad de contener a la vez el entorno familiar, las crisis recurrentes y la presión para el cambio.

Todo ello conlleva una responsabilidad para el profesional que puede acabar quemándose y repercutir negativamente en la calidad y efectividad de su

trabajo. Para minimizar los riesgos de la intervención, se recomienda lo siguiente:

- ▶ Apoyarse en un modelo de intervención específico para el trastorno
- ▶ Trabajar en equipo y bajo supervisión
- ▶ Establecer unas normas por anticipado que estructuren la terapia, la participación de la familia y la de otros profesionales que intervienen en el caso.

En cuanto a los factores personales, es importante considerar que no todos los profesionales tienen por qué sentirse cómodos atendiendo a pacientes límite. Es importante que exista un interés previo por la patología, no olvidemos que la terapia va a ayudar al paciente a manejar mejor su vida, pero no a cambiarle como persona. El profesional debe aceptar a la persona que va a tratar tal como es, sentir que es capaz de mejorar y crecer porque inherentemente es válida. El profesional demasiado rígido en sus planteamientos, poco dialéctico y en exceso directivo puede generar en el paciente o bien reacciones dependientes o bien sentimientos de rebeldía. Al contrario, el profesional excesivamente laxo y permisivo, que

huye de la confrontación, puede encontrarse falto de credibilidad, contagiar su miedo al cambio y ser fácilmente manejado.

Otro aspecto de vital importancia en el marco de la terapia es el mantenimiento de la confianza que el paciente deposita en el terapeuta. Los objetivos terapéuticos deben ser compartidos por ambos, y deben de evolucionar también de forma compartida a medida que avanza la terapia. La motivación para el cambio sólo puede mantenerse cuando el paciente percibe que los objetivos se ajustan a sus dificultades y son asequibles en este momento. Esto resulta especialmente difícil de conseguir con esta patología, puesto que su curso es de larga evolución y altamente fluctuante.

El terapeuta que lleva pacientes límite debería desarrollar la capacidad de observar sin pasar al acto. Así, el terapeuta excesivamente preocupado por “resolver” situaciones problemáticas puede sentirse frecuentemente impulsado a actuar, sea por presión del propio paciente, sea por la presión familiar o del entorno. Con el tiempo, su función de “apaga fuegos” puede agotarle y generar la creencia de ser un mal profesional, ya que pese a estar siempre pendiente

de evitar los problemas, éstos nunca desaparecen. Además, su afán por deshacer entuertos y estar atento a la forma, puede hacerle perder de vista las necesidades reales de su paciente, entrando en una dinámica simétrica a la del paciente y su entorno.

RECUERDE QUE



Hasta hace poco el tratamiento del trastorno límite era sobre todo una “demanda”. Los familiares y los afectados reclamaban actuaciones específicas. Se sentían incomprendidos y maltratados. Los profesionales, por su parte, pedían más formación, mayor sensibilidad por parte de las administraciones y más recursos para dar respuesta a las necesidades cambiantes de la patología.

En la actualidad la posición frente al tratamiento del trastorno límite ha cambiado considerablemente. Se han creado psicoterapias específicas, la administración ha reconocido la necesidad de impulsar la investigación de esta patología, los profesionales están más interesados y más formados y los afectados y familiares tienen más recursos a su alcance, más información. El panorama general es muy alentador.

El trastorno límite es una enfermedad crónica, de curso largo, con sintomatología cambiante y que evoluciona con altibajos. El tratamiento ha de tener en cuenta actuaciones de equipo, la combinación de fármacos y psicoterapia basado en una valoración completa y un abordaje personalizado de cada caso. y el conocimiento de las psicoterapias más efectivas. La implicación, interés y formación de los profesionales hacen posible que el tratamiento del trastorno límite sea hoy una realidad y, por último, la atención a los familiares es tan necesaria como la de los afectados.