

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Cuando empecé a interesarme por este tema, aún estaba estudiando la carrera de psicología. Las casualidades de la vida, hicieron que en mi camino se cruzase una persona con este trastorno y que por motivos de trabajo, tuviese que pasar muchas horas con ella. Lo que al principio eran comportamientos totalmente desconcertantes para mí, cobraron sentido cuando llegué a conocer a esta persona más a fondo y pude comprender el gran dolor e inseguridad que había detrás de la mayoría de los comportamientos.

En los últimos años, he ido desarrollando un programa terapéutico que está resultando efectivo para los pacientes con trastorno límite de la personalidad. Este programa se centra en la psicoeducación, empieza por el abordaje de las conductas autolíticas, la autoobservación y el autocuidado, finalizando con técnicas que faciliten el mantenimiento de la mejoría y, ejercicios que disminuyan los pensamientos negativos que les llevan a realizar comportamientos autodestructivos, estimulando así la reflexión en lugar de la acción impulsiva. La autoobservación les permite obtener una comprensión de cómo se generan los comportamientos que interfieren en su calidad de vida y en sus relaciones con los demás y por tanto, facilita el abordaje terapéutico.

PASOS A SEGUIR EN LA PRIMERA TOMA DE CONTACTO

En la primera toma de contacto, hay que tener en cuenta que estas personas se suelen sentir mucho más cómodas con entrevistas estructuradas y/o ordenadas. Les suele costar menos hablar de sus problemas y agradecen algún ejemplo aclaratorio acerca de determinadas preguntas. Esto puede ser debido al miedo a “no hacerlo bien”, a “responder de forma incorrecta”, a “hacer el ridículo” o a “que no se les entienda”. Todo esto es bastante frecuente en estos casos. Si realizamos preguntas demasiado abiertas, algunas personas se pueden bloquear o hablar de cosas de las que luego se arrepienten y sentirse muy frustrados al salir de la consulta. Esto puede provocar que la persona se autolesione o abandone la terapia por vergüenza, por miedos del tipo “que pensará de mí después de todo lo que le he dicho”.

Sin lugar a dudas, el primer objetivo, en cualquier caso de terapia, es establecer una alianza terapéutica sólida, que el paciente se sienta cómodo y sobre todo que tenga muy claro que puede y quiere ponerse en nuestras manos. Sin este paso, todo lo demás será prácticamente imposible. Los siguientes objetivos son el establecimiento de un diagnóstico correcto, tomar el tiempo necesario para realizar la valoración, pasar las pruebas complementarias que consideremos oportunas y comentar los resultados con el paciente. De esta forma, nuestra correcta interpretación quedará asegurada.

Establecida la alianza terapéutica y realizado el diagnóstico, el siguiente paso es centrarnos en la seguridad del paciente y posteriormente evitar todas aquellas conductas que puedan interferir en la terapia. Es especialmente importante prestar atención a las conductas autodestructivas, autolesiones y/o ideación suicida. Es muy importante que el paciente adopte un compromiso de cambio y ayudarlo a sustituir sus conductas autolesivas por otras que sean más eficaces y menos dañinas. Es importante aclarar cualquier duda relacionada con este tema tanto por parte del terapeuta como del paciente. El terapeuta debe aclarar qué es lo que tiene que hacer el paciente en caso de crisis (a quién llamar o recurrir, a dónde acudir, etc.).

AUTOLESIONES, IDEACIÓN SUICIDA Y CONDUCTAS QUE PUEDEN INTERFERIR EN LA TERAPIA

En los casos en los que nos encontramos con pacientes potencialmente suicidas y/o que presentan comportamientos autolíticos que pueden poner en peligro su vida, puede ser conveniente pactar un contrato de mantenimiento de vida con el paciente. Claro que este contrato no garantiza el cumplimiento del mismo y si la crisis es especialmente aguda, no tiene ningún sentido porque puede hacer que el paciente se sienta presionado a firmar algo que en realidad cree que no puede cumplir. También puede firmarlo para que el terapeuta no interfiera en sus planes y así pueda llegar a consumar el acto suicida.

Es muy difícil trabajar con la persona si se hace daño continuamente y sin duda, esto forma parte de las conductas que pueden interferir en la terapia. Otros ejemplos son: la falta de confianza en el terapeuta y/o la terapia, incumplimiento de las tareas, no acudir a las sesiones o llegar tarde a las mismas, llamar fuera de horarios acordados entre paciente y terapeuta, poner a prueba al terapeuta, etc.

Trabajar sobre estas conductas y evitar que interfieran en la terapia, fortalece la alianza terapéutica y evita el deterioro de la misma. Es importante conseguir que la persona llame *antes* de hacerse daño. Aunque puede ser laborioso, creo que es muy importante. Al contrario de lo que pueda parecer, el paciente lo agradece y no suele abusar de esa confianza que se le está dando. Es más, creo que cuanto más intentamos distanciarnos, más intentan acercarse ellos.

Durante las primeras semanas de terapia, las llamadas suelen ser frecuentes y no siempre se consigue que el paciente se deje de autolesionar pero, en la mayoría de los casos, este apoyo sirve de compromiso y el paciente trabaja duramente para poner en práctica otras alternativas menos dañinas.

OBJETIVOS DE ESTE PROGRAMA

El objetivo principal de este programa es dar a los afectados una explicación razonable de lo que es el Trastorno Límite de la Personalidad basándose principalmente en el componente psicoeducativo. Es decir, lograr una mayor comprensión de los propios sentimientos, pensamientos y comportamientos que interfieren en su vida y les causan problemas y aprender a utilizar los recursos necesarios para afrontarlos positivamente. En definitiva; estimular la reflexión en lugar de la acción impulsiva, lograr un mayor conocimiento de sí mismos, de sus problemas y lograr que la esperanza de llevar una vida "normal" en un futuro próximo aumente y por lo tanto dejen de ser autodestructivos, de practicar "autosabotaje", pudiendo sacar provecho de las habilidades que la mayoría de ellos posee y finalmente ser funcionales.

ESTRUCTURA DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

La estructura que sigo en el programa es la siguiente: Autoobservación (reflexión y atención a sus comportamientos, pensamientos y sentimientos), autocuidado (abordaje de las conductas destructivas y autolíticas), psicoeducación específica acerca del TLP (mecanismos de defensa, impulsividad, motivos para los comportamientos destructivos, vulnerabilidad emocional, falta de límites, alteración de la identidad, problemas en las relaciones interpersonales, etc.), evaluaciones intermedias, manejo de emociones y técnicas de afrontamiento. El orden está pensado para ir profundizando de forma progresiva, darle tiempo al paciente para asimilar la teoría que explicará muchos de sus problemas y comportamientos y facilitar así el abordaje terapéutico, la expresión y comunicación del paciente y finalmente, el mantenimiento de la mejoría.

El primer objetivo sin duda, es la seguridad del paciente y el autocuidado. Es muy importante prestar atención a las autolesiones para ayudar al paciente a recurrir a conductas alternativas pero para esto es importante que la persona sepa a qué se deben estos comportamientos, cuándo suelen darse y cómo poder evitarlos. Para esto es imprescindible un primer acercamiento a la autoobservación. A veces es necesario que el paciente sepa, pueda y esté preparado para autoobservarse, para comprender lo que le lleva a actuar de una determinada manera y así, poder recordarlo. Por eso, en el programa de tratamiento, empiezo por ejercicios centrados en la autoobservación.

En ocasiones, especialmente en situaciones de carga emocional importante, a las personas con TLP les resulta muy difícil recordar lo aprendido, pararse a pensar en lo que ha funcionado y sobre todo recordar que hay **alternativas** menos destructivas y dañinas. Para facilitar el recuerdo de esto, se pueden utilizar cuadros divididos en: sentimiento, pensamiento o ganas de actuar y alternativas disponibles (así, podrá aprender a relacionar estos sentimientos, pensamientos y comportamientos).

De esta forma, las dudas empiezan a aclararse y su sensación de ser bichos raros disminuye significativamente. Por supuesto, este tipo de cuadros o información se entregará en función de cada persona y del momento del tratamiento. Hay que tener en cuenta que en determinados casos, en lugar de ser útil para la persona, le puede dar más ideas autodestructivas y difícilmente se parará a pensar en las alternativas.

Con frecuencia, las personas con Trastorno Límite de la Personalidad acuden a consulta porque se sienten "muy mal". No saben especificar, "poner nombre a sus emociones" ni decir con certeza en qué ocasiones les ocurre o en presencia de qué personas. Suelen acudir con muchas dudas, perdidos y en busca de respuestas que puedan aliviar esa incertidumbre generalmente presente en sus vidas. Aunque quieran cuidarse y no hacerse daño, su impulsividad y labilidad afectiva complica este propósito. Además, hay muchos comportamientos autodestructivos que llevan realizando años pero que no son conscientes de utilizar, comportamientos que interfieren enormemente en su calidad de vida. La autoobservación les permite obtener una comprensión de cómo se generan los comportamientos que interfieren en su calidad de vida y en sus relaciones con los demás y por tanto, facilita el abordaje terapéutico.

Las personas con este trastorno, **necesitan comprender qué les ocurre**. Se requiere que la persona esté muy motivada para dejarse tratar y la información es una de las formas más eficaces de conseguirlo. En realidad, la "no revelación u ocultación de información" a los pacientes, puede resultar perjudicial y desconcertante. A medida que van conociendo la problemática más a fondo, suelen mostrar una mayor motivación y adherencia al tratamiento.

Por todo lo anterior, desde un principio, he creído que el componente psicoeducativo tanto a nivel individual como familiar es fundamental en estos casos. Los pacientes necesitan comprender lo que les ocurre y aprender alternativas a sus comportamientos destructivos y los familiares necesitan pautas de actuación ya que a veces, su forma de ayudar al paciente es perjudicial y contraproducente. Esto no significa que la evolución dependa en exclusiva de los familiares pero sí es lo suficientemente importante como para prestarle atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares.** Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2004.
2. **Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales.** Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2004.