

# Soy rebelde porque el mundo me hizo así.

Trastorno borderline nuevas conceptualizaciones desde una perspectiva relacional.

Yo soy rebelde

Porque el mundo me ha hecho así

Porque nadie me ha tratado con amor

Porque nadie me ha querido nunca oír

Yo soy rebelde

Porque siempre sin razón

Me negaron todo aquello que pedí

Y me dieron solamente incompreensión

(Jeanett, 1971)

## **Francisco Javier Díaz Calderón**

El trastorno límite de personalidad es un trastorno que se ha incrementado en su prevalencia, es considerado uno de los trastornos con mayor complejidad diagnóstica. Este trastorno presenta diversas comorbilidades que pueden afectar de manera significativa la calidad de vida de las personas e incluso pueden poner en riesgo su vida, como en el caso de la conducta suicida y los trastornos de la conducta alimentaria.

El acompañamiento terapéutico con personas que presentan patología dual es una condición que se vuelve más cotidiana, esto representa un importante reto para los profesionales de salud mental. Además, podemos identificar una serie de problemas psicosociales que afectan su estabilidad emocional. El diagnóstico tiene una alta complejidad debido a que existen diversas perspectivas teóricas a nivel de la etiología y el tratamiento del trastorno, incluso podemos mencionar que existen subgrupos de paciente dentro del diagnóstico límite de personalidad.

Es importante mencionar que el trastorno límite es un crisol de intensas experiencias emocionales con una tendencia regresiva a estados emocionales primitivos que tiene un

fuerte contenido somático. El trastorno límite es una tendencia de personalidad que se encuentra en un nivel intermedio entre una organización con síntomas psicóticos y una organización con síntomas neuróticos. Con base en estas diferencias podemos identificar las posibles comorbilidades y el acompañamiento terapéutico más adecuado.

El trastorno límite de personalidad es relativamente nuevo con respecto a otro tipo de trastornos de personalidad. Aunque en 1884, el psiquiatra Hughes habló de un campo fronterizo en las enfermedades psicológico, haciendo referencia a trastornos con síntomas somáticos que no podían clasificarse plenamente en las categorías de neurosis o psicosis. Adolf Stern utilizó el concepto de borderline para clasificar a personas que compartían síntomas neuróticos y psicopáticos, es decir, para paciente con una fuerte desorganización emocional quienes resultaban difíciles para recibir tratamientos psicológicos convencionales.

Por otra parte, Otto Kernberg (1975) fue una figura importante para la definición del trastorno límite de personalidad basado en su teoría de las relaciones objetales, debido a que hizo referencia a una estructura de personalidad borderline, creando una pauta donde la persona fluctúa entre síntomas neuróticos como la ansiedad, depresión y angustia. Así como síntomas de tipo psicóticos en episodios intensos donde existen factores estresantes. El trabajo de este destacado psicoanalista fue fundamental para que el mundo académico comenzara a tomar en cuenta el trastorno límite de personalidad. *En 1980 se incorpora por primera vez el “trastorno límite de la personalidad” como entidad definida en el DSM-III. A pesar de las numerosas críticas y propuestas alternativas, este término se ha mantenido en posteriores revisiones incluido el actual DSM-V. En la CIE-10 finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo* (Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, 2011)

La dinámica de la sociedad actual crea condiciones que impactan considerablemente en los estilos de crianza y el desarrollo de patrones de personalidad que contribuyen al desarrollo de esta condición de personalidad. El trastorno límite de personalidad surge en una sociedad fugaz, donde la intensidad del ritmo de la vida cada día se incrementa de manera considerable, las características de inestabilidad y difusión de la identidad no son sólo propias de las personas que presentan esta condición, sino de una sociedad que constantemente busca crear tendencias novedosas para potenciar el consumismo. Vivimos en una sociedad plagada

de incertidumbre y de la búsqueda de la gratificación inmediata, estas pautas están presentes en los padres de familia que crían a sus hijos bajo esta perspectiva, además de las condiciones de violencia que caracterizan a la sociedad actual.

Una sociedad hedonista es la base para la construcción de una crianza negligente que cultiva los valores de placer, el goce y la aniquilación del dolor o el malestar emocional. Esto genera una perspectiva de incapacidad para lidiar con el dolor, es como si fuera imposible sostener ese tipo de experiencias. Los patrones actuales de crianza están enfocados en la ausencia del sufrimiento a través de una fuerte conexión con los deseos y los placeres inmediatos. El trastorno límite de personalidad se caracteriza por patrones traumáticos relacionados con respuestas instintivas de amenaza o urgencia, que buscan ser aniquilados por reacciones impulsivas que permitan vaciar la tensión acumulada debido a altos niveles de estrés que provocan un malestar que se percibe como insoportable.

La intensidad con la que se viven las emociones dentro del trastorno límite de personalidad, provocan una tendencia de inestabilidad, difusión de la identidad, impulsividad y desconfiguración de la regulación emocional y conductual. El trastorno límite de personalidad es un síntoma de la sociedad actual, tal como sucedió con la histeria en la sociedad victoriana. La diferencia consiste en la falta de límites en el proceso de crianza, la tendencia hedonista y la baja tolerancia a la frustración que existe en la sociedad, a diferencia de las altas restricciones morales y la restricción en la expresión de deseos y necesidades propios de esa época.

La sociedad hedonista se va configurando por un estilo de crianza narcisista que crea una fuerte demanda de atención y control, ante la ausencia de límites y apoyo por parte de los padres los infantes van desarrollando una fuerte carencia de afecto, que altera su funcionamiento a nivel del sistema nervioso, creando un trauma acumulativo debido a la ausencia de apoyo para la relación afectiva. Los infantes crecen con fuertes deficiencias en cuanto al soporte físico y afectivo que requieren para hacer frente a la frustración o a las situaciones de contingencia emocional.

Los infantes van creando patrones de carácter que les permitan establecer un tipo de regulación ante ese nivel de angustia, esto deriva en replicar las pautas narcisistas de demanda afectiva y conducta compulsivas de control ante la sensación de desregulación o descontrol

afectivo. Por tanto, la sensación de descontrol que se tiene a nivel emocional se busca compensar con conductas compulsivas de brinden la sensación de control y provocan un alivio inmediato y momentáneo como las conductas autolesivas, adictivas, trastornos de la conducta alimentaria, intentos suicidas, etc.

Las personas con trastorno límite de personalidad han estado expuestas a una fuerte indiferencia de sus padres o tutores ante sus necesidades afectivas. Esta dinámica de carencia va produciendo pautas de dominancia que se manifiestan por una fuerte angustia ante la posibilidad de abandono, creando pautas de dependencia con la finalidad de mantener el vínculo. Las personas que presentan el trastorno borderline no logran establecer una certidumbre en la relación que tienen con sus figuras de apego, por ese motivo presentan una constante angustia ante la posibilidad del abandono de dichas personas. Esta angustia provoca una desregulación que afecta los procesos cognitivos y simbólicos en cuanto al análisis de los eventos alterando las funciones ejecutivas creando una actitud impulsiva y una perspectiva polarizada de las situaciones y las personas. En la vida adulta, esto se manifiesta a través de conducta dependientes y una baja tolerancia a la soledad y/o la separación de las personas con quien han desarrollado un vínculo afectivo.

La desproporción de los eventos y la visión catastrófica van creando una perspectiva de insuficiencia y de auto descalificación de las personas hacia sí mismas, esta desconfianza que se va internalizando posteriormente se ve proyectada en una profunda desconfianza, pero ahora en el entorno que le rodea. La suspicacia y la paranoia son tendencias constantes en personas que presentan trastorno límite de personalidad, aunado a esto existen algunas alteraciones a nivel neurobiológico que incrementan las reacciones de desconfianza.

Las personas que presentan trastorno límite de personalidad generalmente fueron criados en contextos familiares donde existía una tendencia caótica, indiferencia de los padres, pautas disfuncionales a nivel afectivo, violencia o conductas adictivas. Esto lo podemos atribuir a un estilo de crianza indiferente o narcisista que generalmente ejercido por los padres, y una respuesta desregulada por parte de las madres. Esto también producto de una dinámica machista donde las madres pierden autoridad frente a los padres y tienen serias dificultades para aceptar los procesos madurativos de sus hijos. Es interesante como muchos de los

pacientes diagnosticados con TLP refieren sentir que no han madurado lo suficiente o un temor a crecer.

La consecuencia de este temor al crecimiento está dada por un mensaje subrepticio de la madre a su hijo donde se pone en riesgo el vínculo afectivo y el apoyo maternal ante los procesos de individuación o separación de los hijos. En esta dinámica sólo se puede mantener el vínculo a través de la dependencia, porque la separación afectiva es vivida como un abandono por parte de los hijos a la madre, esta dinámica es introyectada y posteriormente se proyecta en cualquier relación afectiva que tenga la persona, especialmente en sus relaciones de pareja. Dentro del trabajo clínico podemos identificar como muchos de los padres intervienen constantemente en las relaciones de pareja de sus hijos adultos por considerarlos incapaces de resolver sus conflictos interpersonales.

Los padres van ante las crisis emocionales de sus hijos reforzando los introyectos de incapacidad para resolver sus problemas, trayendo como consecuencia mayor dependencia de los hijos hacia los padres, especialmente ante una madre que se muestra frustrada e insegura ante la indiferencia del padre. La dinámica disfuncional entre madre-hija van creando un autoconcepto limitado en la hija, además de un mecanismo regresivo cada vez que la niña denota insuficiencia para resolver sus problemas acrecentando la dependencia a la madre.

En el trabajo clínico lo podemos identificar en pacientes adolescentes y adultos es que existe una fuerte tendencia a la auto descalificación ante los intentos que realizan por experimentar independencia afectiva, ya sea de sus padres o de sus parejas. Llegan a experimentar mucha culpa de establecer límites en sus relaciones interpersonales más significativas, entonces se encuentran polarizados entre el impulso de cuidar la relación incrementando la dependencia o atender sus necesidades experimentando mucha culpa y una profunda angustia ante la posibilidad de abandono.

Desde la perspectiva relacional que proponemos en el acompañamiento terapéutico con consultantes que presentan borderline es necesario trabajar en la regulación somática que se ha visto alternada por los eventos traumáticos que han sufrido los pacientes en su infancia. Posteriormente trabajar en brindar un apoyo enfocado en la regulación de las conductas impulsivas y compulsivas que presentan. Cabe señalar que los pacientes conforme van

avanzando en el proceso terapéutico van experimentando melancolía debido a la sensación de separación o abandono conforme van estableciendo límites o manteniendo actitudes maduras dentro de sus relaciones interpersonales.

Las pacientes experimentan baja tolerancia a la frustración ante sentimientos asociados a la pérdida o la separación. Incluso experimentando un enojo exacerbado cuando sus parejas deciden terminar con la relación, este enojo puede dirigirse hacia las otras personas, aunque generalmente se convierte en una autoagresión. La impulsividad es una forma de encausar las emociones que se encuentran reguladas por las alteraciones somáticas causadas por la crianza traumática, una vez que las personas han logrado descargar esas emociones logran dos aspectos fundamentales uno es un alivio temporal ante el cúmulo de frustración, así como la atención y dependencia de las demás personas incluyendo a la persona de quien sienten temor del abandono. Esta conducta inmadura está instaurada como una pauta regresiva que se ve reforzada por las reacciones del entorno y que mantiene la disfuncionalidad del recurso utilizado.

La impulsividad y las relaciones interpersonales mantienen un patrón de inestabilidad experimentando una sensación constante de incompreensión, así como un fuerte sentido de injusticia. Las personas borderline presentan dificultades para identificar las alteraciones en la percepción de la realidad, así como en la intensidad de las reacciones emocionales, por eso, no son capaces de regular sus impulsos ante situaciones que evoquen injusticia o la posibilidad de abandono. Esto puede identificarse en la manera en que se expresan de sí mismos o en la narrativa desproporcionada que tienen los hechos que les suceden.

Cabe mencionar que muchos de las personas que son diagnosticadas con trastorno borderline han experimentado episodios traumáticos debido a violencia, negligencia, sobreprotección, abuso sexual o trastornos de salud mental en sus figuras parentales. Esto produce un trauma complejo, que limita su capacidad para regular sus estados emocionales, dificultando su capacidad para adaptarse y establecer relaciones funcionales a nivel interpersonal.

Las personas que crecen en un entorno caótico se encuentran en una paradoja entre escapar de sus padres quien las someten a experiencias de sufrimiento y buscar el afecto en esas mismas personas que le causan daño porque finalmente son quienes deberían cuidarlas. Entonces las personas crecen con un constante sentido de alerta que fluctúa entre la

desconfianza y el anhelo de protección/afecto. En estas familias se puede apreciar una conducta inestable por parte de las figuras parentales, que tienen reacciones impredecibles tanto de afecto como de amenaza, quitándole al niño la oportunidad de asimilar pautas de vinculación con sus figuras parentales, así como la predicción de situaciones que fortalezcan las relaciones interpersonales.

En ese sentido, podemos retomar las ideas de Ferenczi (1932) quien describió las defensas autoplásticas al trauma, que denominó identificación con el agresor. Los niños al enfrentarse a las situaciones de riesgo sin la posibilidad de escapar, entra en un proceso disociativo como forma de protección, convirtiéndose en aquello que le provoca miedo para protegerse. De acuerdo con Ferenczi (1932) el niño se somete mentalmente al agresor para comprender y poder comprender el mundo subjetivo de su agresor y asumir una postura que le permita sobrevivir. El mecanismo utilizado por las personas borderline es recurrir a acciones impulsivas para validar la dependencia de sus padres, así como reafirmar la inmadurez que tiene para ser autónomos emocionalmente.

A continuación, quiero proponer una clasificación de los subtipos de personas con trastorno límite de personalidad

Tipo I – Desorganizado con síntomas psicóticos: Presenta una tendencia a la desregulación afectiva intensa con síntomas disociativos con ideas de referencia o delirios paranoides. Tienen una perspectiva difusa de sí mismos y un deficiente sentido de la realidad, además de alteraciones en los ciclos del sueño, conductas suicidas de alto riesgo, autolesiones compulsivas y reacciones de violencia hacia otras personas.

- ❖ Comportamiento desorganizado e inadaptado a las normas sociales.
- ❖ Pérdida constante del sentido de la realidad y pensamiento tendiente a la fantasía.
- ❖ Comportamiento violento expresado intensamente hacia otras personas o a hacia sí mismo.
- ❖ Despersonalización y desrealización ante situaciones de estrés intenso.
- ❖ Ideas de referencia con pensamiento paranoide.

Tipo II – Dependencia afectiva: caracterizado por una fuerte dependencia emocional, con tendencia a la labilidad emocional. La persona presenta relaciones inestables a nivel interpersonal en los diversos ámbitos afectivos. Tendencia a polarizar las relaciones interpersonales, así como su autoestima frente al otro, pasando de la arrogancia hasta la autodevaluación. Ante la posibilidad de pérdida de la relación afectiva la persona genera una fuerte tendencia hacia el autodesprecio, llegando a autolesionarse o amenazar con intentos de suicidio.

- ❖ Relaciones interpersonales inestables.
- ❖ Polarización en la autopercepción.
- ❖ Falta de compromiso en las relaciones interpersonales.
- ❖ Desregulación afectiva dentro de las relaciones interpersonales.
- ❖ Perspectiva de incapacidad.
- ❖ Estados depresivos que incluyen ideación suicida ante conflictos interpersonales.

Tipo III –Con tendencia Narcisista: Se caracteriza por un mejor funcionamiento social que los otros subtipos, porque enfoca su perspectiva de control sobre el entorno social. Su temor al abandono su compensa con una actitud de grandiosidad o una fuerte necesidad de admiración. Mantiene un autoconcepto sobrevalorado, pero con una tendencia muy inestable que puede polarizarse fácilmente. Mantienen la creencia que deben recibir un trato especial, cuanto esto no sucede reaccionan con frustración con actitudes negativas o bien con conductas impulsivas.

- ❖ Presentan un comportamiento impulsivo y dificultades en las relaciones interpersonales.
- ❖ Mantienen una autoestima fluctuante y una sensibilidad extrema a la forma en que los demás los ven o los tratan.
- ❖ Tienen dificultades para lograr alcanzar la empatía y la comprensión de las necesidades y sentimientos de los demás.
- ❖ Relaciones carentes de espontaneidad y autenticidad.
- ❖ Expectativas idealizadas o fantasiosas.

Tipo IV Con tendencia Histriónica: Se caracteriza por la presencia de una tendencia a mantener relaciones interpersonales superficiales, a ser muy susceptibles a las críticas o desaprobación del entorno. Son personas que pueden ser influenciables y que responden de manera exagerada a nivel emocional. En este subtipo se diferencia del trastorno histriónico porque en el caso de las personas con borderline estas reacciones emocionales se intensifican de manera significativa o no son fáciles de regular una vez que la persona ha iniciado una crisis. Presentan un discurso tendiente a la depresión, su narrativa es pesimista y mantiene un estado de desesperanza, buscan captar la atención de las demás personas para evitar sentir el abandono.

- ❖ Se deja influir fácilmente por otras personas.
- ❖ Ser exageradamente dramáticos y emocionales.
- ❖ Ser demasiado sensibles ante las críticas o la desaprobación.
- ❖ Creer que las relaciones personales son más íntimas de lo que realmente son.
- ❖ Culpar a otras personas de sus fracasos o decepciones.
- ❖ Buscar constantemente confianza o aprobación.
- ❖ Necesidad de ser el centro de la atención, sobre todo por su sufrimiento.
- ❖ Constantes periodos depresivos.
- ❖ Autolesiones con la intención de captar la atención de los demás.
- ❖ Constantes intentos suicidas de baja letalidad.

Tipo V Con tendencia Anómica: Se caracteriza por la presencia por sentimientos de impotencia, desamparo y desesperanza. Producto de un estilo de crianza excesivamente rígido o exigente que no ofrece un apoyo congruente con el nivel de demanda. Este desbalance entre el apoyo y la exigencia en el entorno social crea una inconsistencia entre las metas dictadas por el contexto social, en contraste con la capacidad de la persona para alcanzar la validación con base en el cumplimiento de las expectativas. A partir de estas condiciones las personas desarrollan una profunda desesperanza que comienza a desarrollar conductas desreguladas basadas en sus impulsos rompiendo las obligaciones y/o responsabilidades que le demanda el contexto social. Las pautas anómicas suceden cuando la persona no es capaz de comprender las razones que sustentan las demandas sociales, provocándole confusión y pérdida de la capacidad para regularse.

- ❖ Alto nivel de frustración emocional.
- ❖ Fuerte sentimiento de culpa.
- ❖ Ambivalencia afectiva.
- ❖ Labilidad emocional.
- ❖ Ideación suicida por frustración existencial.
- ❖ Desconfianza social.
- ❖ Ideación suicida por frustración existencial.
- ❖ Tendencia a no ajustarse a medios de control social.

La clasificación anterior es un referente, aunque es importante nos da perspectiva de algunas características que nos permite comprender la complejidad que implica el estudio del trastorno límite de personalidad. Las personas con borderline presentan falta de apoyo en su contexto en su infancia de tal manera que no logran regularse ante situaciones contingentes, provocando que la persona experimente una alteración en los procesos intersubjetivos que brinda una regulación afectiva, por su parte, el trauma acentúa la sensación de incapacidad para sostener las situaciones angustiantes

Las personas que presentan mayor tendencia a síntomas psicóticos es debido a la mayor afectación que han tenido a nivel traumático, existen alteraciones en los procesos de la conciencia somática que activan los mecanismos más primitivos de supervivencia en las personas afectando sus procesos de análisis y las funciones ejecutivas para regular los actos impulsivos. La desregulación somática afecta la memoria evocativa, creando pautas de despersonalización que conduce a la persona a reacciones primitivas que le permitan descargar la tensión afectiva acumulada. Dentro del proceso diagnóstico y terapéutico del trastorno borderline nos hemos enfocado en los procesos de regulación, perdiendo foco en los procesos de comprensión y en el establecimiento de un intercambio que fomente la maduración espontánea del consultante a través de una dinámica que promueva la confianza personal e intersubjetiva.

### **Diagnóstico, comprensión y regulación**

Las personas con trastorno límite de personalidad provienen de un entorno familiar donde ha prevalecido la incertidumbre, por tanto, es importante que en el proceso terapéutico pueda experimentar aspectos que generen certidumbre. Dentro de los enfoques humanistas, se ha criticado mucho al diagnóstico clínico porque se considera que es una forma de etiquetar a las personas. Sin embargo, creo que es una visión limitada al subestimar la capacidad del consultante con respecto al manejo y comprensión de su diagnóstico, considero que en lo general tanto los terapeutas como los consultantes tienen la necesidad de comprender las cuestiones generales de la experiencia de sufrimiento que están enfrentando, así como la sintomatología. En muchas ocasiones, esta información es liberadora para el consultante porque le permite comprender que no es su culpa esas reacciones que experimenta y que presenta una condición que le genera ciertas limitantes con respecto al manejo de conflictos emocionales.

Un problema importante que puedo identificar en mi trabajo como supervisor de casos, es que muchos terapeutas tienen una forma de trabajo generalizada para todos sus consultantes, no obstante, esta forma de trabajo funciona bien con pacientes que presentan problemas emocionales o conflictos situaciones, pero, cuando los consultantes presentan algún tipo de trastorno, estas metodologías se encuentran limitadas o contraindicadas debido a las condiciones propias del consultante. En el caso de los consultantes con trastorno borderline los terapeutas tenemos la necesidad de comprender las condiciones generales del trastorno, así como las singularidades propias de nuestro consultante, así como de la dinámica relacional que hemos conformado.

La comprensión diagnóstica es importante para mejorar la calidad de nuestro trabajo terapéutico, porque podemos tener claros criterios que nos orienten en el acompañamiento terapéutico. Brindar orientación a los consultantes sobre su propia condición les ayuda a desarrollar estrategias para el manejo de crisis emocionales. La teoría que tenemos respecto a los trastornos de personalidad no se trata de encasillar al consultante en esa condición sino de tener una perspectiva de aspectos finos en el abordaje para apoyar nuevas formas creativas de responder ante las situaciones que generan malestar emocional. También permita a la persona jerarquizar sus prioridades en cuanto a la necesidad de desarrollar habilidades de afrontamiento.

Es importante que el terapeuta tenga la conciencia que la teoría no es sinónimo de realidad, es solo una perspectiva basada en la experiencia de otros profesionales que han intentado comprender esta condición. Por tanto, la información que tenemos teóricamente se estará contrastando con la experiencia del consultante hasta que se logre una comprensión. Además, es importante añadir que la comprensión teórica y clínica le otorga más confianza al terapeuta en su manera de intervenir, esto en el caso de los consultantes con trastorno límite de personalidad es fundamental porque les ayuda a lograr una regulación afectiva al sentir que están frente alguien que sabe lo que está haciendo y tiene la templanza para responder de manera favorable ante una crisis emocional.

Uno de los factores que favorecen la desregulación afectiva en los consultantes con TLP es la desconfianza que tienen de las otras personas, inclusive teniendo problemas de referencia o paranoia respecto a las intenciones que tienen las otras personas. El terapeuta requiere tener una actitud de templanza y congruencia para brindar la certeza que necesitan los consultantes para lograr la confianza para explorar nuevas formas de expresión y regulación emocional, esto puede brindar mayores posibilidades de mejora emocional.

La teoría y el diagnóstico clínico es un mapa que guía el proceso tanto del terapeuta como del consultante. Porque nos permite comprender parcialmente algunas características generales que comparten las personas que presentan trastorno borderline, además de profundizar en las singularidades propias de sus características personales, además de profundizar en la comprensión del contexto que potencializa los síntomas de nuestro consultante. Esto es fundamental para que el terapeuta no replique las pautas que están presente en el contexto del consultante como serían la exigencia, la crítica, la decepción o la sobreprotección.

La sensación subjetiva de certeza en la relación terapéutica permite que el consultante experimente nuevas pautas que fomenten el arraigo y la pertenencia. El diagnóstico intenta brindarnos una serie de características que nos indican el funcionamiento general de la persona con este diagnóstico y las pautas de acompañamiento para dichas características. La perspectiva relacional no sólo busca seguir pautas de atiendan la sintomatología individual sino modificar la dinámica intersubjetiva para comprender los significados de las conductas, esta comprensión se explora de manera estética- fenomenológica de tal manera que podamos

superar la perspectiva dicotómica entre sano/enfermo ayudando al consultante a ampliar su autoconcepto y fortalecer las bases que le permiten desarrollarse a nivel personal.

Cabe mencionar que la teoría es una guía, pero el proceso de acompañamiento se fundamenta en la experiencia compartida entre el terapeuta y consultante. La vivencia estética que se comparte es la principal brújula que tiene el terapeuta para calibrar las formas e intensidades de cada una de sus intervenciones. La capacidad teórica le brinda la confianza al terapeuta para asumir riesgos creativos cuidando el bienestar del consultante y la alianza establecida en la relación terapéutica. Diagnosticar no es un proceso estático que encasille al consultante en una condición en particular, ni que busque estigmatizar su condición. Por el contrario, es un proceso de cuidado que guie la intervención terapéutica a partir de los significados y experiencias construidas entre el terapeuta y el consultante. Con base en esto, la relación terapéutica va develando las pautas de cómo se logra la regulación afectiva o los patrones que causan crisis emocionales.

### **Acompañamiento terapéutico**

Uno de los principales aspectos dentro del acompañamiento terapéutico es la comprensión de la falta de tolerancia a la angustia, en particular a la que produce la separación o la sensación de abandono en las relaciones significativas de los consultantes. Esta intolerancia se acentúa cuando la persona se adentra en sus sensaciones físicas alejándose de la presencia en la relación interpersonal con el terapeuta. Incluso muchos pacientes cuando están entrando en los procesos de desregulación tienden a cerrar los ojos o alejar su mirada. En este caso el terapeuta requiere una mayor presencia en el espacio relacional para brindar un apoyo necesario para lograr la regulación de las defensas primitivas que operan de manera automática en el consultante. Sobre todo, ayudar a incrementar el proceso dialógico entre el consultante y terapeuta para establecer nuevas perspectivas sobre una realidad que de inicio de considera insostenible. En un principio la persona con trastorno borderline atenderá con incredulidad a la perspectiva del terapeuta, pero al paso del tiempo comenzará a brindar mayor credibilidad a esta perspectiva además de enriquecerla con aspectos propios de la experiencia presente.

La falta de control de impulsos es una tendencia que está presente en muchos de los consultantes que presentan el trastorno borderline. Es importante diferenciar las tendencias impulsivas, en algunos casos se presentan como medida desesperada para evitar la sensación de abandono, pero en otras ocasiones se muestra como una reacción de descarga ante la acumulación de ansiedad que provocan situaciones conflictivas. Para el contexto donde se desarrollan las personas con esta condición es difícil comprender algunas de las reacciones porque están desproporcionadas, no obstante, es importante que el terapeuta valide la experiencia de sufrimiento de su consultante para posteriormente ahondar en las respuestas somáticas que acompañan a las reacciones impulsivas. Los consultantes requieren comprender como se activan sus mecanismos de sobrevivencia y se ponen de manifiesto en estas conductas impulsivas para posteriormente realizar un diálogo reflexivo que permita la asimilación de nuevas perspectivas y conceptos para el manejo de las crisis emocionales.

Tomando como los aspectos antes mencionados es fundamental que el acompañamiento terapéutico le brinde herramientas al consultante para el manejo de las crisis emocionales que caracterizan al trastorno borderline. Principalmente en el manejo de la conducta suicida y las conductas autolesivas. Cabe mencionar que el índice de intentos suicidas realizados por personas con trastorno borderline es bastante alto se calcula que se encuentra entre el 60 -70 %. Aunado al riesgo suicida las crisis emocionales pueden desencadenar conductas sexuales de riesgo, agresión a otras personas, destrucción de objetos o propiedades, y autolesiones. En las personas con trastorno borderline la vivencia de eventos conflictivos puede dar lugar a momentos de desregulación emocional y generar disfunción psicosocial de días a semanas de duración. Estas situaciones de crisis son un motivo frecuente de atención en los servicios de urgencias y se presentan con una serie de síntomas y conductas disruptivas, entre los que destaca la conducta suicida. Dentro del acompañamiento terapéutico es necesario mantener la calma, apoyar y no juzgar al consultante, mostrar un interés genuino sin escandalizarte por muy intensa que sea la crisis. La validación de las emociones del paciente, así como la expresión de empatía y preocupación genuina ayudaran a que el consultante experimente apoyo, de la tal manera que podemos comprender la crisis desde el punto de vista del consultante clarificando las condiciones que le provocaron dicha reacción. Realizar una valoración del riesgo suicida y del estado mental son fundamentales para valorar la

posibilidad de internamiento o referencia con otro especialista. Para valorar el riesgo suicida hay que tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. Identificar factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida.
2. Preguntar por ideas, planes e intentos suicidas.
3. Evaluación del estado mental.
4. Distinguir entre riesgo crónico y riesgo agudo.
5. Toma de decisión.

Trabajo con las pautas histriónicas, es fundamental para reestablecer la narrativa depresiva y de desregulación afectiva que prevalece en las personas que presentan esta condición. Dentro de los aspectos que es importante que se valoren en la relación terapéutica están las conductas manipulativas que son empleadas y validadas en el contexto familiar donde los padres generalmente terminan cediendo o complaciendo a las personas con TLP debido a una supuesta inmadurez o incapacidad para hacer frente a sus responsabilidades. En este sentido, el terapeuta se enfocará en trabajar con un trato que corresponda a la edad madurativa o cronológica del consultante para aumentar el reconocimiento de sus propios recursos, profundizar en los procesos de introspección, de esta forma, también estaremos fortaleciendo la regulación de las conductas autolesivas y suicidas, Trabajar sobre la narrativa histriónica también ayudara a mejorar las pautas catastróficas que incrementan la desesperanza y las pautas depresivas en los consultantes. Una actitud empática del terapeuta es fundamental para trabajar con las pautas histriónicas, acompaña de una actitud de seguridad para establecer límites e implementar la frustración de las pautas manipulativas o inmaduras del consultante. A la par que se apoye todas las expresiones que fomenten la responsabilidad o a la regulación emocional ante situaciones contingentes o conflictivas.

El acompañamiento terapéutico necesita tomar en cuenta las pautas narcisistas de los consultantes con TLP. La búsqueda de un trato especial es una característica que se comparte con el trastorno narcisista de la personalidad, ante este sentido de justicia existe una respuesta de enojo desproporcionado que generalmente se convierte en reacciones impulsivas y conflictos interpersonales basados en situaciones generalmente insignificantes que son magnificadas por la exigencia de una respuesta complaciente de la otra persona. Otro aspecto para trabajar a profundidad es el autoconcepto volátil que presentan los consultantes, basadas

principalmente una sensibilidad extrema en cuanto a la percepción de los otros. Este aspecto requiere que el terapeuta pueda sostener ese tipo de conflictos que surjan en la relación terapéutica, además de promover la expresión espontánea del malestar emocional. En este sentido es importante que se establezca un encuadre terapéutico basado en un trato respetuoso a pesar de la tensión emocional presente en un conflicto. La pauta narcisista afecta la capacidad empática de los consultantes porque se enfocan en los tratos injustos de las demás personas, pero omiten cómo sus reacciones afectan a dichas personas. El alto nivel de sufrimiento que experimentan también es fundamental para tener serias dificultades para comprender las necesidades y sentimientos ajenos, en ese sentido el acompañamiento terapéutico requiere la revelación del terapeuta ante actitudes groseras o agresivas de los consultantes.

La disociación es un proceso común dentro del trastorno límite de personalidad, se presenta con mayor aceptación en el subtipo I de nuestra clasificación. Consiste en tener procesos psicológicos alterados que modifican la conciencia como una forma de sostener experiencias emocionales intensas. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran la sensación de estar separado de uno mismo y de tus emociones, pensar que las otras personas o las situaciones no son reales, un sentido borroso de la propia identidad, pérdida de la memoria ante situaciones emocionales muy intensas o acontecimientos conflictivos. En los momentos más críticos se pueden presentar problemas de despersonalización y desrealización, es decir, sensación de sentirse fuera de uno mismo, como si estuvieras viendo desde fuera, en el caso de la desrealización implica sentir que otras personas y cosas están separadas de uno y parecen como en un sueño, esto también puede dar la sensación de que el tiempo se retrasa o se acelera o que el mundo parece irreal. Ante esta sintomatología lo más importantes es la validación del mundo subjetivo del consultante, para posteriormente realizar intervenciones que comiencen progresivamente a generar disonancia en la manera en que perciben las cosas. El trabajo terapéutico requiere ser multidisciplinario porque sin la presencia de un tratamiento farmacológico es muy complejo que se puedan estabilizar dichos síntomas.

La perspectiva dicotómica es un factor que afecta la estabilidad emocional de las personas que presentan TLP, esta perspectiva generalmente es producto de un ambiente familiar invalidante que tiene de reaccionar de manera errática e inapropiada ante sus necesidades,

esta pauta constante de la interacción con el entorno provoca que la persona dude de su propio criterio y que aprenda a responder de manera impulsiva para tratar de cuidar su bienestar cuando el entorno no valida sus creencias. Generalmente los consultantes se desarrollan en entornos que contribuyen a la desregulación de sus emociones, estas malas experiencias provocan que las personas desconfíen de manera generalizada del entorno, pero a su vez mantiene una mirada idealizada a partir de la carencia afectiva. Desconfían, pero se ilusionan rápido cuando notas elementos distintos a los que conocen, no obstante esta perspectiva es tan idealizada que mantiene mucha fragilidad ante los hechos cotidianos. Por eso las personas con borderline pasan de un constante proceso de ilusión-desilusión, en este caso el trabajo terapéutico consiste en una constante retroalimentación que permita al consultante vislumbrar aspectos globales de una experiencia o una persona y no categorizarlos como buenos o malos, sino comprendiendo la complejidad de todas las características presentan. La aceptación de aspectos desagradables es fundamental para ampliar la ventana de tolerancia y profundizar en una experiencia de retroalimentación continua entre terapeuta/consultante de manera que puedan valorar las diferencias y no sólo los aspectos agradables de la relación.

### **Fases del proceso terapéutico desde una perspectiva relacional**

La propuesta terapéutica se fundamenta en el proceso intersubjetivo basado en la relación terapéutica. En el caso de pacientes con trastorno límite de personalidad se busca profundizar en la comprensión del sufrimiento del consultante para posteriormente centrarnos en la construcción de significados para afrontar con una nueva mirada los retos de la vida. Para el manejo de pacientes con problemas en la regulación afectiva se busca que la relación interpersonal entre el consultante y el terapeuta ayude a modificar la autopercepción y su capacidad para tolerar la frustración ante situaciones que ponen en riesgo sus vínculos afectivos.

1. *Construcción de la alianza terapéutica y Diagnóstico procesal*: En esta primera fase los consultantes llegan con mucha resistencia al tratamiento porque generalmente son obligados por sus familiares o bien porque se encuentran cansados de tantos tratamientos. Por tanto, la función del terapeuta es construir una relación basada en la confianza y la seguridad, buscamos crear un entorno de confianza donde el consultante sea capaz de expresar sus emociones y experiencias sin temor a ser juzgado.

Para construir una relación basada en la confianza es importante que el terapeuta pueda profundizar en el mundo subjetivo del consultante. Para esto, es fundamental el acompañamiento basado en la empatía, además se requiere la validación de las experiencias del consultante. Uno de los grandes problemas que enfrentan las personas con trastorno límite de personalidad es que son criticadas por sus reacciones exageradas ante situaciones que para otros son simples o cotidianas, por este motivo el terapeuta requiere validar las experiencias emocionales del consultante, así como comprender la base del proceso de desregulación afectivo que se presenta ante la situación.

Además, se buscará profundizar en el diagnóstico, “Hay dos tipos de evaluación, la evaluación intrínseca y la evaluación comparativa”. (PHG p. 81). Tomando como base estos principios de diagnóstico podemos diferenciar dos tipos de diagnóstico: El diagnóstico clínico (extrínseco) es el mapa, y el diagnóstico estético (intrínseco) es la brújula (Francesetti, et al., 2013). El diagnóstico clínico es fundamental para detectar las comorbilidades presentes en las personas con trastorno borderline. El terapeuta utiliza el diagnóstico clínico como una hipótesis temporal que le permite orientarse en la relación con el consultante para calibrar su participación, evaluando continuamente la capacidad del cliente para sostener las experiencias relacionales principalmente cuando emerjan experiencias disfuncionales. Con base en los dos tipos de diagnóstico se buscará realizar la referencia para un trabajo multidisciplinario principalmente en conjunción con un psiquiatra. El proceso de evaluación es continuo por ende decimos que el diagnóstico es de tipo procesal porque estará presente a lo largo de todo el proceso terapéutico logrando los ajustes necesarios que correspondan a los cambios y necesidades presentes en el consultante, es un diagnóstico dinámico como un vídeo y no uno estático como una fotografía.

*2.-Comprensión de los procesos somático/afectivos:* Dentro del proceso terapéutico con personas que presentan el trastorno borderline se requiere que las personas comprendan a profundidad las características propias de sus rasgos de personalidad y así como comprender las singularidades que presenta con base en su proceso de crianza y desarrollo. No se pretende que las personas puedan regular sus crisis emocionales inmediatamente, pero si buscamos que puedan aceptar la presencia de dichos síntomas como parte de su persona para establecer una nueva mirada que les permita relacionarse de una manera distinta con su cuerpo, sus emociones, pensamientos y conductas.

Las personas con trastorno borderline presenta reacciones somáticas intensas que les provocan reacciones emocionales desreguladas. Dentro de las pautas que se encuentran más generalizadas en personas que presentan estas características de personalidad esta una baja tolerancia a la frustración ante situaciones de estrés, mostrarse hipersensibles a las críticas o cuestionamientos emocionales. Cuando esto sucede, la experiencia somática es muy intensa creando reacciones emocionales intensas principalmente ante situaciones donde la persona experimenta la amenaza real o imaginaria de abandono. Existe una correlación importante entre las experiencias emocionales intensas y cuadros psicósomáticos, así como con comorbilidades a nivel psicológico. Esto también puede tener una presentación en la salud física en dolor abdominal, trastornos gastrointestinales, síndrome fatiga crónica, dolor musculoesquelético y trastornos disociativos. El trabajo multidisciplinario es prioritario para el manejo y la regulación de la experiencia somática. El tratamiento farmacológico ayuda a los consultantes a lograr una regulación de las crisis emocionales detonadas por la reacción desproporcionada a nivel somático y emocional respecto a situaciones cotidianas.

La visión de los pacientes con trastorno borderline tiende a ser dicotómica por tanto es importante que sean capaces de identificar esas pautas y por lo menos aceptar otras perspectivas posibles de las situaciones conflictivas. En este caso el terapeuta necesita comprender las razones que provocan tanta tensión en el consultante, para posteriormente invitarlo a abandonar la lucha contra sus emociones, siendo capaces de aceptar las repuestas, así como explorando nuevas formas de lidiar con ellas sin evitarlas o cambiarlas inmediatamente. Aceptar las experiencias emocionales es una forma de validar la existencia de nuestro consultante, así como promover la esperanza que, aunque la situación se sienta

insostenible si esos sentimientos son aceptados y compartidos se pueden atravesar los momentos críticos para poder vivir otro tipo de experiencias.

Para lograr calibrar las intervenciones a nivel somático es fundamental realizar un trabajo diagnóstico basado en la mirada estética y fenomenológica. “Cuanto mayor pericia tenga el terapeuta se enfocará más en el trabajo estético-relacional asumiendo constantemente una metaposición que le permita trabajar sobre la formación de figuras en la situación terapéutica”. (Francesetti, et al., 2013) En ese sentido, el terapeuta que no tenga suficiente pericia requiere apearse a un modelo de intervención enfocado en la teoría, además de contar con un supervisor que le permita alcanzar la perspectiva de metaposición que no logra alcanzar por sí mismo, no obstante, la figura de un supervisor en casos de Trastorno límite de personalidad es fundamental para el adecuado acompañamiento terapéutico.

*3.- Comprensión del contexto y la dinámica relacional en la que se ha desarrollado la persona.* En el enfoque relacional privilegiamos la experiencia presente, sin embargo, es importante comprender el proceso de crianza, las dinámicas familiares, y el apoyo recibido por parte del entorno ante situaciones de crisis. El terapeuta buscará establecer un diálogo profundo con el consultante para comprender como las relaciones pasadas obstaculizan la espontaneidad y el funcionamiento emocional presente. Los consultantes han sido influidos en la configuración de su identidad y patrones de carácter. El proceso terapéutico buscará promover un contraste entre las antiguas dinámicas del consultante y las experiencias que comparte en la relación terapéutica. Me parece importante señalar que los terapeutas seamos capaces de identificar nuestros patrones de personalidad para estar conscientes de las interacciones posibles en la relación terapéutica con base en los rasgos de personalidad tanto del consultante como del terapeuta. Analizar el estilo narrativo del consultante es fundamental para identificar pautas disfuncionales de percepción ante la exploración de historias y experiencias vitales de acuerdo con el criterio del consultante.

*4.- Trabajo enfocado en la situación terapéutica.* Dentro del proceso terapéutico es importante el trabajo enfocado en los procesos interaccionales entre el terapeuta y el consultante. Es importante evaluar las experiencias emocionales que genera el consultante con el terapeuta como guía para explorar aspectos estéticos (sensibles) es decir, al intercambio para entender y modificar patrones relaciones que brindan significado a la

experiencia intersubjetiva que sucede en el proceso terapéutico. En este sentido el proceso terapéutico es una guía que va construyendo significados a través de la intersubjetividad, ayudando al consultante a ver nuevas perspectivas y desarrollar una comprensión más amplia de su perspectiva. Buscamos fomentar la capacidad del consultante para empatizar y reflexionar sobre sus emociones, pensamientos y comportamientos dentro del contexto de la relación terapéutica. Con base en lo anterior se busca alcanzar que la persona vaya integrando una mayor conciencia somática y que esto le permita lograr una regulación afectiva.

*5.-Cambio de patrones narrativos:* Las personas con trastorno borderline generalmente tienen una narrativa que tiende a exacerbar las situaciones emocionales generalmente ante aspectos que para otras personas pueden resultar insignificantes o cotidianos. Tomando como base el trabajo somático, contextual e interpersonal que se va configurando en el proceso terapéutico se buscará que progresivamente los consultantes vayan integrando nuevos patrones narrativos que les permita una perspectiva balanceada de la realidad. Se trabaja en la modificación de los discursos que generan reacciones disruptivas u anómicas en las personas, buscando promover la reflexión y el cambio de perspectiva y discurso respecto a los conflictos que pueden convertirse en detonantes emocionales. En ese sentido el terapeuta buscará promover recursos de apoyo para resignificar las experiencias donde hayan sucedido eventos disruptivos de tal manera que se puedan hablar de una manera distinta brindando una nueva comprensión y discursos para afrontar futuras situaciones semejantes.

*6.- Desarrollo de los procesos de autonomía y socialización:* En esta fase trabajamos en ayudar a los consultantes a integrar nuevas perspectivas para desarrollar habilidades sociales para afrontar los conflictos y frustraciones de la vida cotidiana. Por otra parte, se busca crear una relación terapéutica que le brinde el soporte necesario a las personas para que puedan tener un crecimiento emocional y un desarrollo de la autonomía. Cuando las personas tienen crisis muchas veces sus familias o pareja van desarrollando una perspectiva de incapacidad o inmadurez, no obstante, esta situación corresponde a la desregulación emocional que en ocasiones afecta considerablemente el autoconcepto y la estabilidad emocional de las personas hasta el punto de generar un deterioro social significativo afectando su rendimiento personal. Por eso, en esta fase trabajaremos en fortalecer la autonomía y su capacidad para tomar decisiones, confiar en su criterio con respecto a sus perspectivas y conductas. Aunado

a esto también fortalecer su capacidad de autocuidado de sus necesidades a través del establecimiento de límites en sus relaciones interpersonales más balanceadas. Esto permite a la persona desarrollar habilidades socioafectivas para construir una vida satisfactoria y resolver problemas de la vida cotidiana de tal manera que vaya alcanzando un sentido de vida.

7.- *Estabilización y capacidad para prevenir las situaciones de crisis.* En esta fase las personas han logrado un estado emocional estable, desarrollando la capacidad de afrontar las emociones intensas sin que se conviertan en una crisis emocional. El proceso terapéutico debe ser permanente como una forma de prevención de recaídas en cuanto a las comorbilidades que produce el trastorno límite de personalidad. Además, buscamos que las personas pueden desarrollar las habilidades para adaptarse a los cambios que suceden en su vida incluyendo las rupturas amorosas o afectivas, además de tener recursos para afrontar de manera satisfactoria los conflictos interpersonales. Además, es necesario cuidar un proceso de atención a la adherencia al tratamiento farmacológico que en la mayoría de los casos es fundamental para evitar recaídas.

## Conclusiones

Las fases propuestas no son lineales y pueden cambiar de prioridad, dependiendo de las necesidades y el progreso del consultante durante el proceso terapéutico. El enfoque relacional busca ajustarse de manera creativa a las condiciones del contexto y enfatiza la importancia de la relación terapéutica como un espacio seguro para explorar y transformar las experiencias emocionales y relacionales de los consultantes con trastorno límite de personalidad. El espacio terapéutico se convierte en un lugar seguro donde el consultante puede explorar como si fuera un laboratorio emocional donde ambos tanto consultante como terapeuta están comprometidos con las situaciones afectivas que vayan surgiendo durante el proceso.

En los últimos años se ha considerado que el mejor tratamiento para los pacientes con TLP es la combinación de los abordajes farmacológicos y psicoterapéuticos, con el fin de aliviar los síntomas y las conductas que más alteran su calidad de vida.

No obstante, ninguno de los dos tratamientos ha demostrado suficiente eficacia terapéutica, debido a algunos factores, como la validez de los criterios diagnósticos para TLP, la presencia de comorbilidades y las altas tasas de abandono del tratamiento. Sin embargo, la TCD ha sido ampliamente estudiada y parece ser la más efectiva para el tratamiento de los pacientes con TLP, especialmente en la reducción de las conductas que afectan la vida y en la adherencia al tratamiento. Su utilidad en otras entidades aún se está estudiando.

## Referencias

American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V. Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Ferenczi, S. (1932). The Clinical Diary of Sandor Ferenczi, J. Dupont (ed.), M. Balint and N. Z. Jackson (trans.), Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988.

Fonagy, P. (2004). Teoría del apego y psicoanálisis. Barcelona: Espaxs.

Francesetti, G. (2019). Fundamentos de psicopatología fenomenológico-gestáltica: Una introducción ligera. Madrid: Sociedad de Cultura Valle Inclán.

Francesetti, G. Gecele M. Roubal J. (2013). Terapia Gestalt en la práctica clínica. De la psicopatología a la estética del contacto. Madrid: Sociedad de Cultura Valle Inclán.

Kernberg, O.F. (1975), Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico, trad. de Stella Abreu, Buenos Aires, Paidós, 1979.

Perls, F, Hefferline. R & Goodman P. (2006). Excitación y crecimiento de la personalidad humana. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán

Perls, L. (2000). Viviendo en los límites. Ciudad de México: Plaza y Valdez.

Siegel, D. (2016). Neurobiología interpersonal. Barcelona: Editorial Eleftheria.

Spagnuolo Lobb, M. (2013). El Ahora-Para-Lo-Que-Sigue en Psicoterapia. La Psicoterapia de la Gestalt contada en la Sociedad Post-moderna. España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán

Stern, D. (1985). El mundo interpersonal del infante. Paidós.

Wollants G. (2012) Gestalt. Terapia de la situación. Chile: Cuatro vientos.

Yalom, I. (2015) Psicoterapia existencial. Barcelona: Herder.