

“El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva sistémica.”

Carmen Campo **
Iolanda D'Ascenzo **

“En el vacío, todos los fotones viajan a la misma velocidad. Van más despacio cuando viajan a través del aire, del agua o del cristal. Y las velocidades de los fotones de distinta energía disminuyen de forma diferente. Si Tolstoi lo hubiera sabido, se habría dado cuenta de la terrible falsedad que hay al principio de Ana Karenina. Dice: “Todas las familias felices se parecen; cada familia desgraciada es desgraciada a su modo y manera particulares”. De hecho, es al revés. La felicidad es algo específico. La desdicha es una generalización”.

Jeannette Winterson, “Escrito en el cuerpo”

RESUMEN

En el presente artículo, las autoras describen y analizan el abordaje psicoterapéutico de un grupo de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad (TLP), realizado desde la perspectiva sistémica, en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de S. Pau de Barcelona. Analizan las características relacionales observadas, y comentan las hipótesis que han manejado para formular un diagnóstico relacional. Se desarrolla asimismo el procedimiento empleado para formular dicho diagnóstico, así como las intervenciones terapéuticas individuales y de tipo familiar, realizadas durante el proceso terapéutico. Se comentan también los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento y en el seguimiento posterior, que se realizó a los dos años.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad. Diagnóstico relacional. Perspectiva sistémica. Intervenciones terapéuticas individuales y familiares.

ABSTRACT

This paper describes and analyses a systemic approach to therapy used with a group of patients diagnosed with borderline personality disorder. The setting was the Psychotherapy Unit of the Psychiatry Service at the Hospital de la Santa Creu i Sant Pau in Barcelona. The authors analyse the relational characteristics observed and discuss the hypotheses on which their relational diagnosis was based. The procedure through which this diagnosis was formulated is explained, as are the interventions conducted on both the individual and family levels during the therapeutic process. The paper also discusses the results obtained at the end of treatment and at two-year follow-up.

Key words: borderline personality disorder, relational diagnosis, systemic perspective, individual and family therapeutic interventions.

* *Carmen Campo López, Psicóloga Adjunta de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y subdirectora de la Escuela de Terapia Familiar.

** Iolanda D'Ascenzo, Psiquiatra, Psicoterapeuta, docente de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Santa Creu i Sant Pau

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es el de compartir con los lectores la experiencia clínica del trabajo psicoterapéutico desarrollado, desde una perspectiva sistémica, con pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y sus familias.

Los trastornos de personalidad llegan, cada vez con más frecuencia, a la atención de los terapeutas familiares, sobre todo cuando otros recursos terapéuticos son considerados ineficaces, o bien tras la demanda por parte de los pacientes o un miembro de la familia, a causa de conflictos en las relaciones familiares.

Sabemos que una característica del TLP es la gran dificultad en las relaciones interpersonales, pero la mayoría de los modelos terapéuticos propuestos son de tipo individual. La perspectiva relacional ofrece la posibilidad de incidir en los comportamientos y los rasgos de personalidad correspondientes, no solo a través de la relación con el terapeuta, sino de las relaciones significativas en las que la persona se halla inmersa, aprovechando, así, recursos individuales y recursos del ecosistema.

El Trastorno Límite de la Personalidad es, entre los trastornos de personalidad, el más diagnosticado (entre el 30% y el 60% de los trastornos del eje 2, DSM IV), el que más viene derivado a terapia familiar por otros profesionales y el que tiene más demandas espontáneas de terapia por parte de los pacientes, que suelen tener interés en mejorar la calidad de sus relaciones o intentar reforzar vínculos lábiles. La mayoría son mujeres con una relación de 1:3 con respecto a los hombres. Es posible que, por motivos culturales, el trastorno límite se corresponda en el hombre con los trastornos antisocial y narcisista que, por obvios motivos, consultan en menor cantidad.

El TLP viene definido como “un patrón intrusivo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en los afectos y en la imagen de sí mismo, caracterizado por una elevada impulsividad que empieza en la edad adulta y es presente en varios contextos” (Apa, DSM-IV). Su prevalencia en las investigaciones epidemiológicas es muy elevada, un 1.4% en la población general y hasta un 10% entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios y un 20% entre los pacientes ingresados (Bellino S. y cols. 2009).

Entre finales de los años '30 y principios de los '40 los psiquiatras empezaron a ver pacientes que presentaban características psicopatológicas atípicas, ya que no estaban tan enfermos como para ser etiquetados como esquizofrénicos y a la vez estaban demasiado trastornados para ser tratados con el modelo psicoanalítico clásico. Stern en el 1938 utilizó el término *borderline* para estos pacientes que no podían ser identificados ni como esquizofrénicos ni como neuróticos y Hock y Polatin en el 1949 acuñaron para ellos el término de “esquizofrenia pseudoneurótica” (Cotugno A., Benedetto A.M. 2000).

A partir de los años '50 la patología *borderline* fue estudiada desde la perspectiva psicodinámica y empezó a considerarse como una entidad psicopatológica autónoma. En el '53 Knight aplicando los conceptos de la psicología del yo conceptualizó los estados *borderline* como un tipo de funcionamiento del yo, intermedio entre el psicótico y el neurótico y Kernberg en el '75 por primera vez asoció el término *borderline* al concepto de organización de la personalidad.

Aunque la aportación de Kernberg sea la más importante desde el punto de vista de la comprensión psicodinámica del trastorno límite, la construcción de categorías diagnósticas se deben a Grinker que en el '68 formuló los primeros criterios nosográficos hasta la introducción del trastorno *borderline* de personalidad en el DSM-III, y a Gunderson y colaboradores que, entre el '75 y el '90, formularon los criterios

diagnósticos que siguen siendo los más utilizados en la clínica y la investigación del trastorno límite.

Por su parte, Mahler y cols. (1958, 1967), citados por Millon (1998), contribuyeron con sus observaciones al entendimiento del trastorno límite al señalar cómo el niño adquiere autonomía desafiando a la madre “buena” que intenta mantener la intimidad de un estadio anterior. Desarrollando una intensa ambivalencia en esta fase de separación-individuación, al alternar entre la cercanía y el distanciamiento negativista.

Las ideas propuestas por Masterson (1972), basadas en las tesis sobre el desarrollo de Bowlby (1969) y de la propia Mahler, insisten en el papel de la madre como facilitadora del mantenimiento del vínculo simbiótico con el hijo en tanto teme perder su amor si el hijo se empeña en adquirir autonomía. Los hijos se verían así enfrentados al dilema de que ser autónomos signifique perder el amor materno. Trabajos más recientes relacionan el TLP con un tipo de relación con la madre definido como de apego desorganizado (Liotti G. 2001).

Actualmente, en el DSM IV, el TLP es clasificado como un trastorno del cluster B del eje II y, según la propuesta más reciente de Kernberg, los trastornos del cluster B tienen en común una organización borderline de la personalidad, en la que están en un continuum el trastorno límite, el narcisista, el paranoide, el esquizotípico, el histriónico, el dependiente y el antisocial (Clarkin J.F. 2000).

La formulación de categorías diagnósticas y la inclusión del TLP en el DSM-IV han contribuido en buena parte a poner claridad y orden en un tema confuso y de difícil adscripción nosográfica y psicopatológica, pero han dejado aún abiertas muchas cuestiones y el TLP sigue siendo un trastorno complejo, tanto en su comprensión como en su tratamiento.

En las últimas dos décadas han sido publicados numerosos estudios desde varias perspectivas y aportaciones de los diferentes modelos terapéuticos, con predominante presencia del psicodinámica y el cognitivo-conductual.

Destaca asimismo el planteamiento integrador de Millon (1998), que queda ya reflejado en su concepción de la personalidad cuando la define como “*un patrón complejo de características psicológicas que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes que suponen un patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo*”.

Son escasas las propuestas por parte del modelo sistémico aunque autores de otros enfoques han incluido a la familia en el tratamiento poniendo énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales (Allen D.M. 2001, Gunderson J. 2002, Linehan M. 2003, Hoffman y cols. 2005).

Estudios sobre la incidencia familiar evidencian que el trastorno es cinco veces más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes que en la población general. En dichas familias se ha encontrado, además, una mayor prevalencia de trastornos por abuso de sustancias y depresión, pero no de esquizofrenia. La presencia en la historia de muchos traumas, abusos, u otros factores estresantes durante la infancia de estos paciente induce a algunos autores a considerar la predisposición familiar al trastorno más desde una óptica ambiental que estrictamente genética (Bellino S. y cols. 2009).

Si se revisan los estudios sobre la influencia de los factores genéticos y biológicos en el TLP aparece que estresores ambientales significativos y crónicos, como abuso físico, abuso sexual y negligencia, comunes en la población de TLP, juegan un rol significativo en modular (estimulando o exacerbando) el funcionamiento patológico de los correlatos biológicos asociados con el TLP. Lo que parece claro es que es esencial no asumir que

los aspectos biológicos individuales se desarrollan de forma aislada de los factores sociales y ambientales (Fruzzetti A. e cols, 2005).

Silk, Lee, Hill y Lorth (1995) encontraron que el 75% de pacientes con diagnóstico de TLP tenían antecedentes de abuso sexual en la infancia. Battle y cols. (2004) realizaron una investigación para explorar la presencia del abuso sexual y otros tipos de abuso o de abandono en el TLP, comparado con otros trastornos de la personalidad. Los resultados indicaron que, en general, una gran proporción de los pacientes con trastorno de la personalidad afirmaron haber estado expuestos a alguna forma de abuso (73%) o negligencia o abandono (82%). Además, esta investigación encontró que, en comparación con el resto de trastornos de la personalidad examinados, el TLP fue el diagnóstico más fuertemente asociado con una infancia de malos tratos.

A pesar de estas evidencias, menos del 10% de los niños con historia de abuso sexual en la infancia serán diagnosticados de TLP en la edad adulta.

El abuso sexual y físico *per se* no parecen ser factores importantes para determinar las consecuencias negativas de tales eventos, sino que son las respuestas de los padres y cuidadores a la divulgación del abuso (validación o invalidación de la información) las que mediatizan los efectos del mismo (Horwits, Widom, McLaughlin y White, 2001).

Esta apreciación parece coherente con los resultados encontrados por Bandelow y cols (2003) que, comparando una muestra de 63 pacientes diagnosticados de TLP y un grupo control, vieron que los primeros relataban en un mayor porcentaje historias de abuso sexual y maltrato en la infancia, y, de estos, solo dos de los pacientes con historia de abuso sexual habían recibido apoyo emocional de uno de los padres en el contexto del incidente.

En cuanto al contexto familiar, diversas investigaciones han estudiado las relaciones e interacciones familiares como factores claves en el desarrollo del TLP. Negligencia, escasa implicación emocional e invalidación por parte de los cuidadores son los factores más a menudo asociados con el desarrollo de un TLP. Johnson y cols. (2002) han mostrado que la baja implicación emocional de los padres hacia los niños iba en detrimento de su capacidad para socializar con eficacia, lo que haría aumentar sus posibilidades de desarrollar conductas suicidas. Zanarini y cols. (1997) refieren que el 92% de los pacientes con TLP han experimentado negligencia biparental y rechazo emocional antes de los 18 años, Bandelow y cols. (2003) han encontrado estilos de crianzas inadecuadas y menor atención y afecto recibidos por parte de los padres. En esta misma línea W. Ciardo y cols. (1993) señalan como dato significativo la experiencia de la pérdida en el paciente con TLP, es decir un conjunto de elementos marcados por la pobreza de intercambios interactivos, sea por una relación caracterizada por pobres intercambios afectivos, una relación fría, sea por la ausencia física o mental de uno de los progenitores.

Cheavens y cols. (2004) han encontrado que la supresión de pensamientos negativos como estrategia defensiva se deriva de un alto nivel de crítica por parte de los padres, y se relaciona con tres características clave del TLP: la sensibilidad interpersonal, la agresividad y la impulsividad.

Por otra parte, un estudio realizado por Hooley y Hoffman (1999) muestra que altos niveles de implicación emocional en los miembros de la familia se asocian de forma significativa con una mejor evolución clínica en el seguimiento a un año de pacientes con diagnóstico de TLP.

Se debe a Marsha Linehan (1993) la introducción del concepto de validación emocional y de ambiente invalidante como circunstancia fundamental en la producción de la desregulación de las emociones que encontramos en personas con diagnóstico de TLP. Dice la autora: *“En las familias óptimas se produce la validación pública de la*

experiencia privada. En la familia óptima las preferencias del niño son tomadas en consideración; se le pide que exprese sus creencias y pensamientos y se responde a ellos con seriedad. Las emociones del niño son vistas como expresiones importantes. En tales familias la comunicación exitosa de la experiencia privada provoca cambios que incrementan la probabilidad de que se satisfagan las necesidades del niño y que disminuyan las consecuencias negativas. En contraste una familia invalidante es problemática porque las personas que la componen responden a la comunicación de preferencias, pensamientos y emociones con respuestas disonantes (específicamente no respondiendo o haciéndolo con respuestas extremas). Esto conduce a una ruptura entre la experiencia privada del niño emocionalmente vulnerable y la respuesta de su entorno social” (Linehan M., 2003).

En la terapia cognitivo-dialéctica por ambiente invalidante se considera claramente el que se produce en la familia, tanto que los terapeutas cognitivo-dialécticos se han puesto a estudiar las intervenciones de terapia familiar que consiguen disminuir la invalidación. Benjamín, como comenta Allen, observó cuatro factores en las familias de origen de pacientes con TLP: el caos familiar, episodios de abandono traumático entremezclados con periodos de sobreinvolucración, esfuerzos para la autonomía del paciente interpretados por la familia como deslealtad y el amor parental conseguido solo a través de la disfunción del paciente.

En la misma línea, Allen y cols., hacen notar que la interacción en estas familias está caracterizada por oscilar entre extremos de sobre y baja implicación de los padres marcadas por la hostilidad, donde los dos extremos no son vistos como opuestos, sino como dos aspectos del mismo fenómeno. La idea básica es que estas contradicciones influyen de varias maneras sobre la autonomía del hijo. Un patrón de conducta común en el hijo es el denominado “spoiling”, que consiste en un comportamiento hostil, exigente, provocativo y autodestructivo. Este comportamiento es posible que se genere desde la percepción por parte de un niño que, para mantener la estabilidad parental, debe permanecer dependiente en cierto modo de los padres y, simultáneamente, ser objeto de su odio. Las conductas contradictorias de los padres y el “spoiling” del hijo entran en un círculo vicioso en el que se retroalimentan como patrones relacionales disfuncionales (Allen y cols.2005).

Desde una perspectiva relacional, Linares (2006) define la personalidad como “*la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, a través de un dialogo constante entre pasado y presente, y doblemente contextualizada por un substrato biológico y un marco cultural*”. Este autor, en su conceptualización de una psicopatología relacional de los trastornos de personalidad, plantea dos situaciones típicas del TLP en el ámbito familiar que son: las triangulaciones equívocas y las deprivaciones. Basándose en los conceptos básicos de conyugalidad y parentalidad, considera que en la primera de estas situaciones se da una parentalidad primariamente conservada que se ve deteriorada secundariamente por el impacto de una conyugalidad disarmónica, con la consiguiente triangulación del hijo; la segunda se caracterizaría por una parentalidad primariamente deteriorada y una conyugalidad armoniosa, generalmente basada en la complementariedad.

Según Cancrini (2007), es preferible pensar en la personalidad no tanto en términos estructurales, cuanto en términos de funcionamiento. Existe un umbral de funcionamiento patológico de la personalidad que se activa de forma diferente en las personas e, incluso en la misma persona, según determinadas circunstancias que pueden ser la dependencia, el abuso sexual, el maltrato o las etapas del ciclo vital. Una primera condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de un funcionamiento de

personalidad patológico, es algo que ocurre en la infancia, “*detrás de cada trastorno de personalidad hay un niño infeliz*”.

Sabemos, sin embargo, que afortunadamente pueden intervenir factores de resiliencia en la vida de una persona que cambian el curso de un destino dramático y activan conductas y recursos personales y ecosistémicos inesperados. Se pueden sustituir determinadas experiencias disfuncionales con otras nuevas, más funcionales, hacer una reedición y ofrecer otra posibilidad de conducta, sentimiento y pensamiento delante del mismo hecho. Este planteamiento es especialmente interesante desde el punto de vista terapéutico y desde una perspectiva del contexto en un sentido ecológico. Más allá de eventos puntuales y dramáticos, es necesario comprender y modificar los contextos relacionales que con más probabilidad distorsionan las experiencias básicas de la persona con respecto a la imagen del sí mismo y la percepción de ser querido.

El TLP es el único trastorno de la personalidad por el que la American Psychiatric Association ha definido específicas líneas guía para el tratamiento, defendiendo la oportunidad de dar prioridad a la elección de una terapia combinada, que incluya un enfoque psicoterapéutico asociado al farmacológico. La psicoterapia del paciente límite tiene el objetivo de reorganizar la personalidad y mejorar el funcionamiento global, interviniendo sobre los factores psíquicos e interpersonales conflictivos como el trastorno de la identidad, los sentimientos crónicos de vacío, los miedos al abandono y la inestabilidad relacional (APA 2001, Oldam J.M. 2005).

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se trata de una muestra consecutiva de 27 pacientes, diagnosticados todos ellos de Trastorno Límite de la personalidad según los criterios del DSM IV y tratados en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de S.Pau. En todos los casos se ha podido obtener registros audiovisuales y la transcripción de las sesiones, así como un seguimiento posterior de al menos dos años tras la finalización del tratamiento. Dicha muestra puede ser a su vez dividida en tres submuestras: la primera (A) está formada por 10 jóvenes adultos no emparejados, la segunda (B) está constituida por 10 pacientes emparejados de manera estable, y en la tercera (C) se han agrupado 7 adolescentes. Consideramos que es importante establecer tal distinción en tanto ha condicionado, ya desde el inicio, el tipo de convocatoria familiar realizada. En ese sentido hemos optado por trabajar conjuntamente con los interlocutores más significativos, convocando junto al paciente a la familia de origen, padres y hermanos, cuando se trataba de pacientes sin pareja estable (submuestras A y C), mientras que ha sido el cónyuge la figura de referencia que se ha tenido en cuenta de manera prioritaria cuando se trataba de pacientes emparejados (submuestra B). En todos los casos, han sido convocadas durante el proceso terapéutico también otras figuras significativas, como han sido la familia de origen, propia o del cónyuge en la submuestra de pacientes emparejados, o algún amigo o novio/a en la submuestra sin pareja estable y de adolescentes.

Hemos incluido la submuestra de adolescentes ya que han sido derivados por Centros de Salud Mental Infantojuvenil y otros profesionales de la salud con un diagnóstico de TLP y, aunque no estemos de acuerdo con dicho diagnóstico en base a la temprana edad, pensamos que por sus características clínicas y relacionales podían beneficiarse del

mismo modelo de intervención, con el objetivo de hacer un trabajo de prevención de un desarrollo futuro del trastorno.

SUBMUESTRAS A Y B

Las edades de cada submuestra son diferentes. Las correspondientes a la muestra de jóvenes adultos se encuentran entre los 18 y los 26 años, mientras que la submuestra de pacientes emparejados tienen entre 28 y 34 años. En cuanto al sexo, cada grupo está integrado por 8 mujeres y dos varones.

También se pueden observar diferencias respecto a los dos grupos en cuanto a la derivación y la comorbilidad presente en algunos casos.

Las derivaciones del grupo A han tenido un origen diverso, la mayoría han sido realizadas por profesionales externos a la Unidad de Psicoterapia o por iniciativa de la familia, en algún caso tras recabar información respecto a otras modalidades de tratamiento diferentes a las experimentadas hasta entonces. Mientras que en el subgrupo B todos los casos han sido derivados por profesionales pertenecientes al Servicio de Psiquiatría del Hospital, presentando la mayoría de estos de manera concomitante un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Bipolar o de Trastorno Alimentario en el eje 1, patología que había requerido en algún momento hospitalización. Esta comorbilidad era mucho menos manifiesta o de menor gravedad en el grupo de jóvenes sin pareja estable, aunque muchos de ellos habían presentado también sintomatología depresiva ansiosa que cumplía criterios de un Trastorno de Adaptación mixto, o algún episodio previo de Anorexia o Bulimia.

Otro dato clínico relevante que diferencia las dos submuestras es la variable intentos de autolisis, presente en 7 de los 10 pacientes emparejados, mientras que solo se había producido en uno de los casos de la submuestra A, aunque en ese caso de manera reiterada y grave, por lo que también había requerido hospitalización. Las ideas de suicidio, en cambio, estaban presentes en la mayoría de casos, así como conductas autolesivas como cortes en los brazos y en el abdomen.

La experiencia de sufrir abusos sexuales durante la infancia o pubertad se halla presente también en varios casos. Concretamente, en tres de las pacientes del grupo A y en una del grupo B, siendo en dos de los casos el motivo principal para realizar la derivación.

En los tres casos de la muestra de jóvenes adultos (30%), las pacientes habían sufrido abusos sexuales durante la infancia y adolescencia, en el seno de la familia de origen, tío materno y padre respectivamente en dos de los casos y por parte del profesor de gimnasia en el otro. En los dos primeros casos el abordaje específico de ese problema había sido el motivo de la derivación, en el otro caso fue una información que se pudo recoger en la etapa diagnóstica inicial lo que permitió valorar no solo el impacto negativo del hecho en sí, sino la importancia que tenía, en cuanto a las secuelas, la respuesta inadecuada de los padres frente a dicho evento.

En la submuestra de casos con pareja estable, la única paciente que se había criado en una institución había sufrido abusos, durante uno de los intentos fallidos de adopción que se habían producido durante su infancia.

En 5 de los 10 casos (50%) de la submuestra A, los padres estaban separados, la separación había sido litigante y había conllevado aumentar el distanciamiento del paciente con el padre, dando lugar incluso al abandono y falta de contacto posterior total con éste en tres de los casos. En los dos casos en que los progenitores estaban separados de manera litigante y no se había perdido el contacto total con los respectivos

padres, aunque la relación que se mantenía con el paciente era muy escasa, se pudo contactar con ellos y conseguir su colaboración en la terapia. Nuestra impresión fue que dicha colaboración facilitó de manera decisiva el manejo terapéutico y los buenos resultados obtenidos.

En la submuestra de pacientes con pareja estable (B), la separación litigante de los progenitores también es una variable que se observa en 4 de los 10 casos (40%), habiendo conllevado en tres de los casos el abandono y la pérdida de contacto con uno de los progenitores, siendo uno de estos la madre. En el otro caso, el abandono había sido por parte de ambos (madre ingresada por Trastorno Mental Grave), lo que había supuesto una crianza de tipo institucional, caso que hemos mencionado anteriormente.

En la submuestra B la mayoría de los pacientes (90%) estaban emparejados de manera estable y tenían hijos. Uno de los casos al inicio de la terapia estaba separado. Se trataba de una mujer con hijos que, desde la separación, estaba viviendo de nuevo con la familia de origen. En el transcurso de la terapia se volvió de nuevo a emparejar, lo que permitió incluir a esa nueva pareja en el proceso terapéutico.

SUBMUESTRA C

Está constituida por 7 adolescentes de sexo femenino de edades comprendidas entre 14 y 17 años. En 4 de los casos los padres estaban separados, en otros dos los padres vivían juntos y en el otro caso se trataba de una madre soltera sin pareja estable. En estos tres últimos casos se trataba de niñas adoptadas que tenían hermanos también adoptados, presentando uno de estos un Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

En los casos con padres separados, la separación fue temprana y litigante (SAP), con la consiguiente triangulación de la hija. En dos casos se dio también una parentalización de la paciente. En todos los casos, después de la separación se produjeron dificultades económicas y el padre no contribuyó de forma continuada ni consistente al sustento de la hija. En ningún caso hubo un abandono total por parte del padre, pero en todos hubo un distanciamiento con la hija. En la mitad de dichos casos fue posible incluir al padre en el proceso terapéutico y reconstruir el vínculo afectivo, lo que contribuyó en buena medida a la mejoría de la paciente. No fue así en el resto de casos, en los que la colaboración del padre fue parcial y poco consistente. Dos eran hijas únicas y las otras tenían un hermano de otra pareja de la madre, con el que tampoco ésta convivía. En un solo caso estaba presente la experiencia de haber sufrido abuso sexual.

En esta submuestra de pacientes prevalecen conductas autolesivas del tipo cortes en los brazos, solo en un caso se había producido un intento autolítico aunque en todos estaban presentes ideas de suicidio. La sintomatología predominante era de trastorno de la conducta, impulsividad, promiscuidad sexual y consumo de drogas. En un caso se había producido un episodio psicótico, que había requerido hospitalización antes de iniciar el tratamiento.

En todos los casos, las madres presentaban sintomatología depresiva, una de ellas había sido diagnosticada de Trastorno Depresivo Mayor y otra cumplía criterios de un diagnóstico de TLP. Era también evidente la falta de red social de apoyo.

DIAGNOSTICO RELACIONAL

Utilizar una perspectiva relacional se caracteriza no solo por conseguir la colaboración de la familia, con la que otros modelos también cuentan, sino sobre todo por focalizar el

contexto relacional, es decir el entramado de relaciones significativas en el que el individuo se halla inmerso.

Cuando se trata de un niño o adolescente, no cabe la menor duda de que el contexto más significativo es la familia de origen. En el caso del adulto con pareja estable, aun cuando la familia de origen pueda tener un peso específico, es la pareja la que acostumbra a ser el referente más determinante. Otros sistemas de referencia a tener en cuenta son el ámbito laboral en el caso del adulto, así como el escolar y el grupo de pares en el caso de los jóvenes adultos y los adolescentes.

En nuestro trabajo con pacientes diagnosticados de TLP, todas estas consideraciones se han traducido en tener en cuenta tanto las características individuales como el contexto relacional de referencia de estos pacientes. El objetivo ha sido no solo realizar un diagnóstico clínico convencional (DSM IV), sino ampliarlo desde una perspectiva relacional, con el objetivo de incluir aquellas experiencias que habrían dificultado el desarrollo armonioso de la personalidad en dichos pacientes.

Se han valorado, además, no solo las dificultades, sino también los recursos que presentaban tanto el paciente como sus interlocutores más significativos. Ese es un aspecto que consideramos que vale la pena resaltar, ya que la actitud tanto de los pacientes como de sus familiares tendía sobre todo a centrarse en las dificultades. Pensamos que ese sesgo negativo acababa facilitando no solo que éstas se amplificaran sino que se dejara de contemplar los factores positivos existentes, favoreciéndose con ello que no se tuvieran en cuenta alternativas más funcionales.

Nos ha interesado conocer y entender las acciones, los sentimientos y los pensamientos propios de cada paciente, realizando para ello sesiones individuales, pero a la vez nos ha sido muy útil poder tener sesiones conjuntas con la familia de origen y/o el cónyuge, en tanto eso nos ha permitido contextualizar y dotar de significado relacional la conducta tanto normal como patológica que presentaba el paciente.

Se han focalizado especialmente las secuencias interactivas repetitivas y los patrones redundantes como fórmula para entender las reglas de funcionamiento, tanto explícitas como implícitas, que configuran el contexto relacional de cada familia. Teniendo en cuenta, asimismo, la relación establecida con el terapeuta al considerar que, si se logra establecer una alianza terapéutica consistente, la presencia y la voz del terapeuta se incorporan asimismo como un referente significativo al sistema familiar, al menos mientras dura el tratamiento.

El diagnóstico relacional ha sido formulado como un intento de aproximación a la doble pregunta: ¿Qué está pasando ahora? y ¿cuáles fueron las variables más determinantes que lo facilitaron?

En ese sentido, hemos observado desde una perspectiva diacrónica los hechos pasados más relevantes y, sobre todo, el significado que tuvieron para los diferentes miembros de la familia, a la vez que se han constatado desde una perspectiva sincrónica las interacciones que se daban en el presente, así como las atribuciones de significado que las condicionaban. Considerando que el pasado mediatiza siempre el presente pero éste, a su vez, lo regula y modifica en base a las experiencias actuales, hemos potenciado la reelaboración del pasado que es factible realizar cuando se amplía el foco de observación, y se generan nuevos significados a partir de las conexiones entre variables que pueden entonces establecerse.

El diagnóstico relacional de la familia de origen se ha establecido a partir de las dos dimensiones relacionales básicas: conyugalidad y parentalidad, descritas por Linares (2002). Se han explorado, por tanto, las funciones parentales ejercidas en la familia de origen por los padres para con sus hijos incluyendo la fratría cuando el paciente tenía hermanos, y la función conyugal, es decir la relación de los padres entre sí como

cónyuges. Añadiendo a dicho análisis la exploración del vínculo conyugal en todos aquellos casos en los que el paciente se hallaba emparejado.

Para valorar la función parental se han recogido las experiencias más relevantes que había podido tener el paciente tanto respecto al ámbito de los afectos como al del aprendizaje de las normas. En ese sentido, el tipo de vinculación afectiva establecida con los padres y otros miembros significativos del sistema, así como las experiencias en torno a la socialización, han sido las dos variables principales que se han estudiado.

La vinculación afectiva ha sido valorada en relación a la respuesta obtenida por parte del hijo respecto a las dos necesidades indispensables para el desarrollo armonioso de la personalidad: la necesidad de pertenencia y de apego, y la necesidad de diferenciación y autonomía (Bowlby 1969).

En ese sentido, el establecimiento de la cercanía y distancia emocional adecuadas a cada etapa del ciclo vital se nos ha revelado como determinantes para entender las dificultades que han podido experimentar los pacientes en torno a la esfera afectiva.

La socialización se ha estudiado teniendo en cuenta las dos funciones parentales básicas que dan respuesta a las necesidades de los hijos respecto a dicha área: la protección y la normatividad (Linares 2002). Con respecto a la primera, hemos tenido en cuenta las actitudes de posible negligencia o desprotección, como por ejemplo las experiencias de abuso que se hayan podido dar, así como el tipo de respuesta que los padres ofrecieron frente a dicha situación. El aspecto normativo se ha estimado a partir de la mayor o menor exigencia por parte de los padres respecto al aprendizaje de las normas. En ese sentido, la tendencia hacia la permisividad o hacia la alta exigencia en torno al cumplimiento de las normas ha sido también un criterio que se ha manifestado útil para entender las dificultades asociadas a las conductas desadaptativas que se observan en estos pacientes.

La conyugalidad entre los padres ha sido evaluada en base a la presencia o ausencia de conflictividad manifiesta en el pasado, su posible separación y si ésta se ha producido de manera consensuada o si, por el contrario, ha sido litigante. En este caso se han valorado las posibles repercusiones negativas para el hijo como serían la instrumentalización del mismo, o la presencia de criterios para diagnosticar el Síndrome de Alienación Parental (SAP). También se ha considerado la posibilidad de que se haya mantenido la convivencia conyugal pero con clara hostilidad o distanciamiento emocional evidente.

En el grupo de pacientes emparejados, hemos valorado el tipo de vínculo conyugal establecido teniendo como criterio diagnóstico el tipo de relación afectiva, el patrón de jerarquía interna predominante de tipo simétrico o complementario (Watzlawick P. y cols. 1967), así como la presencia de conflictos no resueltos de manera satisfactoria. Asimismo en aquellos casos en los que el paciente tenía hijos, se ha evaluado el tipo de relación establecida con los mismos, atendiendo a la posible existencia de mecanismos disfuncionales del tipo triangulación o parentalización.

ANÁLISIS RELACIONAL DE LA MUESTRA

El análisis de las características relacionales de la muestra total evidencia que antes de la eclosión de la conducta sintomática se habían producido mecanismos disfuncionales en los dos pilares básicos para la crianza de un niño y/o un adolescente: la vinculación afectiva y la socialización.

En todos los casos la vinculación afectiva con la familia de origen había estado mediatizada por el mantenimiento de una relación de gran cercanía emocional con solo

una de las figuras parentales, generalmente la madre, a excepción del caso de una paciente en la que dicha estrecha vinculación se había establecido con el padre. En los demás casos, el padre era una figura con el que se había establecido una vinculación afectiva presidida sobre todo por una distancia emocional y/o física, de quien se esperaba, sin embargo, de manera infructuosa reconocimiento y valoración.

Esa necesidad de reconocimiento por parte del padre había dado lugar, incluso en los casos en los que se había producido un abandono total por parte de éste, a acciones personales de búsqueda que se habían saldado con un evidente fracaso de las expectativas.

En otro de los casos, en los que el abandono se había producido tras la experiencia de abusos por parte del padre durante la infancia de la paciente, la búsqueda se centró en poder conseguir el reconocimiento de su implicación en los hechos, lo que motivó que formulara una denuncia que, al no prosperar, impulsó a la paciente a solicitar y conseguir el cambio de apellido. Acción que coincidió con la finalización del tratamiento, siendo valorada por la paciente como colofón positivo del mismo, y favorecedora del inicio de una nueva etapa clínicamente estable que el seguimiento posterior reveló consolidada.

En la mayoría de los casos, la relación con la madre, que tal como hemos comentado era muy estrecha, de tipo casi fusional, fue descrita en términos que sugieren gran complicidad. La hija o el hijo, antes incluso de la adolescencia, eran considerados el interlocutor válido para escuchar muchas confidencias, a la vez que la cercanía física era considerada como muy placentera. En ese sentido, no es infrecuente que por motivos diversos durante la infancia y durante largo tiempo los pacientes hayan dormido con la madre. Algunas frases dichas por algunas de estas madres pueden ilustrar esa gran cercanía emocional: *“Estábamos muy unidas, éramos como siamesas”* o *“no necesito que me lo diga para saber qué necesita”*. La posibilidad de conocer sin palabras los pensamientos o necesidades del otro es frecuentemente señalada.

Esa estrecha relación, tanto física como emocional, queda también en algunos casos claramente mediatizada por una sobre implicación en cuanto a los éxitos de los hijos en el ámbito escolar o en el deportivo. En muchos casos, la alta exigencia se deriva de depositar en el hijo necesidades individuales excesivas en cuanto a fuente de gratificación. Se espera que el hijo consiga lo que ellos no pudieron ser, a través de requerimientos exagerados. La obtención de buenas notas o de buenos resultados en competiciones deportivas son vividos por dichos progenitores como el exponente de su propia realización personal.

La socialización de estos pacientes en cuanto al aprendizaje de las normas presenta una tendencia a la polarización de posiciones en torno a la alta exigencia y permisividad por parte de cada uno de los progenitores. En muchos de los casos, la alta exigencia se correspondía con el progenitor con quien se mantenía una relación muy estrecha, mientras que la permisividad del otro se derivaba sobre todo de una vinculación más bien laxa o presidida por un escaso interés. En otros casos, por el contrario, la figura autoritaria y con alta exigencia era el padre menos involucrado emocionalmente.

A menudo, las discrepancias en torno a los métodos utilizados para la crianza de los hijos se habían convertido en uno de los temas conflictivos entre los padres antes de la eclosión de la sintomatología, siendo la utilización del castigo más que la recompensa el método finalmente más utilizado tras la irrupción de los síntomas.

Destaca la tendencia a subrayar, por parte de algunos padres, la gran diferencia de actitud de los hijos en cuanto al cumplimiento de las normas que es descrito como muy bueno durante la infancia, mientras que es considerado uno de los mayores problemas a partir de la adolescencia. Por el contrario, en otros casos la conducta del hijo cuando era

un niño es descrita exageradamente como problemática, como si se buscara en la infancia la evidencia premonitoria del futuro desarrollo del trastorno.

En todos aquellos casos en los que se han podido reconstruir las experiencias relacionales previas a la eclosión de los síntomas se ha observado que las conductas consideradas impropias y rechazadas como desviadas por parte de los padres, no eran negativas en sí mismas, sino en tanto suponían alcanzar un mayor grado de autonomía. Frecuentemente, se trataba de salidas y contactos lúdicos con la red de iguales no excesivamente alejadas de los criterios sociales imperantes en la actualidad. Era, a posteriori, que dichas conductas iban paulatinamente alejándose de los parámetros considerados deseables a nivel social, fruto del pulso simétrico que se establecía con la familia.

En la submuestra de adolescentes se observó cómo, junto a la sobre-implicación de las madres, se daban al mismo tiempo sentimientos negativos que podían abarcar desde la descalificación hasta el rechazo.

El análisis relacional de la conyugalidad de los progenitores de la muestra de jóvenes adultos, presentaba una diferencia notable entre los que, como ya hemos mencionado, se habían separado y los que estaban conviviendo. En este último caso, la apariencia en el momento de la convocatoria era que entre los padres se daba una unión conyugal satisfactoria. Sin embargo, las informaciones recogidas al finalizar la etapa inicial del tratamiento reveló situaciones conflictivas que habían incluso requerido en el pasado de un abordaje terapéutico en algún caso, o el deseo de realizar alguna consulta, algo que se había desechado coincidiendo con el inicio de las dificultades en el hijo.

Nuestra impresión, corroborada posteriormente en muchos de los casos a través del seguimiento posterior, es que la conducta sintomática del hijo habría facilitado el desplazamiento de toda la energía y atención de la esfera de la conyugalidad a la de la parentalidad, favoreciéndose con ello una aparente armonía conyugal. En esos casos, cuando el paciente ha mejorado o finalizado el tratamiento con buenos resultados, hemos podido observar el recrudescimiento de las dificultades conyugales en los padres, formulándose en algún caso la demanda de recibir ayuda centrada en ese aspecto. En alguno de estos casos se ha abordado la problemática conyugal con sesiones de terapia de pareja integradas en el curso del proceso terapéutico.

En la submuestra de pacientes emparejados, el análisis de las características relacionales nos muestra que, en general, la eclosión de la conducta sintomática ha sido posterior al emparejamiento. Este se ha caracterizado por una vinculación afectiva poco consolidada entre los cónyuges, con una relación con las respectivas familias de origen, presidida por una escasa autonomía por parte de ambos. Se podría decir de ellos que eran más hijos que esposos. La jerarquía interna inicial tendía hacia la simetría aunque tras la eclosión del trastorno a menudo se observa un viraje hacia la complementariedad en base a los síntomas que presenta el paciente en tanto favorecen actitudes de cuidado y protección por parte del cónyuge en connivencia, en ocasiones, con las familias de origen respectivas. Ese fenómeno se convierte a menudo en uno de los motivos de conflicto entre ellos en tanto las actitudes de protección del cónyuge son generalmente conceptualizadas como de control, lo que acaba facilitando un desplazamiento hacia el cónyuge del pulso simétrico, que se había producido anteriormente con la familia de origen.

Una mayoría de los casos de pacientes emparejados tenían hijos. La relación con éstos tendía, en general, a la parentalización de los mismos. En muchas ocasiones eran requeridos por el otro progenitor, o por los abuelos, para que “vigilaran” a los pacientes en las situaciones de crisis o cuando existía riesgo de autolisis. Era evidente la inadecuación de dicha demanda en base a la escasa edad que podían tener los niños. En

todos esos casos fue necesario conseguir la colaboración de la familia para que se entendiera la necesidad de preservar a los niños de esas situaciones tan disfuncionales, en aras de la prevención de futuras dificultades. Estas últimas se observaron en aquellos casos en los que el proceso terapéutico se realizó ya en una etapa posterior de evolución del trastorno: los niños tendían a presentar trastornos de conducta y una relación de jerarquía invertida con la madre, que requirió la realización de intervenciones específicas para modificarla.

La relación afectiva de los pacientes con sus hijos tendía a la ambivalencia. Por una parte, podían mantener una relación sumamente estrecha, eran en muchas ocasiones los que escuchaban las confidencias o el relato de los malestares de los pacientes, pero a la vez no eran tenidos en cuenta o incluso llegaban a vivir situaciones de alto riesgo cuando el descontrol del paciente era lo que prevalecía. En ese sentido, vale la pena remarcar la utilidad a nivel preventivo de tener una mirada también focalizada en el diagnóstico relacional respecto a los hijos, para preservarlos en la medida de lo posible de situaciones de riesgo. Y no queremos con ello plantear la necesidad del alejamiento de los mismos, sino que sean también tenidos en cuenta en el proceso terapéutico.

Por otra parte, cuando se centró el objetivo terapéutico en conseguir el bienestar psicológico de los niños, la respuesta de los pacientes fue de mejoría y aumento de su responsabilidad hacia los mismos, en función sobre todo de la confianza depositada en ellos por el terapeuta respecto a la posibilidad de ser una buena madre o un buen padre. Dicha estrategia se convirtió en una intervención muy potente a nivel terapéutico en beneficio tanto del paciente como de los niños.

HIPOTESIS RELACIONALES

Nuestra impresión es que en la mayoría de casos se han producido mecanismos disfuncionales que han afectado a los dos pilares básicos de la crianza de un niño y/o de un adolescente: la vinculación afectiva y la socialización. Lo que ha dado lugar a un deslizamiento entre los aspectos afectivos y socializantes en la crianza de estos niños a partir de la adolescencia.

El proceso de individuación de estos pacientes se ha visto dificultado por la excesiva cercanía emocional con uno de los progenitores, tendente a la fusión, descrita anteriormente, mientras que la relación escasa y distante con el otro no ha permitido un contrapunto que favoreciera una mejor regulación del proceso paulatino de autonomía, indispensable para el desarrollo armonioso de la personalidad.

Ha sido interesante constatar que, en la mayoría de casos, el método utilizado para conseguir el cumplimiento de las normas a partir de la adolescencia ha sido el castigo y, sobre todo, la retirada del afecto, llegando en alguno de los casos a la expulsión.

El progenitor que había estado más cercano hasta ese momento tendía a distanciarse y a retirar el cariño en base a actitudes en el hijo tendentes a alcanzar autonomía. Una de las frases que resume muy bien el pensamiento de estos padres es la pronunciada por una de las madres: “*Se comporta como Dios manda o yo no la puedo querer*”.

En los casos en los que los padres estaban separados, frecuentemente esta situación coincidía con la decisión del hijo de intentar acercarse al progenitor más distante, yéndose en ocasiones a vivir con el mismo, movimiento que favorecía todavía más la actitud de rechazo por parte del progenitor más cercano dando lugar a que el hijo se quedara en “tierra de nadie” y sin la protección ni del uno ni del otro.

En muchos de estos casos se había producido una “cristalización” del trastorno (Cancrini 2007), precisamente cuando el joven, tras haber sido expulsado del hogar en

base al pulso establecido con los padres, había entrado en resonancia con contextos cercanos al mundo de la pequeña delincuencia, el consumo de drogas, un alto grado de promiscuidad sexual, etc. Es una etapa en la que los pares, a menudo también problemáticos, tienden a convertirse durante ciertos periodos en los referentes afectivos más importantes, teniendo su punto de encuentro generalmente en parques o plazas de la ciudad, donde en ocasiones acaba pernoctando el paciente

La hipótesis que hemos manejado es que el paciente se encuentra a menudo atrapado en el dilema entre conseguir la autonomía necesaria para sentirse bien consigo mismo y poder construir su propia identidad, y sentirse querido y aceptado por los padres. Si sigue adecuándose a la voluntad y alta exigencia de estos, o decide por sí mismo y se arriesga a ser rechazado. Sentirse querido por lo que es y no por cómo se porta.

En ese sentido, consideramos que la expectativa de ser queridos de manera incondicional por parte de los padres es una expectativa legítima que se convierte en uno de sus deseos más íntimos. En ocasiones, da la impresión de que la mala conducta puede llegar a exacerbarse en base a la necesidad de comprobar hasta qué punto son aceptados y tenidos en cuenta forzando incluso la inadecuación de muchas situaciones.

Estas hipótesis relacionales han sido utilizadas en las intervenciones realizadas con los padres, orientadas a romper el círculo vicioso que se instaura a partir del pulso simétrico entre estos y el paciente. Sirva como ejemplo el comentario que nos hizo en una sesión individual uno de los progenitores más vinculados al paciente, en este caso el padre de una de nuestras pacientes: *“Lo que más me ha ayudado a comprender y dado pistas para actuar de una manera diferente ha sido entender que una cosa era mi hija y otra los actos de ésta.”*

Consideramos que, en estos casos, es crucial priorizar los afectos por encima de las normas. Solo si el hijo se siente de nuevo querido haga lo que haga, se favorecerá que el pulso deje de tener sentido y se sienta reconocido por sí mismo y no como un simple apéndice de los padres; alguien solo tenido en cuenta si ayuda a construir el mito del hijo perfecto.

Ciertamente, el padre puede y debe enfadarse ante la mala conducta del hijo, la ausencia de respuesta podría ser considerada incluso una muestra de su falta de interés, pero nada puede justificar la ruptura del vínculo afectivo con los hijos, algo que hemos podido constatar que había sucedido ya en algunos de los casos de la muestra analizada, cuando hemos empezado a trabajar con estos pacientes y sus familias.

También consideramos relevante la utilización continuada de comentarios negativos sobre el paciente, tendentes a una valoración negativa del mismo. En la mayoría de casos se observa un sesgo negativo respecto a la valoración de la manera de ser del paciente y no solo de su conducta, resultando muy difícil y laborioso conseguir la valoración positiva en algún aspecto. Estas expectativas negativas de la familia se centran a menudo en su dificultad para ser responsable y autónomo, lo que justifica a la vez que sea tratado como alguien incapaz de serlo. Ejemplo de ello podrían considerarse varios casos del grupo de los pacientes con hijos, en los que la madre y los cónyuges tendían a tomar decisiones sin consultarle sobre los niños, a la vez que se quejaban de que no se responsabilizara de éstos.

En los casos de adolescentes es especialmente evidente cómo el hijo, para adecuarse a la imagen negativa que tienen sus padres de él, renuncia a cualquier intento de responsabilización.

PROCEDIMIENTO

En el procedimiento empleado para tratar a estos pacientes se pueden distinguir dos etapas, una primera orientada a la construcción del contexto terapéutico, a la formulación de un diagnóstico relacional y la explicitación de un contrato terapéutico. Y una segunda en la que se desarrolla el proceso terapéutico en base a los objetivos terapéuticos formulados y consensuados con la familia.

En la etapa inicial se han realizado entre tres y cinco sesiones, generalmente de frecuencia semanal, antes del contrato terapéutico, con una convocatoria específica de los padres conjuntamente aunque no convivan con el paciente o estén separados a nivel conyugal, ampliada a los hermanos en el caso de que convivan bajo el mismo techo o estén interesados en colaborar. Hemos insistido en la necesidad de implicar a ambos padres desde el comienzo de la terapia aunque no convivan, sin embargo hemos realizado convocatorias por separado en aquellos casos en los que la conflictividad era muy alta.

Una de las sesiones iniciales se ha dedicado exclusivamente al paciente, para favorecer la construcción de una alianza terapéutica específica con el mismo.

En la etapa posterior, tras la formulación del contrato terapéutico, se han realizado entrevistas de frecuencia quincenal, progresivamente espaciadas en la etapa final, en las que se ha trabajado alternativamente con toda la familia, con los padres a solas, con la fratría, y con el paciente a nivel individual. En el caso de los adolescentes también se han realizado algunas sesiones con el grupo de pares.

En el caso de los pacientes emparejados, la convocatoria inicial ha sido conjunta con el cónyuge, realizándose en la segunda fase durante el proceso terapéutico algunas sesiones individuales solo con el paciente y, en alguna ocasión, entrevistas con la familia de origen de uno u otro cuando se ha considerado necesario.

En los pacientes adolescentes se ha trabajado mayoritariamente con la familia de origen en la etapa inicial del tratamiento, abriendo un espacio individual en una etapa posterior como reconocimiento de la autonomía de la hija.

La duración total del tratamiento ha sido de dos años aproximadamente, con seguimientos de control a los 3, 6, y 12 meses tras el alta y una valoración entre 2 y 4 años posteriores a la misma.

Durante el proceso terapéutico se han utilizado recursos diversos para promover la posibilidad de establecer contacto entre sesiones (llamadas telefónicas, correo electrónico) como forma de prevención de posibles *acting-out* por parte de los pacientes.

El mismo terapeuta en colaboración con el mismo equipo (coterapeuta) se ha hecho cargo de las diferentes sesiones, ya sean individuales como familiares.

En cuanto a la medicación, muchos de los pacientes estaban medicados al inicio del tratamiento. En dichos casos se ha establecido una coordinación con los responsables, lo que ha permitido su ajuste teniendo en cuenta la evolución del paciente a lo largo del proceso terapéutico. Cuando la derivación ha sido total, se ha integrado el tratamiento farmacológico en el mismo proceso psicoterapéutico contando con la presencia de un psiquiatra en el equipo.

MODELO DE INTERVENCIÓN PROPUESTO

El modelo psicoterapéutico que proponemos combina intervenciones de tipo individual con el paciente, basadas en la construcción de un vínculo estable y genuino con el terapeuta, con intervenciones de tipo familiar, o propias de la terapia de pareja, ya desde

el inicio del tratamiento trabajando posteriormente con los diferentes subsistemas en función de las necesidades.

Consideramos que trabajar a la vez con el sistema familiar, y no solo con el individuo, permite facilitar los cambios de una manera más directa, en el contexto natural de referencia. Las nuevas habilidades aprendidas por el paciente en las sesiones individuales salen fortalecidas, en tanto el terapeuta promueve nuevas respuestas más funcionales en la familia. A la vez, la intervención con la familia facilita cambiar la mirada sesgada hacia lo negativo que, en muchas ocasiones, impide el desarrollo de nuevas habilidades.

Se trataría, por tanto, de construir un contexto relacional favorable para que los incipientes cambios positivos conseguidos en las sesiones individuales con el terapeuta puedan reforzarse y, por tanto, consolidarse en el sistema familiar de referencia

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS DE TIPO INDIVIDUAL

Tuvieron como objetivo principal favorecer el aprendizaje por parte del paciente de nuevas modalidades de afrontamiento y resolución de las dificultades en base al establecimiento de una relación significativa con el terapeuta.

Consideramos que una fuerte alianza terapéutica es indispensable (Guindaron J. 2002), ya que es lo que va a permitir la construcción de una matriz diferente de interacción más funcional y estable. La mirada positiva del terapeuta facilita la emergencia de conductas positivas en el paciente, al establecer una vinculación afectiva estable no polarizada en términos de cercanía y distancia emocional, o supeditada a la conducta del paciente.

El objetivo terapéutico ha sido construir un contexto relacional favorable, que proporcionara seguridad y la esperanza de que el cambio era posible, que existía un camino apropiado para solventar las necesidades afectivas del paciente que, por otra parte, se legitimaron.

Entre los nuevos aprendizajes que se consideró indispensables promover, tuvo un papel relevante el manejo adecuado de los sentimientos de ira, ya que, en gran medida, una parte importante de la conducta sintomática tenía que ver con dicha dificultad. La excesiva reactividad emocional, así como la tendencia a la impulsividad, debieron ser asimismo reconducidas.

También pensamos, tal como sugiere Linehan (2003), que resulta determinante que la actitud del terapeuta contribuya a validar los sentimientos, que no deben cuestionarse aunque parezcan exagerados. La frase *“cuando se siente algo por algo será”* nos resultó útil como referente para favorecer una escucha atenta del paciente, de manera que le permitiera reconocer y expresar los sentimientos a través del lenguaje y no solo de la acción. Todo lo cual facilitó asimismo dotar de significado positivo al papel de las emociones en tanto que informan y alertan respecto a la conveniencia, o no, de mantener las acciones que las han determinado.

En ese sentido, consideramos que favorecer la conexión entre los sentimientos y los estímulos que los habían inducido era el paso indispensable para facilitar actuaciones más coherentes con sus necesidades e intereses. Cuando se conectan los sentimientos dolorosos, ira, tristeza, desesperanza, con las acciones propias y de los demás que están en su origen, se está en condiciones de actuar de una manera proactiva para modificarlos. Se trataba, por tanto, de canalizar la ira, no de reprimirla, transformándola por el contrario en acción positiva.

Hemos tenido especial empeño en que el paciente recuperara la congruencia entre lo que pensaba, sentía y hacía, con el convencimiento de que es lo que le iba a permitir tener el margen de maniobra necesario, (“*coger las riendas*”), para que en la interacción con los otros consiguiera una respuesta más coherente con sus necesidades.

Esa habilidad, que acostumbra a ser uno de los aprendizajes que forman parte de las psicoterapias individuales realizadas desde una perspectiva individual, es un ejercicio especialmente útil en este tipo de pacientes, ya que son especialistas en conseguir que el otro actúe justo al contrario de lo que desean. Y eso es así en tanto tienden a adecuar su conducta a las expectativas negativas que, fruto de experiencias anteriores, suelen generar con sus acciones. Por eso es tan importante que el terapeuta consiga transmitir confianza en los recursos y las características positivas de dichos pacientes, más allá de las acciones inadecuadas y de las conductas sintomáticas que estos presenten. El paciente ha de sentir que el terapeuta cree en él, no se queda en la apariencia, y por el contrario, rescata sus posibilidades de ser sensato y responsable.

El establecimiento de una relación auténtica y genuina con el paciente implica también el manejo adecuado de las emociones del terapeuta, y eso significa no solo el control de las emociones, sino su utilización como fórmula natural de expresar interés y preocupación.

Resulta indispensable que el terapeuta esté alerta y atento para reconocer qué es lo que siente, valorar cómo expresa lo que siente y cómo esa expresión va a afectar al paciente. Es esa posición fuera y dentro del sistema relacional lo que le va a permitir modular la respuesta del paciente y facilitar su adecuación. La utilización de sistemas de grabación audiovisual nos facilitó dicha tarea, al poder analizar posteriormente las secuencias de interacción entre paciente y terapeuta. También la posibilidad de contar con un equipo detrás del espejo o la colaboración del coterapeuta resultaron de gran ayuda para mantener la distancia emocional adecuada y, sobre todo, no sucumbir al desánimo que se puede generar fácilmente al inicio del tratamiento, cuando las conductas de riesgo y la gran inestabilidad del paciente complican su manejo.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS DE TIPO FAMILIAR

Las intervenciones terapéuticas individuales con este tipo de pacientes resultan indispensables para, a través de esa interacción privilegiada interpersonal, generar una matriz diferente que sirva de base para la construcción de nuevas modalidades de relación.

Sin embargo, si se entiende la personalidad, la identidad del individuo como un proceso en continua construcción en base a la interacción con el mundo exterior, sobre todo con los otros significativos, va a ser útil mantener el foco no solo circunscrito a la relación con el terapeuta, sino ampliado a las interacciones naturales que mantiene en el presente el paciente.

La relación con el terapeuta tendría como objetivo prioritario proporcionar la esperanza y el modelo de que es posible establecer relaciones interpersonales más funcionales, pero no se debe focalizar solamente en esa relación todos los intercambios significativos, en tanto no representa el contexto natural del paciente. La relación interpersonal con el terapeuta ya no se convertiría así en un fin, sino en un medio, lo que contrarresta a su vez el peligro de desvincular artificialmente al sujeto de su realidad concreta, como ocurriría si solo se intensificara la relación vicaria con el terapeuta.

El objetivo terapéutico prioritario radica en que el paciente pueda continuar cuanto antes su trayectoria personal sin el artificio que supone “la muleta” puntual que le ofrece la relación con el terapeuta.

Consideramos que se gana en tiempo y eficacia si se trabaja a la vez con la red social directa y no solamente simbólica del paciente, de ahí que el modelo de intervención que proponemos se articule en una combinación de sesiones individuales y familiares.

Las intervenciones de tipo familiar se iniciaron ya desde el principio, al formular la convocatoria inicial. En nuestro caso, nos fue útil tener en cuenta, para realizar las convocatorias, la etapa del ciclo vital en que se encontraba el paciente. Así, cuando se trataba de jóvenes adultos sin pareja estable y adolescentes se convocó a la primera sesión a la familia de origen como opción prioritaria, sin renunciar a trabajar a través de sesiones individuales el mundo propio del paciente. Mientras que consideramos más útil trabajar con la pareja si se hallaban emparejados de manera estable, sin descartar la posibilidad de realizar sesiones individuales con el paciente, o conjuntas con la propia familia de origen a lo largo del proceso terapéutico, si así se consideraba necesario.

En los casos de jóvenes adultos y adolescentes, se convocaron para la primera sesión, conjuntamente con el paciente, a los miembros significativos de la familia de origen, teniendo en cuenta las características idiosincrásicas de ésta, en general padres y hermanos, y abuelos u otros familiares cuando su colaboración podía ser decisiva. En dicha convocatoria inicial se hizo especial hincapié en que acudieran ambos progenitores aun cuando el paciente conviviera solo con uno de éstos.

Resulta indispensable negociar que asista no solo el progenitor que ha hecho la demanda, que es el que generalmente mantiene una mayor cercanía emocional con el paciente, sino también el que ocupa el polo de la distancia afectiva, aunque se hallen separados o no tenga ya ninguna esperanza y haya tirado la toalla. En ese sentido, desde el inicio se ha insistido en la necesidad de contar con la colaboración de ambos progenitores para poder hacernos cargo del caso. No obstante, hemos aceptado la posibilidad de una convocatoria por separado de cada progenitor con el hijo si realmente la separación como cónyuges había sido tan litigante que había propiciado actitudes de gran hostilidad entre ellos. Sin embargo, apelando a la consecución de los objetivos terapéuticos y a su necesaria colaboración para conseguirlos, se ha trabajado, desde el primer contacto, para poder contar conjuntamente con ellos, como padres, a lo largo del proceso terapéutico. Con ese tipo de pacientes pensamos que es útil establecer un contrato terapéutico explícito de manera conjunta con los padres, que permita contar con su colaboración ya desde las primeras sesiones. De hecho, nuestra experiencia nos indica que los resultados van a quedar condicionados por la posibilidad de reconstruir y reajustar la función parental.

En general, si la primera sesión es conjunta con la familia y el paciente, en la segunda resulta conveniente convocar solo al paciente para iniciar la construcción de una alianza sólida con éste. Es importante que el paciente, tal como antes señalábamos, sienta que el terapeuta se compromete a ayudarlo, y que las sesiones con los padres y el resto de la familia tienen sobre todo el significado de contribuir a conseguir una mejoría de la relación con éstos, indispensable para que su bienestar y la desaparición de los síntomas puedan progresivamente alcanzarse. Es el momento, asimismo, de construir un espacio de confianza con la definición explícita de que se respetará la confidencialidad del paciente en todos aquellos contenidos que no desee compartir con la familia, con la única excepción de los que pudieran suponer conductas de alto riesgo.

En la submuestra de pacientes emparejados, la convocatoria inicial y el referente más importante durante todo el tratamiento fue el cónyuge, pudiéndose considerar que su colaboración ha sido decisiva. Los casos en los que no se consiguió una adecuada

colaboración de los cónyuges coinciden con los que han tenido resultados más insuficientes.

El objetivo prioritario de las primeras sesiones, más allá de la recogida de información para poder formular un diagnóstico relacional, ha sido el de establecer una alianza sólida tanto con el paciente como con sus familiares.

En la primera sesión, formular la pregunta respecto a cómo surgió la idea de realizar la consulta, nos ha permitido conocer no solo si han sido derivados por otro profesional, y si es así, si se trata de una derivación parcial o total, sino sobre todo quién ha hecho la demanda y se ha movilizado para conseguirla, así como qué tipo de expectativas presentaba cada uno de los miembros respecto al posible tratamiento.

Cuando se ha tratado de una derivación parcial, nos ha parecido imprescindible contactar con el derivante para poderle transmitir nuestras impresiones sobre el caso y explicar los objetivos terapéuticos. Se trata de coordinar las diferentes intervenciones y, sobre todo, los mensajes que se les va a dar a la familia de manera que no se puedan producir contradicciones.

La definición del problema y de lo que más preocupa a la familia en ese momento se ha construido a través de la escucha atenta de las aportaciones de cada uno de ellos, así como propiciando que no solo se describan los síntomas, sino lo que estos generan y promueven. Favoreciendo que todos y, en especial, el paciente expresaran sus ideas al respecto y se sintieran respetados y tenidos en cuenta.

Nos ha resultado también provechoso preguntar por otros motivos de preocupación, ya que a menudo se han expresado a través de ese apartado necesidades o conflictos no bien resueltos más allá de los síntomas.

La primera sesión acostumbra a ser un buen momento, también, para conocer si se han realizado previamente otros tratamientos y, sobre todo, cómo habían sido valorados por los diferentes miembros de la familia. Se trata de entender cuál es la conceptualización que tienen la familia y el propio paciente del trastorno.

Hemos observado que a menudo la idea que ha calado en la familia es la de su irreversibilidad, lo que, junto a la sensación de impotencia que sienten tanto la familia como el paciente respecto al manejo de los síntomas, favorece que prevalezca una actitud escasamente proactiva.

Nos ha resultado también conveniente conocer aspectos personales de cada miembro de la familia, edad, estudios realizados y valoración de los mismos, sus experiencias laborales si las hubiere, así como las expectativas al respecto. Gustos y aficiones, contactos sociales y el estado de salud en general. En el caso del paciente ha sido también en este apartado el momento oportuno para completar la información inicial respecto a cuándo se iniciaron los síntomas y se realizaron las primeras consultas, así como cuál ha sido su evolución hasta la actualidad.

Consideramos que estas preguntas permiten, a su vez, establecer un espacio de escucha empática con cada uno de los miembros de la familia, lo que contribuye al establecimiento de una alianza terapéutica con cada uno de ellos. Es importante, además, recoger y subrayar todos aquellos factores positivos que supongan un recurso, en todos pero especialmente en el paciente.

Las siguientes sesiones conjuntas con la familia en esa fase inicial han sido dedicadas a conocer la historia familiar, tanto de la familia de origen de cada uno de los padres como de su propia historia de pareja. A diferencia de lo que solemos propugnar en otro tipo de trastornos (Linares J.L., Campo C. 2000), consideramos que es conveniente realizar esta sesión conjuntamente con el paciente. Este se situará al lado del terapeuta, como espectador privilegiado de una realidad que conecta con sus orígenes y con su historia personal a partir de su nacimiento. Escuchar la historia de la familia de origen

de los padres permite visualizarlos, a su vez, como hijos que forman parte de una cadena intergeneracional que se extiende también hasta el paciente.

La escucha empática del terapeuta permite al paciente empezar a tener una nueva perspectiva de sus padres y de sus dificultades para ejercer ellos mismos la parentalidad. Se propicia con ello una mirada comprensiva respecto a la familia, lo que permite facilitar la disminución de las tensiones que acostumbran a observarse en las primeras sesiones.

Es un proceso que promueve, además, la explicitación de las responsabilidades de los padres como adultos en relación con el hijo, a la vez que no se les culpabiliza en tanto sus decisiones pueden ser comprendidas como fruto del contexto en que fueron tomadas. En ese sentido han de quedar explícitas las consecuencias negativas que pudieron tener para el paciente, a la vez que quedan exonerados, mediante un ejercicio de externalización, de la culpa, al no ser aquellas fruto de la mala voluntad, sino de las circunstancias desfavorables en las que se hallaban en esos momentos inmersos.

Al final de esas primeras sesiones, cuando ya se ha construido el contexto terapéutico, es el momento para formular de manera explícita un contrato con los objetivos propuestos, así como con las condiciones para hacerse cargo del caso. Es también el momento adecuado para resolver todas las dudas respecto al diagnóstico y pronóstico, que ahora, con conocimiento de causa, se pueden contestar.

En la segunda fase del proceso terapéutico, el objetivo principal de las sesiones con la familia va a ser la construcción de un contexto relacional favorable que tenga en cuenta y responda a las necesidades básicas de tipo afectivo que presentan los pacientes. Estos han de poder sentirse queridos de manera incondicional, independientemente de lo que hagan. Reconocidos como individuos con necesidades propias y legítimas, a la vez que se les valora teniendo en cuenta sus cualidades y recursos.

Se trata de promover interacciones positivas que impidan que las expectativas negativas de estos pacientes se hagan realidad. Tienden a conseguir que el otro miembro de la relación acabe haciendo lo que más temen, es decir que el otro, al enfadarse, los rechace e incluso los abandone. Ese círculo vicioso del que son víctimas tanto el paciente como la familia ha de poderse reconvertir en un círculo virtuoso.

Una de las estrategias más útiles, a pesar de su aparente simplicidad, cuando se trabaja con los padres en alguna sesión a solas, pasa por generar una mirada dirigida hacia lo positivo que revierta el sesgo negativo que éstos suelen tener. Para ello, es necesario primero escucharles el tiempo necesario para que sientan que el terapeuta conoce a fondo todas las actuaciones negativas del paciente. Posteriormente es el momento de preguntarles por los aspectos positivos que también podrían destacar en los hijos. No es infrecuente que no sepan qué decir, por ello tiene sentido pedirles como prescripción que durante el tiempo entre sesiones, se fijen y estén atentos a recoger cualquier gesto positivo del hijo, aunque sea pequeño, y lo anoten en una libreta. El terapeuta ha de asegurar si es posible que tanto el padre como la madre se comprometan personalmente y por separado, y lo aporten como material de trabajo en la próxima sesión. Paralelamente, y en base a la interacción con el terapeuta, éste puede promover en las sesiones individuales con el paciente algún gesto positivo que pudiera encajar con esa nueva mirada de los padres.

Es interesante constatar cómo puede facilitarse con esas estrategias, u otras similares, que se empiece a generar una perspectiva diferente del hijo, que, cuando se consolida, propicia en éste una expectativa nueva y positiva, con todo lo que ello significa en cuanto al aumento de las interacciones positivas y, por tanto, de las conductas adecuadas del paciente.

Con todo ello se refuerza, además, que el paciente tome conciencia de que es en base a su conducta que los otros van a responder de una manera u otra. Es esa una nueva perspectiva que le va a ayudar a modular sus actitudes, introduciendo una actitud proactiva orientada al logro de sus objetivos.

Durante el proceso terapéutico, es necesario contemplar la posibilidad de recaídas o recrudescimientos puntuales de la sintomatología, tras un periodo de aparente desaparición o disminución de las conductas de mayor riesgo de estos pacientes.

Cuando se trabaja focalizando sobre todo la relación interpersonal con el terapeuta, dejando en un segundo plano las relaciones “reales” que sigue manteniendo el paciente, las recaídas que éste pueda presentar durante el proceso terapéutico suelen interpretarse, sobre todo, fruto de la transferencia.

En nuestra experiencia, si bien es necesario analizar qué aspectos de la relación con el terapeuta han podido facilitar las recaídas, es indispensable conocer y tener en cuenta las interacciones que se mantienen en el presente con los otros referentes significativos para poder dotarlas del significado relacional que poseen.

Como el objetivo terapéutico es la reparación y mejora de las relaciones significativas que el paciente está manteniendo es útil revisar qué cambios se están produciendo y, sobre todo, si éstos se adecuan a las expectativas del paciente.

Una de las dificultades en ese sentido tiene que ver con el tiempo necesario para que los cambios se produzcan y, sobre todo, se consoliden. El análisis de los casos que hemos realizado señala que muchas de las recaídas se produjeron precisamente por la dificultad para facilitar un ajuste en cuanto al tiempo necesario para ampliar y consolidar los pequeños cambios que se empezaban a obtener, y las excesivas expectativas que se pusieron en marcha. Es indispensable que el terapeuta facilite el mantenimiento de las esperanzas de mejora, pero ayudando a contextualizarlas de manera realista en base a las dificultades objetivas.

El trabajo terapéutico con los pacientes emparejados se ha realizado utilizando la metodología propia de la terapia de pareja con patología concomitante. Se trata de técnicas orientadas a la clarificación de las dificultades así como a la resolución de los conflictos. El objetivo terapéutico ha sido el de facilitar un mejor ajuste entre las necesidades individuales y de pareja así como una consolidación del vínculo en base a establecer límites más apropiados con respecto a las familias respectivas. Se ha tenido especial interés en neutralizar la utilización de la conducta sintomática como mecanismo disfuncional de resolución de conflictos, así como en facilitar el manejo adecuado de la ira. También ha sido un objetivo terapéutico conseguir, de manera paulatina, que los pacientes que tenían hijos volvieran a hacerse cargo de sus responsabilidades como padres.

Alternando con las sesiones de pareja se han realizado sesiones individuales en las que se han revisado las dificultades de relación con la familia de origen, con el objetivo de propiciar una mejoría en la relación. Convocando a la familia, padres o hermanos, para facilitar dicho proceso, en los casos en que ha sido posible. También se han realizado algunas sesiones con la familia de origen del cónyuge cuando las actitudes de éstos podían ser decisivas para el mantenimiento de los síntomas.

RESULTADOS OBTENIDOS

El presente estudio es de tipo descriptivo y los resultados se han analizado exclusivamente desde la perspectiva clínica.

La primera consideración a hacer es que en todos los casos se ha tratado de un proceso terapéutico laborioso y más largo del que estamos acostumbradas a realizar cuando abordamos otro tipo de trastornos. En ese sentido pensamos que cuando se trabaja con trastornos de la personalidad (Eje II del DSM IV), inevitablemente el proceso terapéutico requiere el tiempo necesario para que los nuevos aprendizajes se consoliden. Ya no se trata solo de facilitar la resolución de conflictos ni de neutralizar la emergencia de conductas sintomáticas como mecanismos disfuncionales para resolverlos.

Los trastornos de personalidad remiten a dificultades asociadas a déficits en el desarrollo de la personalidad, que deben ser paliados a través de las nuevas oportunidades que se generan en el proceso terapéutico.

Por otra parte, si bien el proceso terapéutico se ha alargado casi el doble de lo habitual con otro tipo de trastornos del Eje I, los resultados obtenidos pueden considerarse en general satisfactorios.

En todos los casos de la muestra de jóvenes adultos al finalizar el tratamiento habían remitido los síntomas y se habían alcanzado los objetivos propuestos en torno al aumento de la autonomía y el manejo adecuado de las relaciones interpersonales. En todos los casos menos en uno se pudo realizar un seguimiento telefónico, vía correo electrónico o a través de entrevistas de control realizadas como mínimo después de dos años. Los resultados del mismo confirmaron las impresiones obtenidas al finalizar el tratamiento: la mayoría de ellos estaban fuera del circuito asistencial y la mitad de casos estaban manteniendo relaciones de pareja estables y satisfactorias.

El análisis de los resultados obtenidos en la muestra de adultos emparejados presenta resultados satisfactorios en 6 de los 10 casos. El seguimiento de esos pacientes, que pudo realizarse como mínimo tras dos años de finalizar el tratamiento, confirmó su remisión sintomática, el alejamiento de la red asistencial y su buena adaptación social. En dos de dichos casos se produjo tras la finalización del tratamiento la separación del cónyuge y un nuevo emparejamiento valorado en esa ocasión como estable y satisfactorio. Es interesante constatar que en los casos en los que no se consiguieron los objetivos terapéuticos (Submuestra B) no se había logrado establecer una alianza terapéutica suficientemente consistente con el paciente, ni una colaboración positiva del cónyuge en el tratamiento. Asimismo coinciden tres de dichos casos con la imposibilidad de conectar con el progenitor con el que habían perdido todo contacto.

En todos los casos de la muestra de adolescentes hemos notado una mejoría rápida de la sintomatología cuando se ha logrado incluir al padre en la terapia. En uno de los casos la colaboración del padre se interrumpió, lo que propició una recaída de la hija. El único caso en que no ha sido posible implicar al padre en la terapia ha obtenido los peores resultados. En los cuatro casos de adolescentes en los que se había producido una separación entre los padres, la dificultad de la madre en rehacer su vida era un claro obstáculo a la autonomía de la hija. En todos ellos el trabajo terapéutico con la madre facilitó el proceso de individuación de la hija. Cuando ese proceso coincidió con la reparación de la relación con el padre se obtuvieron los mejores resultados. También en los casos en los que los progenitores no estaban separados pero distanciados entre sí, el acercamiento entre estos así como una mayor implicación del padre en la crianza de las hijas produjo una rápida mejoría.

CONCLUSIONES

En las familias que hemos visto se confirma la presencia, como señalan también otros autores, de una mezcla de dos patrones relacionales: la hiperinvolucración afectiva y la

negligencia. Esta característica de las relaciones parece generar una confusión en el hijo sobre el hecho y la manera de ser amado, confrontado a la percepción de ser querido solo si responde a ciertas expectativas de los padres. El amor hacia el hijo no es incondicional, en cuanto queda supeditado a las necesidades de los progenitores, y a las dinámicas de poder entre la pareja y respecto a otros miembros de la familia, cuando se incluyen elementos trigeracionales. Los mecanismos disfuncionales que producen dificultades en las áreas de la afectividad y de la socialización interfieren de diferentes maneras en el proceso de individuación del futuro paciente con TLP. Pero los aspectos relacionales no vienen reconocidos y los problemas se atribuyen a la personalidad del hijo. Por este motivo, pensamos que es necesario hacer un trabajo lento y minucioso para reconstruir la historia familiar, atribuir un significado relacional a hechos, conductas y sentimientos, y así poder reparar las relaciones. En nuestra experiencia la peculiaridad de la psicoterapia en este tipo de situaciones está en la simultánea e integrada intervención a nivel individual y familiar. Si alguien tiene que cambiar la mirada sobre sí mismo, es necesario a la vez que cambie la mirada del entorno más próximo. La clave del proceso terapéutico es conseguir la integración entre la mirada del otro y la visión sobre uno mismo, ya que el problema más importante en el funcionamiento de las personas con TLP es la dificultad de integrar el mundo interno y el mundo externo.

Como dice un personaje del drama de Pirandello Seis personajes en busca de autor: “*La conciencia, mis señores, son los demás dentro de nosotros*”.

Bibliografía

Allen D.M.(2001) Integrating individual and family systems psychotherapy to treat borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11 (3), 313-331.

Allen D., Abramson H., Whitson S., Morgan S., Veneracion-Yumel A., Kondam S., Goswami Y., Mason M. (2005) Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 340-352.

American Psychiatric Association (1994) DSM-IV, APA, Washington DC.

American Psychiatric Association (2001) Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorders. *Am. J. Psychiatry*, 158, 1-52.

Bandelow b., Krause J., Wedekind D., Broocks A., Hajak G., Rütther E., (2005) Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patient with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 134, 169-179.

Bowlby J. (1969) *Attachment and Loss*. Vol.I. Attachment. New York, Basic Books.

Battle C. L., Tracie Shea M., Johnson D.M., Yen S., Zlotnick C., Zanarini M.C., Sanislow C.A. , SkodolA.E., Gunderson J.G., Grilo C.M., Mc Grashan T. H., Morey L.C. (2004) Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.

Bellino S., Bozzatello P., Blandamura A., Bogetto F. (2009) Antidepressivi nel trattamento del disturbo borderline di personalità: revisione dei dati di letteratura. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15 (2), 163-176.

Cancrini L. (2007) *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona, Paidós.

Cheavens J.S., Zachary Rosenthal M., Daughters B.S., Nowak J., Kosson D., Lynch T.R., Lejuez C.W., (2005) An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: the role of thought suppression. *Behavior research and Therapy*, 43, 357-268.

Ciaro W., Giannini A, D'Ascenzo I., Nardini M., Tartaglia E., Becattini M., Manfreda G. (1993) Bisturbo borderline di personalità, situazione intermedia tra affermazione di autonomia e dipendenza. En Manfreda G., de Bernart R., D'Ascenzo J., Giannini A., Nardini M. (Ed.) *Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale*. Milano, Wichting Editore.

Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2000) *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano, Raffaello Cortina Editore.

Cotugno A., Benedetto A. M. (2000) *Il paziente borderline. Introduzione clinica alla "patologia marginale"*. Milano, Franco Angeli.

Fruzzetti A. E., Shenk, Hoffman P. D.(2005) Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007-1030.

Grinker R.R., Werble B., Drye R. (1968) *The borderline syndrome. A behavioral study of ego functions*. New York, Basic Books.

Gunderson J.G., Gabbard G.O. (2002) *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona, Ars Medica.

Hoffman P.D., Buteau E., Hooley J.M., Fruzzetti A. E., Bruce M.L. (2003) Family members' knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their levels of depression, burden, distress and expressed emotion. *Family Process*, 42 (4), 469-478.

Hoffman P., Fruzzetti A.E., Buteau E., Neiditch E.R., Penney D., Bruce M.L., Hellman F., Struening E. (2005) Family Connections: A program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44 (2), 217-225.

Hooley J.M., Hoffman P.D. (1999) Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.

- Horwitz A., Widom c., McLaughlin J, White H.R. (2001) The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 184-201.
- Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kasen S., Brown J, Brook J.S. (2002) Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Kernberg O. F. (1967) Borderline personality Organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.* , 15, 641-685.
- Kernberg (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, Paidós.
- Kernberg (1987) *Trastornos graves de la personalidad*. Méjico, Manual Moderno.
- Knitgh R.P. (1953) Borderline States, *Bull. Menn. Clin.*, 17, 1-12.
- Linares J.L., Campo C. (2000) *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde la perspectiva relacional*. Barcelona, Paidós Terapia Familiar.
- Linares J. L. (2002) *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona, Paidós Terapia Familiar.
- Linares J.L. (2006) Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En S. A. Roizblatt (Ed.), *Terapia Familiar y de pareja*, 166-168. Santiago de Chile, Mediterraneo.
- Linares J.L. (2006) Complex love as relational nurturing: An integrating ultramodern concept. *Family Process*, 45, 101-115.
- Linares J.L. (2007) La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 18, 381-399.
- Linehan M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad limite*. Barcelona. Paidós.
- Liotti G.(2001) *Le opere della coscienza*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Masterson J.F. (1972) *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.
- Millon T. (1998) *Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM-IV*. Barcelona, Masson.
- Oldam J.M. (2005) *Guideline Watch 2005. Practice Guideline for the tratement of patients with borderline personality disorder*. Arlington, VA, American Psychiatric Asociation.
- Silk K.R., Lee S., Hill E.M., Lohr N.E. (1995) Borderline disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.

Stern D.N. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Zanarini M.C., Williams A. A., Lewis R.E., Reich R.B., Vera S.C., Marino M.F. y otros (1997) Reported pathological childhood experience associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.

Watzlawick P., Beavin J., Jackson D. (1967) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, Herder.