



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE GRADO
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA
TUTOR: JORGE COHEN

***Trastorno límite de personalidad: una mirada integral.
Aportes desde el psicoanálisis, la sistémica y la
psicoeducación.***

LETICIA ETCHEVERRÍA

4.174.445-3

29 DE ABRIL ,2015

INDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Teoría de la personalidad de Sullivan	5
La personalidad y sus trastornos.....	6
Construcción histórica del diagnóstico de trastorno límite de personalidad.....	7
Criterios diagnósticos.....	10
Aspectos psicodinámicos.....	13
Intervención.....	18
Gunderson y la psicoeducación.....	20
Perspectiva sistémica.....	24
Estudios seleccionados.....	26
Conclusiones.....	29
Referencias bibliográficas.....	32

RESUMEN

Este trabajo procura tener una visión integral acerca del trastorno límite de personalidad.

Es por esto que hemos elegido trabajar este trastorno desde la perspectiva psicodinámica, sistémica y psicoeducativa.

Desde estos aportes proponemos un tipo de intervención que consideramos pertinente.

Haremos una breve introducción y nos ubicaremos en los planteos de Sullivan acerca de la teoría de la personalidad centrada en los procesos de comunicación con un componente preponderante de ansiedad (Valderrama, 2001). Complementaremos este planteo con una visión sistémica acerca de las familias disfuncionales con componentes de conyugalidad y parentalidad alterados (Linares, 2007).

Luego de esta visión general acerca de la personalidad y sus trastornos nos avocaremos al estudio del surgimiento en el ámbito científico haciendo un recorrido histórico. Haremos un examen minucioso de la presentación clínica de esta patología y los criterios diagnósticos del DSM IV TR (López-Ibor, 2002).

Traeremos aportes de Kernberg (1993). Estudiaremos su propuesta de organización de personalidad y las relaciones objetales que derivan en este trastorno así como los mecanismos de defensa, formación de identificaciones inadecuadas y labilidad yoica.

Mencionaremos muy brevemente los aportes de Fonagy con su teoría de la mentalización y de Mahler (Ameglio, 2012).

Luego contaremos con los aportes de Gunderson (2002) y la psicoeducación.

Para finalizar damos una perspectiva general de la Terapia Familiar Sistémica dándole relevancia a los postulados que nos interesa. Destacaremos principalmente los aportes de Watzlawick (1994) con respecto a la comunicación, y la postura de la Escuela de Palo Alto, sin dejar de lado aportes del Grupo de Milán y de la Escuela Estructuralista..

Consideraremos los aportes de otros autores como ser Vidal (2001) y Millon (2006).

Para finalizar traeremos dos estudios realizados en España.

Le daremos un cierre al trabajo pensando en una intervención adecuada.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de personalidad es una de las patologías de la clínica actual con más notoriedad. Por la complejidad del diagnóstico muchas veces está erróneamente determinado y suele confundirse con trastornos del estado de ánimo.

Es por esto que este trabajo se empeña en estudiar a fondo esta patología y la dinámica familiar de la cual emerge. Nos ocupa correr los límites del diagnóstico individual hacia uno relacional sin dejar de lado los aportes dinámicos del psicoanálisis.

Muchas veces el sistema familiar no funciona adecuadamente, las relaciones patológicas pueden actuar como soporte dando lugar a este tipo de trastorno.

¿Es el paciente un emergente de un sistema familiar disfuncional?

Los individuos con este trastorno son parte de familias con carácter impulsivo en donde se dan conflictos y lucha de poderes, prima la ausencia de límites claros entre los integrantes y entre cada subsistema (Becker & Montes, 2004).

Consideramos, por tanto, que el encare con terapia sistémica y apoyo psicoeducativo es la mejor opción tanto para el paciente como para su alrededor.

Es imprescindible entender al paciente y ayudarlo a convivir con el diagnóstico de una forma más adecuada tratando de que la patología merme lo más posible y pueda desarrollar la mayor cantidad de actividades que desee de la mejor manera.

Sin olvidar el sufrimiento familiar que provoca el trastorno límite, una adecuada información, contención, acompañamiento y herramientas que faciliten la convivencia serán el mejor recurso. Mejorar la comunicación está en la base de este abordaje, interviniendo en esta trama y modificando maneras inadecuadas para promover una forma de relacionamiento más sana del paciente y su familia, desarrollando nuevas formas de intercambio. En un nuevo contexto emergerán nuevas formas de comunicación. Una familia más saludable dará lugar a una persona más saludable. Con conocimiento del trastorno tanto la familia como el paciente podrán manejar mejor la situación y aliviar la carga que conlleva este diagnóstico sin olvidar que mejorará la calidad de vida de todos y habilitará la creación de nuevas formas de relacionamiento.

Es por esto que aunque el presente trabajo propone como intervención adecuada la de enfoque sistémico familiar considerando importante la mirada psicodinámica del individuo con esta patología.

TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE SULLIVAN

En este trabajo tomaremos la teoría de la personalidad desarrollada por Sullivan ya que creemos la más pertinente a este abordaje (Valderrama, 2001).

En la década de 1920 Sullivan comenzó a gestar su teoría de la personalidad que ha quedado inconclusa debido a su muerte prematura.

Es una teoría interpersonal con rasgos neofreudianos y su componente central es la ansiedad.

Su estudio se centra en los procesos de comunicación. Plantea que el individuo, en estos procesos, hace público lo que era personal.

Hay dos pilares que el hombre busca en sus relaciones interpersonales. Uno es la satisfacción y otro la seguridad. Ambas se basan en la empatía.

La satisfacción es biológica y su origen es la supervivencia. Cuanto más privada es la satisfacción se desarrolla más tendencia a la búsqueda.

La seguridad tiene una base psicológica y se establece por buenas relaciones y la búsqueda de un estatus ante un otro significativo. Aquí se incluyen las necesidades básicas (ternura, seguridad, intimidad y amistad).

La búsqueda de seguridad está basada en el condicionamiento cultural y en donde la primera infancia cumple un rol preponderante. Es por tanto interpersonal y su tensión es la ansiedad.

La ansiedad es el temor a la desaprobación de un otro significativo y puede tener un origen real o fantaseado, puede ser de origen inconsciente y deriva de las primeras experiencias.

Al ser el individuo un ser social y estar inmerso en una cultura debe equilibrar el interjuego entre satisfacción y seguridad ya que se ubica dentro de determinadas pautas sociales. Buscará el máximo de satisfacción posible reduciendo al mínimo la inseguridad.

La ansiedad es el motor que mueve al individuo, puede ser generadora como destructiva y conforma el dinamismo del yo. Tiene muchos aspectos inconscientes y se forma por las experiencias en las relaciones interpersonales de aprobación y desaprobación. Es la manera en que el individuo baja las tensiones tanto en la búsqueda de satisfacción como de seguridad. Ergo, el yo es el que trabaja en la regulación de nuestro bienestar. La ansiedad se genera cuando el dinamismo del yo es perturbado (Valderrama, 2001).

LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS

La personalidad es un concepto comunicacional.

El elemento más importante de la vivencia relacional es la experiencia subjetiva de ser amado. Este proceso nutricional se conforma de componentes cognitivos, pragmáticos y emocionales. La desconfirmación y descalificación pueden dar fallas en este proceso (Linares, 2007).

Para construir su personalidad, el niño debe ser reconocido como un individuo con sus propias necesidades. Debe darse una socialización protectora y normativa. Así, el niño podrá construir una narrativa que lo dote de sentido y de esta manera conformar su identidad.

La identidad familiar, mientras tanto, se fundamenta en la mitología y la organización en base a un territorio de negociación narrativa. Como resultado de la mitología se dan los mitos familiares en donde coexiste el clima emocional, los valores, las creencias y los rituales.

En lo que respecta a la organización se da un desarrollo evolutivo de las estructuras familiares que decanta en jerarquías, cohesión y adaptabilidad (Linares, 2007).

La mitología y la organización dan el marco relacional para la construcción y desarrollo de la personalidad.

Las familias disfuncionales son las que darán origen a trastornos y es donde la conyugalidad y parentalidad son inadecuadas (Linares, 2007).

La primera se basa en un intercambio de dar y recibir con componente igualitario, mientras que la segunda es complementaria, no igualitaria.

Las familias disfuncionales se clasifican en trianguladoras, deprivadoras y caotizadoras.

En las trianguladoras la conyugalidad es disarmónica mientras que la parentalidad está primariamente conservada. Hay una implicación de los hijos en la resolución de los problemas de los padres (Linares, 2007).

En las familias deprivadoras hay carencias en la nutrición relacional de los hijos. Las necesidades nutricias de los padres priman sobre la de los descendientes. Se ve a los hijos como molestos.

Puede predominar la exigencia y poca valoración. Esto puede derivar en una depresión mayor.

Se destaca el rechazo y la pseudohiperprotección que apunta a la fastidiosa presencia del hijo.

Esto genera un suelo fértil para la incapacidad de vínculos estables que desencadenarán en un trastorno límite de personalidad.

En las familias caotizadoras coexisten los dos tipos antes mencionados. Son familias con graves carencias nutricias y severos defectos de socialización, aunque con carencias tan evidentes, a veces pueden generar recursos compensatorios (Linares, 2007).

CONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

El trastorno límite de la personalidad comenzó a observarse en 1938 por Stern que trataba pacientes que no podía incluir en la clasificación de aquel momento que se caracterizaba por una división entre psicosis y neurosis (Serrani, 2011).

En 1949 Hoch y Polatin llaman a estos pacientes pseudo neurosis esquizofrénicas (Ameglio, 2012).

Schmideberg en la década del 50 propuso como principal característica la incapacidad para tolerar la rutina y una introspección pobre (Mosquera, 1993).

En 1954 aproximadamente se comenzó a reconocer esta patología gracias a los trabajos de Knight en los que se consideró a estos pacientes como límites entre la psicosis y la neurosis y su principal problema era un yo débil (Mosquera, 2009).

Había desacuerdos importantes con respecto a este diagnóstico ya que eran pacientes muy particulares.

Esta patología ya se manifestaba anteriormente. El Caso tratado por Freud como El hombre de los lobos se podía diagnosticar como trastorno límite.

En la década del 60 es que se da el auge de estudios con respecto a los pacientes límite. Se destaca aquí a Kernberg con su postulado de organización límite de personalidad como una de las tres formas existentes. En su planteo integra las relaciones objetales con los instintos y la psicología del yo, y proporciona un sistema de clasificación. En esta etapa es considerada una organización intrapsíquica. Esta postura la desarrollaremos más adelante (Kernberg, 1993).

Otra importante contribución fue la de Grinker que proporcionó los primeros criterios con base empírica y se refería a la ira como elemento central de esta patología, también encontró como otros indicadores la soledad depresiva, problemas en las relaciones afectivas y deficiencias en la construcción de la identidad (Mosquera, 2009).

En 1969 Gunderson comienza un estudio que luego se publica en 1975. En 1981 desarrolla un tipo de entrevista estructurada para hacer más fiable el diagnóstico borderline como lo llamó.

En 1971 Ey denomina a este tipo de pacientes como formas menores de esquizofrenia y esquizofrenia simple e incipiens.

Luego Spitzer toma aportes de Gunderson junto con los de Kernberg los que incorporó al DSM III en 1980. Así pasó de ser una organización a ser un síndrome que incluía factores genéticos, de desarrollo, comorbilidad y tratamiento.

Millon en 1987 comienza a desarrollar una teoría sociocultural como causantes del trastorno límite.

Recién en 1992 fue incorporado por la OMS en el CIE-10. A partir de estos años pasó a ser un trastorno que incluye antecedentes familiares, fenomenología, curso y respuesta al tratamiento (Gunderson, 2002).

En la actualidad los trastornos de personalidad se ubican en el eje II del DSM IV TR (López, Igor, 2002).

El Trastorno Límite se encuentra en el grupo b de los trastornos de personalidad presentados en dicho manual. Lo caracteriza un patrón general de inestabilidad en cuanto a la autoimagen, los afectos y las relaciones interpersonales además de contar con un factor preponderante de impulsividad.

Este trastorno comienza al principio de la edad adulta.

Son personas muy sensibles al ambiente y a las circunstancias y sufren desmedidamente a causa de un posible abandono real o imaginario. Tienen miedo a estar solos y tener que asumir una mayor responsabilidad con respecto a ellos mismos y a la vida. Por lo tanto realizan esfuerzos fuera de lo normal para evitar esta situación como ser la automutilación o actos suicidas (López-Ibor, 2002).

La automutilación puede aparecer en momentos de disociación para reafirmar su capacidad de sentir. Estos actos pueden generar la reacción opuesta a la que se busca y conseguir que las personas se alejen de ellos.

El tipo de relación que entablan es intensa e inestable y pueden pasar de un momento a otro de catalogar a alguien como excelente y amarlo, a odiarlo y despreciarlo.

La inestabilidad también se adjudica a la gran fluctuación de sus estados de ánimo. Pueden tener un tipo de ánimo básico disfórico que suelen alternarse con períodos de ira, desesperación o angustia. Muy raramente puede aparecer una sensación de bienestar que prontamente desaparece. Tienen arranques de ira con explosiones verbales, sarcasmo exacerbado y amargura. Esto es seguido de culpabilidad (López-Ibor, 2002).

Son muy sensibles al estrés interpersonal. Se aburren fácilmente y siempre buscan algo que hacer. En situaciones extremas pueden aparecer síntomas disociativos e ideación paranoide. Cuando se dan a causa del alejamiento de la persona que los acompañaba, los síntomas suelen remitir al regreso de ésta. Son pacientes que sufren de sentimiento crónico de vacío.

En cuanto a la autoimagen se pueden dar cambios bruscos tanto en valores, opiniones, así como en objetivos de vida. Es habitual que se perciban ellos mismos como perversos o desgraciados, pero también pueden tener el sentimiento de inexistencia. Esto aparece cuando no encuentran relaciones significativas que los sostengan.

Con respecto a la impulsividad tienen disposición al abuso de sustancias, de comida, conducir de manera peligrosa y tener prácticas sexuales inseguras (López-Ibor, 2002)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Tabla 1.2: Criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para el trastorno límite de personalidad

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos por evitar un abandono real o imaginado. **Nota:** no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre idealización y devaluación
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (por ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). **Nota:** No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej. episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej. muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

(López-Ibor, 2002, p.794).

Oldham y Morris en 1995 definen la vida de la personalidad límite como una montaña rusa en donde los altibajos están a la orden del día. La problemática en los vínculos es el aspecto central. Tienen aspectos histriónicos en su personalidad por lo que buscan relaciones bastante simbióticas y apasionadas, y cuando no logran sus objetivos los invade el resentimiento y la ira (Millon, 2006). Millon (2006) propone variantes de la personalidad límite.

Encontramos el límite desanimado que tiene características del dependiente y evitativo. Se vinculan de forma sumisa, masoquista y parásita.

Al vincularse con una sola persona se sienten amenazados y por tanto constantemente desestabilizados. Tienden a anular su identidad al fusionarse con el otro.

La vida les resulta muy difícil y las responsabilidades son una gran carga.

Llegan a estados de depresión grave y dependencia infantil.

A veces depositan en el otro la responsabilidad de que ellos tengan características de sumisión y dependencia por lo que ante la distancia sienten que son traicionados y se llenan de ira. Así pueden pasar del amor al odio y de automutilaciones hasta el suicidio.

El límite impulsivo tiene características del patrón histriónico y del antisocial.

Son hiperactivos y distraídos. Tienen animación frenética, buscan desesperadamente el contacto social y sufren de una excitación irracional y superficial.

Linehan propone que seguramente esta variante del límite sean personas que hayan crecido en una familia caótica. En su niñez necesitaban sobrepasar el caos circundante por lo que debían contrastar (Millon, 2006).

Pueden haber tenido modelos parentales exhibicionistas y aprendieron la necesidad de comentarios para su autoestima.

Son muy dependientes a lo externo por lo que no cuentan con estrategias internas para sobrellevar períodos de estrés. Necesitan la atención de los demás.

Su ánimo fluctúa entre la depresión y desesperanza con euforia simulada para solapar su estado.

También está el límite petulante que tiene características negativistas. Son impredecibles, irritables, inquietos, desafiantes, quejosos, pesimistas y envidiosos. Recalcan sus decepciones y nunca se sienten seguros en las relaciones interpersonales.

Esto los mantiene amargados, agitados, deprimidos y con sentimientos de culpa que pueden llegar a ser delirantes. En otras ocasiones pueden llegar a un negativismo tal que alcanzan niveles maníacos realizando reclamos excesivos.

Pueden generar trastornos somáticos que requieren la atención de los demás. Para este tipo de límite los afectos siempre refieren a conflictos.

Por último encontramos el límite destructivo. Esta característica se presenta en todos los pacientes límite, pero en este subtipo se refiere a un modelo masoquista. Se encierran en sí mismos y dirigen su ira hacia sí.

Pueden dar una apariencia de sociabilidad y conformidad que esconde su dependencia a las expectativas ajenas. Para contrastar con esto se sacrifican y controlan por lo que el no reconocimiento o trato que consideren injusto lo viven con gran desilusión.

Este subtipo se vincula en situaciones de alta vulnerabilidad que permiten sostener su patología (Millon, 2006).

Los pacientes con trastorno límite se caracterizan por emociones cambiantes e intenso malhumor. Con frecuencia se sienten deprimidos.

Los caracteriza la impulsividad, irritabilidad, hipersensibilidad a la estimulación, labilidad, reactividad e intensidad emocional.

Se plantea que la familia de estos pacientes desarrolla relaciones muy intensas y caóticas por lo que no han podido generar pautas de regulación emocional.

Las personalidades límite suelen tener un temperamento ciclotímico que fluctúan entre estados maníacos y depresivos de forma arbitraria (Millon, 2006).

ASPECTOS PSICODINÁMICOS

En cuanto a las posturas psicodinámicas con respecto a este trastorno nos enfocaremos en los planteamientos de Kernberg.

Este autor enfatiza en un exceso de agresión oral constitucional en el niño y que es el causante de las fallas vinculares con la madre. La agresión pregenital y constitucional tiende a ser proyectada a la madre y luego al padre conformando imagos parentales con aspectos persecutorios que tiñen el vínculo. Luego serán reintroyectados y así dan paso a la desvalorización, autoagresión y tendencias suicidas (Ameglio, 2012).

Kernberg destaca como problema principal en este tipo de pacientes la incapacidad de sintetizar las identificaciones y proyecciones tanto buenas como malas. Consecuentemente se da una invasión crónica de estados afectivos primitivos.

Por esto, lo que podría ser un sentimiento depresivo ante reacciones adversas se traduce en rabia impotente y derrota.

Destaca como aspectos descriptivos de este trastorno la ansiedad flotante y crónica, neurosis polisintomáticas (impulsivas, adicciones), estructuras prepsicóticas, tendencias sexuales perverso polimorfas, y desórdenes caracterológicos de nivel superior.

Los cuatro aspectos fundamentales en los que pone énfasis son las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica (falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y falta de desarrollo de canales sublimatorios), desplazamiento hacia el pensamiento de proceso primario, operaciones defensivas específicas (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia, desvalorización) y relaciones de objeto patológicas internalizadas (Ameglio, 2012).

Ubica tres grandes grupos de origen multifactorial que encuentra como causantes del trastorno.

Un tipo de ambiente hogareño traumático y caótico con separaciones tempranas y prolongadas, abandonos, insensibilidad a sentimientos y necesidades del niño, discordia emocional y traumas.

También temperamento vulnerable de base biológica. Eventos que pueden disparar la enfermedad como ser violaciones u otro tipo de agresión, o acontecimientos comunes como ser mudanzas, formación de parejas, etc. (Ameglio, 2012).

Como mencionamos anteriormente, los mecanismos defensivos predominantes son:

Escisión: Kernberg (1993) se refiere a este mecanismo como el proceso activo que mantiene la separación entre las identificaciones y las introyecciones opuestas. Este mecanismo divide a los

objetos en buenos y malos lo que deriva en la oscilación abrupta acerca de conceptos y sentimientos.

La escisión es la causa de la labilidad yoica. Se manifiesta en la expresión alternada de facetas complementarias de un conflicto y en la falta de control de impulsos (Kernberg, 1993)

Identificación proyectiva: En este mecanismo se externalizan y proyectan en un objeto externo las imágenes del sí mismo agresivo y totalmente malo. Así aparecen objetos vengativos y peligrosos de los que el sujeto debe defenderse. Como respuesta a este temor, necesita controlarlos y atacarlos antes de que pase lo contrario.

Debido a la labilidad yoica de este tipo de pacientes, la intensidad con que proyecta la agresión y la identificación que sienten con el objeto desencadena que en la proyección los límites yoicos se desdibujen (Kernberg, 1993).

Negación: Los pacientes con personalidad límite utilizan este mecanismo en su forma más primitiva reforzando la escisión. Se dan cuenta que sus percepciones actuales con respecto a una persona o a ellos mismos son opuestas a las que tuvieron en otro momento, pero esto no genera repercusión emocional.

También pueden manifestar desestimación de una experiencia tanto interna como externa que puede modificarse bajo presión pero que no logra integrarse al resto de su experiencia emocional. El paciente niega que ha pasado por ciertas emociones y a su vez las repercusiones que estas han generado (Kernberg, 1993).

Idealización primitiva: Es la expresión de una fantasía primitiva que se utiliza como protección y en la que no media el afecto sino la necesidad. Mediante este mecanismo se ve a los objetos externos como totalmente buenos y poderosos, lo que permite que forme parte de una protección para el sujeto de los objetos malos externos o proyecciones (Kernberg, 1993).

Omnipotencia y desvalorización: Están asociados a la escisión y son manifestaciones de la introyección e identificación proyectiva.

En este mecanismo se alternan estados de necesidad de entablar una relación que espeje su dependencia y la exigencia a un objeto mágico idealizado que a su vez se refleja en un sentimiento interno de omnipotencia mágica. La dependencia está basada en la identificación proyectiva.

La persona que encarna este objeto idealizado, es tratada a su vez de forma despiadada y posesiva ya que subyace la omnipotencia mágica propia del paciente. Por tanto genera la desvalorización del otro.

Cuando el objeto externo no cubre las fantasías del paciente es abandonado y desvalorizado. Esto repercute en las relaciones objetales internas y en la formación e integración del superyo.

Los excesos de agresión y deficiencias en funciones yoicas primarias no permiten la adecuada síntesis entre las identificaciones y las introyecciones buenas y malas.

Esto trae como consecuencia la crónica irrupción de estados afectivos primitivos que derivan en no poder experimentar culpa o preocupación ya que los objetos no están integrados como totales (buenos y malos). Por tanto no hay reconocimiento de amor y agresión hacia un mismo objeto. Esto interfiere en la conformación de un superyo integrado. Los precursores primitivos sádicos son proyectados a objetos externos y los idealizados generan sentimiento de grandeza y perfección. No se crea un superyo con las funciones esperadas. No se dan las presiones moderadoras adecuadas hacia el yo ni hay una adecuada internalización de las demandas de las figuras parentales.

Los pacientes de personalidad límite no pueden generar empatía ya que no pueden ver de manera realista al otro y más aún si tiene un compromiso emocional.

Por esto entablan vínculos superficiales a modo defensivo. Al vincularse emocionalmente proyectan, idealizan, se fusionan y tienen la necesidad de someterse. También se generan demandas orales agresivas que tienen que ver con las figuras parentales primarias en donde se manifiestan demandas irrisorias y manipulación sin consideración ninguna. Así controlan el entorno y no aparecen temores paranoides. Si esto no lo consiguen se retraen como forma de protección (Kernberg, 1993).

Experimentan sentimientos de inseguridad, inferioridad e incertidumbre, reflejo de sus tipos de vínculos en general (aunque no siempre es así). Esto también es usado como forma defensiva y solapamiento de sus sentimientos de omnipotencia. Ocultan rasgos narcisistas primarios en protección de sus imágenes totalmente malas de si y de los objetos externos.

A estos pacientes se les adjudica la cualidad del “como sí”. Aún teniendo identificaciones e introyecciones contradictorias y disociadas reaccionan a identificaciones parciales para su aparente adaptación a la realidad. Su adaptación requiere de mimetismo, fingen ser lo que en realidad serían en otros momentos de un modo más primitivo, consecuencia de su labilidad yoica. Hay una falta de diferenciación de los límites yoicos en las relaciones profundas (Kernberg, 1993)

Es frecuente que en estos pacientes se encuentre gran frustración y agresión en los primeros años de vida. Sobre todo una agresión oral importante que se proyecta y provoca distorsión paranoide principalmente en la figura parental de la madre que luego será extendida a la del padre mediante un proceso de contaminación por la fusión de ambos progenitores. Al conformarse esta indiscriminación, se verá en un futuro a ambos sexos como la imagen peligrosa proyectada de ambos padres. Desencadena una visión peligrosa y agresiva de las relaciones sexuales.

A partir de esto, el infante intenta como defensa desarrollar prematuramente las tendencias genitales que se verán contaminadas por la agresión oral. Esto deriva en lo que Kernberg (1993) denomina tendencias sexuales perverso polimorfas.

En teorías desarrolladas posteriormente encontramos a Fonagy y su teoría de la mentalización que se basa en las relaciones de espejamiento del niño con sus padres mediante un apego seguro que permiten la simbolización y dan paso al reconocimiento de pensamientos y sentimientos en el otro. El paciente límite tiene gran dificultad para mentalizar el afecto ya que lo anterior ha fallado. Aparece la impulsividad y el pasaje al acto ya que no hay estado intermedio de simbolización (Ameglio, 2012).

De acuerdo a Mahler estos pacientes atravesaron exitosamente la fase simbiótica, por tanto el self y los objetos se distinguen (punto que lo separa de la psicosis) pero han quedado fijados en la etapa de separación individuación, específicamente en la sub fase de reaceramiento.

Se genera una angustia de pérdida de objeto, hay un temor de separación en los vínculos de estos pacientes (Ameglio, 2012)

Gunderson (2002) considera que los aportes de Kernberg son de suma importancia pero muy amplios ya que considera a esta patología como una organización de la personalidad junto a la neurosis y la psicosis. Esto incide en el amplio y a veces mal uso del diagnóstico.

Gunderson (2002) define al trastorno límite de personalidad como una patología psiquiátrica. Considera que estos pacientes crecieron con la sensación de ser tratadas de manera injusta, de no recibir los cuidados necesarios ni la atención adecuada. Es por esto que están enojadas y en la adultez buscan una persona que les de los cuidados que no han recibido en su niñez.

Cuando creen encontrarla la idealizan y entablan una relación exclusiva e intensa.

Al considerarse defraudados ya que sus expectativas no eran realistas, reviven su sentimiento de abandono y rabia volviéndose autodestructivas.

Muchas veces generan culpa en el otro y necesidad de reparar lo que en realidad no tienen obligación. Esto se enlaza con lo que planteábamos anteriormente de hacer que el otro actúe como ellos precisan. A su vez este comportamiento retroalimenta la idealización y expectativa poco realista del paciente con respecto a los demás (Gunderson, 2002).

Muchas veces las conductas autolesivas son una experiencia de alivio a situaciones intolerantes, como forma de sentirse vivos o de sacar afuera el malestar interno.

Las tendencias suicidas pueden comenzar como un llamado de atención en donde esperan que el otro venga a salvarlos y muchas veces no son calculadas de manera acertada las posibilidades reales por lo que el hecho se consuma.

Estos pacientes buscan entablar relaciones con personas que puedan propiciar tranquilidad.

Modell en 1963 afirma que la falla del límite está en no poder afrontar la separación con sus cuidadores, o lo que Winnicott en 1965 llama relación transicional. Masterson en 1972 por su lado opina que este miedo a la soledad se funda en experiencias traumáticas de la infancia. Mientras que Adler y Buie en 1979 conciben que se da una incapacidad para invocar el objeto ausente (Gunderson, 2002).

Desde la formulación del DIB (Diagnostic Interview for Borderline Patients) en 1981, la entrevista estructurada realizada por Gunderson y que fue tomada por el DSM III, se han realizado muchos estudios acerca de este trastorno. Se ha concluido hasta el momento que tiene baja heradabilidad y que incide un ambiente familiar conflictivo e impredecible. Tienen una evolución diferente a la de los trastornos psicóticos o depresivos, pocos de estos pacientes derivan hacia un estado afectivo o psicótico (Gunderson, 2002).

INTERVENCIÓN

Son escasos los estudios aplicados en estos tipos de pacientes.

Los abordajes cognitivos conductuales son los más avalados. Encontramos entre ellos a la Terapia cognitiva de Beck, los Esquemas de Young, la Terapia Dialéctico conductual de Linehan y la Icónica de S. Santiago (García, Martín y Otín, 2010).

Otro tipo de abordaje estudiado es el psicodinámico focalizado en la transeferencia basada en los aportes de Kernberg (Perez, 2011) y la mentalización de Fonagy (Villalba, 2011).

En Europa uno de los tratamientos más aplicados a los pacientes con trastorno límite de personalidad es el STEPPS. Está fundamentado en la terapia cognitivo conductual y se basa en el desarrollo de habilidades de comunicación, manejo de emociones y conductas (García, Martín y Otín, 2010).

Desde las primeras intervenciones, los psicoanalistas han observado dificultades en el tratamiento debido a las regresiones que sufrían en un contexto estructurado.

En la década del setenta se hicieron varias publicaciones en esta línea acerca de trabajos fundamentalmente en hospitales pero aunque al principio se vieron de buen modo, con el correr del tiempo empezaron a considerarse inadecuados.

En los ochenta da un giro tendiente a la psiquiatría y se pasa de un abordaje psicoanalítico a uno biológico y de uno clínico a uno empírico.

En los noventa se comienza a dar crédito a las intervenciones socioterapéuticas (hospitalización parcial, terapia cognitivo-conductual, familiar y de grupo).

También encontramos publicaciones acerca de intervenciones psicoeducativas.

Estudios de la década de los ochenta proporcionaron datos interesantes acerca de la psicoeducación (aunque realizado en pacientes esquizofrénicos).

En el 2007 encontramos intervenciones de este estilo realizadas por Hoffman y Fruzzetti aplicadas a familias de pacientes con este trastorno (García, Martín y Otín, 2010).

En cuanto a las terapias familiares, que es el abordaje que nos convoca en este trabajo, ya desde los años setenta comenzaron a implementarse.

Estas intervenciones fueron en sus comienzos de base psicodinámica tradicional por lo que terminaron rápidamente y de manera inadecuada.

En 1992 Saito publica un caso clínico de abordaje familiar sistémico de un paciente de quince años con diagnóstico de trastorno límite de personalidad. Este estudio no fue muy avalado ya que se considera que estos tipos de trastornos se diagnostican con más edad (Quiroga y Errasti, 2001).

En la actualidad el abordaje de estos pacientes es combinado y entre otras intervenciones se articula una de corte psicoeducativa junto a la sistémica (Gunderson, 2002).

En tanto, la psicoeducación busca el restablecimiento (o fundación) de una relación sana paciente- familia, con mejora en la comunicación familiar, establecimiento de límites y de relaciones con redes sociales extensas.

GUNDERSON Y LA PSICOEDUCACIÓN

Gunderson (2002) realiza un trabajo minucioso acerca de la psicoeducación. Propone que las intervenciones psicoeducativas estructuradas permiten que las familias con un paciente límite se involucren en el tratamiento y desarrollen habilidades que mejoren la comunicación y reduzcan la hostilidad.

Se comenzarán las intervenciones de forma separada, por un lado con el paciente y por otro con la familia.

Tienen como objetivo primero que se aprenda acerca de la enfermedad y de lo que está sucediendo. Se busca reducir el estrés que se está viviendo ante la situación.

Las primeras etapas de la intervención son destinadas a calmar las ansiedades y establecer una alianza de trabajo (primera visita y construcción de alianza).

Luego, en una intervención más a largo plazo se trabajará sobre la comunicación y formas de relacionamiento familiar.

Es de suma importancia la implicación en la terapia para que pueda promover cambios positivos y duraderos, y sobre todo que no sea abandonada prematuramente.

Es recomendable que se de en la primera hospitalización ya que la familia siente una necesidad más urgente de ayuda. Cuando ya se han dado varias hospitalizaciones es más difícil conseguir una alianza y compromiso adecuado.

En las reuniones iniciales se deben identificar a las personas significativas para el paciente.

El terapeuta debe comunicarse de manera clara y con un lenguaje acorde al nivel sociocultural de la familia.

Se debe transmitir que el paciente tiene una enfermedad y que se entiende por lo están viviendo.

En este primer acercamiento corresponde indagar los problemas que causa el paciente. Por lo general tienen que ver con dificultades en la comunicación, miedo al suicidio y reacciones hostiles.

Es importante informar que estos pacientes pueden superar lentamente sus limitaciones.

No se recomienda comenzar el tratamiento en conjunto con la familia y el paciente, sino por separado hasta establecer una buena alianza que permita soportar los conflictos que puedan desencadenarse. Esto puede requerir de varios encuentros.

Es indispensable trabajar lo referente a la culpa y actitudes defensivas como la resistencia al diagnóstico.

Muchas veces se adjudican las conductas del paciente a otras causas como ser el estado evolutivo o el consumo de sustancias (entre otras).

Estas reacciones pueden ser minimizadas con la psicoeducación.

Se debe informar acerca del diagnóstico sin utilizar términos técnicos así como acercar datos bibliográficos. Esto se puede asignar como tarea para realizar en casa y trabajarlo en encuentros posteriores.

Cuando en la familia hay un miembro interesado e involucrado de una manera proactiva en el tratamiento y otro que se comporta de manera hostil y reticente se debe trabajar con el primero. Aunque de manera excepcional éste logra convencer al hostil de su participación.

Hay indicadores que nos permiten saber si la familia ya está en condiciones de terminar la fase de establecimiento de la alianza y comenzar la terapia familiar.

Esto implica el acertamiento del diagnóstico, aceptar la evolución de la enfermedad a largo plazo y el deseo de ser ayudado para mejorar el relacionamiento con el paciente.

Si estas condiciones se dan, se comienza la intervención psicoeducativa. Esta puede ser unifamiliar o multifamiliar.

Las intervenciones multifamiliares comenzaron en 1999 con Gunderson y Hoffman aunque con anterioridad se estaban implementando en familias con un integrante esquizofrénico.

Es un sostén vital el compartir con otras familias que están pasando por lo mismo y se sienten igual de solas y desorientadas.

El número ideal de familias para estos grupos es entre cuatro y seis y los encuentros deben tener una guía pautada para dar más tranquilidad y soporte a los integrantes.

Gunderson destaca (2002) tres fases de la terapia familiar psicoeducativa tanto para la unifamiliar como para la multifamiliar.

La primera etapa es la más intensa y el terapeuta tiene un rol directivo y didáctico. Esto colabora a reducir la carga emocional de las sesiones.

Se establecen pautas que serán constantemente recordadas por los terapeutas y la idea central en que se apoya esto es que los familiares del paciente aprendan a pensar antes de actuar.

Tabla 2.2:

Objetivos: ir despacio

1. recuerde que el cambio es difícil de conseguir y está plagado de temores (...)
2. disminuya sus expectativas (...)
3. mantenga las cosas tranquilas y calmadas (...)
4. mantenga las rutinas familiares tanto como sea posible (...)
5. encuentre tiempo para hablar (...)
6. no se ponga a la defensiva ante las acusaciones y las críticas (...)
7. los actos o amenazas autodestructivos requieren atención (...)
8. escuche. Las personas necesitan que se tenga en cuenta sus sentimientos (...)
9. a la hora de resolver los problemas de un miembro de la familia, siempre:
implique al miembro de la familia en identificar qué es necesario hacer
pregunte si la persona puede “hacer” lo que es necesario para llegar a la solución
pregunte si la persona desea que usted mismo “haga” lo que hace falta.
10. los miembros de la familia necesitan actuar de mutuo acuerdo (...)
11. si usted tiene dudas sobre la medicación o las intervenciones del terapeuta, asegúrese de que tanto el miembro límite de la familia como su terapeuta o médico estén al tanto de ello (...)
12. establezca los límites y exprese hasta dónde está dispuesto a aguantar (...)
13. no proteja a los miembros de la familia de las consecuencias que se desprenden de sus actos (...)
14. no tolere los tratamientos ofensivos como rabietas, amenazas, golpes y escupitajos (...)
15. sea cauto a la hora de amenazar o dar ultimátums. Son el último recurso (...)

(Gunderson, 2002, p.200).

Gunderson trae trabajos de Fonagy en los que se propone que los padres de las personas con trastorno límite tienen dificultades en expresar, reconocer o tolerar los sentimientos. Por esto se

trabajan ejercicios de atribución en donde se enseña a los padres de los pacientes límite a hablar su idioma. También se enseñan ejercicios de manejo de críticas, de comunicación y confrontación (Gunderson, 2002).

En la fase intermedia se reducen las reuniones y aquí se puede integrar al paciente teniendo en claro que los familiares están preparados para tolerar el comportamiento del límite.

Esta fase se aboca a la resolución de problemas. Se trabajan sugerencias acerca de cómo responder en determinadas situaciones.

Siempre se deben recalcar las pautas de la fase anterior y remarcar que el cambio es difícil para todos.

En la fase final la familia tiene un mejor funcionamiento. El terapeuta ya no tiene un rol directivo, sólo interviene cuando es necesario. La familia ya cuenta con herramientas para crear sus propias respuestas adecuadas.

Las reuniones son más cómodas y menos hostiles. Es previsible la forma en que se solucionan los problemas. Las familias se sienten más seguras. En esta fase suelen expresar el malestar que les genera la persona con el trastorno límite.

Es importante para el paciente que la familia emprenda el camino del cambio, aunque no se logre o sea mínimo.

Gunderson (2002) recomienda, luego de estas intervenciones psicoeducativas, que se puede continuar con una terapia familiar de corte psicodinámico si la familia y el paciente han llegado a un grado de comunicación, de validación y de reconocimiento de sentimientos necesario para soportar la exigencia de estas intervenciones.

No se indica si no se cumplen estos requisitos ya que pueda ser contraproducente. Tampoco son para situaciones de crisis.

Shapiro en 1992 propone que la terapia familiar psicodinámica trabaja las proyecciones e identificaciones proyectivas y la recuperación de cada yo de lo que le es suyo (Gunderson, 2002).

Está dirigida a potenciar el entendimiento mediante la aceptación de las individualidades y promover la proximidad de los miembros por medio de la expresión de sentimientos.

PERSPECTIVA SISTÉMICA

No consideramos conveniente un abordaje familiar de corte psicodinámico sino sistémico.

La Terapia familiar sistémica se enfoca en las pautas sociales de organización (Kenney, 1987).

Uno de sus principales pilares es el estudio de la pragmática que se ocupa de la forma en cómo los hombres se influyen entre sí por medio de la comunicación creando realidades e ideas que no necesariamente se ajustan a los hechos y que no son ingenuos (Watzlawick, 1994, p.8).

Si tomamos los aportes de Watzlawick en donde su primer axioma remite a que es imposible no comunicar, deberíamos entonces pensar qué se está comunicando en este trastorno, qué se comunica en la familia.

Un segundo axioma referirá a que el nivel relacional clasifica el nivel de contenido.

Otro axioma apunta a la puntuación de secuencias y se refiere a lo que actúa como estímulo y lo que actúa como respuesta.

Le sigue el axioma que apunta a la naturaleza relacional y otro axioma remite a la significación en un contexto.

Este enfoque toma elementos de la Teoría General de los sistemas de Bertalanffy en la que uno de sus postulados versa sobre el principio de totalidad, en la que la variación de algún elemento constituyente y sus relaciones modifica el sistema todo (Vidal, 2001).

Otro punto que es relevante para este trabajo es el de los procesos irreversibles de los sistemas en donde la variación temporal y la memoria que trabaja como huella mnémica posibilita (así como anula) variantes determinadas.

El sistema familiar buscará siempre su homeostasis, su equilibrio interno. Este puede ser el paciente límite.

En las familias, como sistema que son, se dan relaciones de poder que habilitan un orden jerárquico y que deriva en un funcionamiento determinado. Esto repercute en la capacidad de transformación y en las formas de ser, tener, hacer y pertenecer de los integrantes.

Mead hace aportes a la teoría sistémica en su afán por comprender como se origina el hecho social por medio de la interacción y la significación. Cuando el sentido (a través del lenguaje) media entre el estímulo y la respuesta, allí la acción se vuelve social.

Los sistémicos destacan como propiedades del sistema la regulación centrada en las relaciones de dependencia-independencia y que darán lugar a diferenciaciones, segregaciones o aglutinamientos.

Hay cuatro ejes que podemos diferenciar. Estos son: orden-desorden, discriminación-indiscriminación, diferenciación-segregación y dependencia-independencia.

Otros aportes de suma importancia que serán indispensables tanto en la terapia familiar como en la individual son los derivados de la teoría narrativa.

La narrativa planteada por Bruner da lugar a cómo nos entendemos y cómo comprendemos el mundo que nos rodea, da la conformación de la identidad individual (Peluso, 2010).

A su vez esta narrativa está atravesada por los mandatos familiares y superiores históricos que se van pasando de generación en generación. Es un entramado entre lo individual y lo social (Peluso, 2010).

No debemos olvidar los mitos familiares. Son construcciones mediante las cuales se conoce el mundo y configura determinados estilos de unión entre las personas. Una de las funciones del mito es la prescripción de roles. Enmarca un comportamiento y un deseo determinado en el individuo. Las familias disfuncionales tienen roles prescritos que no permiten el desarrollo y crecimiento individual (Cohen, 2010).

Pinto en 2004 plantea que las personas con trastorno límite de personalidad desarrollaron un falso apego. Bowlby en 1993 dice que el apego decanta en los tipos de vínculos afectivos que la persona entabla en el correr de su vida. El tipo de apego primordial en estos pacientes es el ambivalente. La madre confunde al niño en un continuo acercamiento y alejamiento y en donde la misma conducta a veces se premia y otras veces se reprende (Muñoz y Sánchez, 2006).

Pinto propone que estas familias son disfuncionales. Los progenitores tienen resentimientos antiguos sin resolver. Uno de los progenitores se caracteriza por ser distante y rígido, mientras que el otro es explosivo y asfixiante. Esto genera en el niño una sensación crónica de vacío y malestar. A veces esto genera síntomas que sirven para el funcionamiento del sistema familiar (Muñoz y Sánchez, 2006).

Son familias en donde se ven triangulaciones patológicas, alianzas y coaliciones variables. Se da pseudo mutuality creada por mitos familiares y en donde la ruptura crea temor y conflicto. Linares en 1996 dirá que en estas familias conviven la rigidez y el caos (Muñoz y Sánchez, 2006).

ESTUDIOS SELECCIONADOS

En el 2005 se lleva a cabo el trabajo “*Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de personalidad*” que se basa en la promoción y separación de los hijos, apoyo al subsistema parental y análisis de relaciones mutuas e identificación de estilos individuales de afrontamiento.

Fue implementado en una unidad de hospitalización parcial en Salamanca con pacientes psicóticos y con trastornos de la personalidad con grave deterioro laboral y social.

Dicho trabajo se enfoca en una intervención de corte psicoeducativo tanto con el paciente como con la familia. Se basa en el análisis de los problemas concretos de la vida diaria principalmente afrontamientos de conflictos familiares y sociales. Proporciona soporte terapéutico a la familia y al paciente basándose en modelos teóricos del cognitivismo, la sistémica y la terapia estructural.

Los objetivos son:

1. Conocimiento y conciencia de enfermedad
2. Ajuste de expectativas no realistas acerca del tratamiento
3. Mejorar la comunicación
4. Disminuir la vulnerabilidad del paciente tanto a estímulos internos como externos.
5. Prevenir recaídas.
6. Disminución de la emoción expresada y la reactividad emocional, identificando y corrigiendo los componentes de la misma.
7. Identificar las necesidades del paciente y la familia y aprender a planificar cómo satisfacerlas.
8. Aumentar el nivel de funcionamiento del paciente, desarrollando habilidades y estrategias conductuales específicas en relación con la enfermedad.
9. Devolver su papel como miembro activo al paciente, posibilitando su reubicación dentro del sistema familia (Fernández, Fombellida y Herrero, 2005).

Este programa proporciona estructuración y estabilidad a la familia y al paciente pues le da un soporte para manejar el descontrol y la imprevisibilidad.

Se evalúan recursos y necesidades de la familia para establecer objetivos realistas. Se trabaja en base a la comunicación entre el paciente y la familia. El paciente es considerado un miembro activo.

Se toma de la terapia familiar la resolución de problemas, reestructuraciones, externalizaciones, intervenciones estructurales, metafóricas o paradojas, búsqueda de nuevas soluciones eficaces, preguntas circulares, rituales, tareas de generalización, uso de códigos comunes, proyección a futuro.

Se trabaja con asignación de tareas. Se instruye a la familia con instrumentos de afrontamiento. Este programa aplicado en España, se implementó en un hospital de día con pacientes con importante deterioro social y laboral con un abordaje sistémico basado en la psicoeducación. Tiene limitaciones en cuanto al número de pacientes en que fue aplicado, el contexto y el seguimiento. Aún así se ha notado una importante mejoría tanto en los pacientes como desde la perspectiva de sus familias.

Encontramos otro trabajo realizado en Barcelona, en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de S. Pau por Carmen Campo y Iolanda D'Ascenzo en donde se analiza el abordaje psicoterapéutico desde la perspectiva sistémica en pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de Personalidad y sus familias.

En este abordaje relacional se busca incidir en los comportamientos y rasgos de la personalidad aprovechando recursos tanto individuales como del ecosistema familiar.

En este trabajo se recalca la escasez de propuestas de abordaje sistémico aunque reconoce trabajos de Gunderson, Linehan, Allen y, Hoffman y cols. en donde se integra a la familia en el tratamiento.

Menciona que a pesar de que hay un elevadísimo porcentaje de pacientes con este diagnóstico que han sufrido alguna especie de maltrato o negligencia en su niñez, lo determinante no es el abuso en sí sino el manejo que hace de los hechos (validación o invalidación) el adulto responsable de la crianza.

Este trabajo se fundamenta en la postura relacional propuesta por Linares basada en las triangulaciones equívocas y las deprivaciones.

Toma como objetivo de la terapia la reorganización de la personalidad y la mejora del funcionamiento global interviniendo en agentes como el sentimiento crónico de vacío, miedo al abandono, trastorno de identidad e inestabilidad relacional.

La muestra se basa en veintisiete pacientes y tiene un seguimiento posterior a la externación de dos años.

Se dividieron en tres submuestras. En los pacientes que tenían pareja se trabajó con ésta como figura referente, mientras que los que no la tenían se trabajaba con padres y hermanos. Se integró en oportunidades a otros referentes.

El diagnóstico relacional se sostuvo en las interrogantes ¿qué está pasando ahora? Y ¿cuáles fueron las variables más determinantes que lo facilitaron?

Se trabajó la reelaboración de experiencias pasadas generando nuevos significados.

Se exploró las dimensiones de conyugalidad y parentalidad.

Se trabajó la vinculación afectiva en base a necesidad de pertenencia y apego, y diferenciación y autonomía propuesta por Bowlby (1969).

Se estudió la socialización en base a protección y normatividad propuesta por Linares (2002).

Se tuvo en cuenta la conyugalidad de los padres y posible Síndrome de Alienación Parental.

En cuanto a los pacientes con pareja se consideró si el tipo de jerarquía de la relación afectiva era simétrico o complementario teniendo presente la propuesta de Watzlawick (1967).

Si el paciente tenía hijos se consideraba si existían mecanismos de triangulación o parentalización.

Estos pacientes contaron con terapia individual y familiar.

Esta última promovió un cambio en la matriz relacional.

Se consideró que mejora la calidad y los tiempos de recuperación trabajando en la red social real y no sólo en la simbólica.

Se trabajo en alianza con los referentes y se consideró que el reajuste y reconstrucción de la función parental fue determinante.

En los pacientes con cónyuges, la colaboración de éste ha sido determinante en los resultados.

De las intervenciones se extrae que al finalizar el tratamiento han remitido los síntomas, se ha generado mayor autonomía y las relaciones interpersonales mejoraron.

También se dio un alejamiento de la red asistencial y una satisfactoria adaptación social.

En la sub muestra de pacientes emparejados no se lograron los objetivos terapéuticos, no hubo colaboración por parte del cónyuge y se dieron dificultades para contactar al progenitor alejado.

CONCLUSIONES

Compartimos con Millon que el abordaje debe ser diseñado en base al paciente y no centrándonos en el trastorno para luego ir a la persona.

Aunque tenemos en cuenta los aportes de Kernberg no consideramos pertinente hacer una intervención de corte psicodinámico debido a las regresiones que puede sufrir el paciente y vínculos de tipo perjudicial que puede generar con el terapeuta., al menos en un principio (Kernberg, 1993).

El trabajo con la familia de corte sistémico y una terapia individual (que puede ser psicodinámica si se dan las condiciones en algún momento) para fomentar el autoconocimiento nos parece lo más adecuado.

Consideramos necesario un trabajo psicoeducativo tanto para la familia como para el paciente. Luego se redirigirá la intervención hacia una terapia familiar sistémica.

Siempre será acompañada de una terapia individual con el paciente para fomentar la autoexploración.

El trabajo psicoeducativo y terapéutico con la familia tiene como objetivos proporcionar información acerca de la enfermedad, modificar las conductas familiares, apoyo en situación de crisis, competencias para mejorar la comunicación con el paciente y el aprendizaje de habilidades para resolver problemas así como el afrontamiento de conflictos.

La integración de la familia permite que haya un empoderamiento de lo que están viviendo y de tomar la intervención como un espacio de todos y no del y por el paciente.

En un principio la intervención será de corte más psicoeducativo y luego el terapeuta pasará a desempeñar un rol más facilitador y no tan directriz.

El objetivo será que la familia genere autonomía y pueda realizar cambios por sí misma.

En los primeros momentos se le explicará a la familia qué está ocurriendo. Al paciente se lo estabilizará si es necesario (si no viene derivado de una institución de salud) y luego se comenzará el tratamiento.

Se evaluará primeramente lo que le pasa a la familia. Esto comprende los problemas de comunicación, dificultades en manejar sentimientos negativos frente al paciente y respecto a los temores de suicidio.

Se rastrean desde cuando suceden, cómo se sienten al respecto y las soluciones que han manejado (que a veces retroalimentan la problemática).

Es común que las familias actúen de manera sobre protectora con el paciente y a su vez nieguen la enfermedad.

Están viviendo momentos de miedo y confusión por lo que es imprescindible ser claro y brindar información pertinente conforme al nivel sociocultural.

La familia se debe sentir apoyada y comprendida para facilitar una buena alianza que evite el abandono y la resistencia al tratamiento.

Se deben vencer las resistencias al diagnóstico así como a la implicación en el tratamiento. Todos los miembros relevantes para el paciente deben intervenir (Rodríguez y Peláez, 2013).

Luego de evaluar y delimitar el problema así como brindar una adecuada psicoeducación es recomendable comenzar con el trabajo familiar.

Es importante trabajar sobre la individuación de los integrantes de la familia y no como sujetos aislados sino en el sentido planteado por Stierlin (Becker & Montes, 1992) como una persona capaz de distinguir sus emociones, percepciones, ideas, etc como propias y las ajenas como del otro. Trazar fronteras individuales y delinear objetivos personales, así como asumir su cuota de responsabilidad y las ambivalencias de su persona. El desarrollo de la individuación conlleva mejora y progreso en las relaciones y la concientización de nuestra dependencia para con el otro ya que el cambio en un integrante repercute en los demás.

Estas familias suelen tener un grado de indiferenciación bastante profundo, por lo que la intervención derivará en una alta carga de ansiedad

El modelo sistémico trata de definir el sistema de comunicación y sus codificaciones (Vidal, 2001) y los modos de distribución de poder centrado en la naturaleza de la relación. Nuestra intervención podrá exponer las peleas y conflictos encubiertos así como las triangulaciones y alianzas.

Deberemos intervenir para generar negociaciones. Sería adecuado las intervenciones circulares en la que un integrante pregunta a otro sobre la conducta de un tercero.

Luego de una fase que suele ser muy movilizadora trabajaremos y promoveremos que el sistema se reorganice en busca de un nuevo equilibrio homeostático saludable.

Nuestra intervención dependerá de la edad del paciente y de la composición familiar para poner énfasis en el apego, triangulaciones, objetivos propios, comunicación, etc.

Podemos formularnos las siguientes preguntas a modo de guía para nuestro trabajo:

¿Cuál es el funcionamiento familiar?

¿Cómo trabaja el síntoma y qué rol cumple?

¿Qué guiones proponen los otros significativos al paciente?

¿Que guiones propone el paciente a los otros y que hacen éstos con las propuestas?

¿Cuáles son los límites?

¿Cómo actúa la presencia del otro?

¿Cuáles son los sentidos que se adjudican y por lo que se actúa?

¿Cuál es la naturaleza de las relaciones que se entablan?

¿Cómo se narra esa familia?

¿Qué mandato familiar continúa?

¿Cuáles son los roles de cada uno?

¿Cómo se ve el paciente?

¿Qué hace con su diagnóstico al igual que los que lo rodean?

Se debe trabajar en la renegociación de los significados y promover la apertura de mitos que permitan el crecimiento de la familia.

Es indispensable trabajar las respuestas familiares a los comportamientos del paciente y elaborar métodos más adecuados y sanos para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ameglio, F. (2012). *Psicopatología psicoanalítica en la clínica actual*. Montevideo: Magro.

Becker, A., y Montes, A. (2004) Trastornos de la personalidad y terapia sistémica. En *Trastornos de la personalidad: Hacia una mirada integral* (pp. 519-535). Sociedad Chilena de Salud Mental. Recuperado de http://www.schilesaludmental.cl/Libro_trastornos/Libro_4_47.pdf

Boscolo, L., y Bertrando, P. (s. f.). La terapia sistémica de Milán. (Trad. F. Gálvez Sánchez). En *Terapia familiar* (Parte 3, pp. 224-243). Recuperado de <http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20ODE%20MILAN%20%28para%20publicacion%20chilena%29.pdf>

Campo, C., y D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. 24, 23-52. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3600011>

Cohen, J., y Peluso, L. (2010). *Familias y sistemas*. Montevideo: Psicolibros.

Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastorno borderline de personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n78/n78a04.pdf>

- Fernández, C., Fombellida, C., y Herrero, J. (2005) Evaluación de un programa de intervención familiar en pacientes psicóticos y con trastornos graves de la personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(94), 7-18. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352005000200002&script=sci_arttext
- García, E. (2007) Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad. *Clínica y Salud*, 18 (3), 347-361. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613877006.pdf>
- García, M., Martín, M., y Otín, R. (2010) Tratamiento integral del Trastorno Límite de la Personalidad. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 30(106), 263-278. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/tr_personalidad_y_habitos/trastorno_de_inestabilidad_de_la_personalidadborderline/tratamiento-integral-del-trastorno-limite-de-personalidad/
- García, S. (2001). ¿Patologías actuales o actualización de teorías? *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, 94. Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720019406.pdf>
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad: guía clínica*. Barcelona: Ars XXI.
- Keeney, B. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas: "Espíritu" en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kernberg, O. (1993). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.

- Linares, J. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3) 381-399. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300008
- Linares, J. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo. Recuperado de <http://www.redsistemica.com.ar/personalidad.htm>
- López-Ibor, J. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Mosquera, D. (2009). *Trastorno Límite de Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR*. *Persona*, 10 (2). Recuperado de <https://www.trastornolimite.com/Trastorno-limite-de-la-personalidad-TLP/tlp-una-aproximacion-conceptual-a-los-criterios-del-dsm-iv-tr.html>
- Muñoz, A., y Sánchez, M. (2006). Estructura de la familia de origen del trastorno límite de personalidad. *Ajayu*, 4(1), 59-89. Recuperado de <http://es.slideshare.net/vitriolum/estructura-de-la-familia-de-origen-del-trastorno-limite-de-la-personalidad-8610267>
- Pérez, L. (2011) Trastorno límite (borderline) de personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75(1), 20-25. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf

Quiroga, E., y Errasti, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=462>

Rodríguez, L., y Peláez, J. (2013). Terapia familiar en los trastornos de personalidad. *Acción psicológica*, 10(1), 75-84. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico8.pdf>

Serrani, D. (2011). Luces y sombras del trastorno Borderline de personalidad. *Alcmeon*. 16(4), 370-386. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/16/64/06_serrani.pdf

Valderrama, R. (2001). Teoría de Harry S. Sullivan. *Psiquiatría.com*, 5(3). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/528/507/>

Villalba, L. (2011). Psicopatología de los trastornos de personalidad límite y su tratamiento según la teoría de la mentalización de Peter Fonagy. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 75(1), 15-19. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/03_LV.pdf

Vidal, R. (2001). *Conflicto psíquico y estructura familiar. Sistemas abiertos. Interacciones entre consciente e inconsciente, realidad psíquica y realidad, determinismo y azar*. Montevideo: Psicolibros.

Watzlawick. P. (1994). *¿Es real la realidad?: Confusión- desinformación- comunicación.*
Barcelona: Herder.