



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

Sheyla Sofía Sánchez Rus

sheyllass84@hotmail.com

Trastorno personalidad, inestabilidad emocional, borderline, trastorno límite de personalidad, psicoterapia

RESUMEN

A menudo cuando nos encontramos ante el diagnóstico de trastorno de personalidad borderline en nuestra consulta, son múltiples y tantas veces comunes entre los terapeutas, las inquietudes que nos invaden acerca del paciente que tenemos enfrente. Paradójicamente, podemos decir, que muchos de nuestros cuestionamientos profesionales, se equiparán en cierta medida a las propuestas y dudas (conflictos) con las que este tipo de paciente suelen inundar el espacio terapéutico.

En muchos casos, el encuentro con el paciente con inestabilidad emocional, no dejará indiferente al terapeuta, destacando el fenómeno de contratransferencia. El manejo de la reacción del terapeuta, si pudiera verse influenciada por la actitud del paciente y sus rasgos de personalidad, determinará en gran parte el curso y evolución de la consulta. Es muy importante en este aspecto, determinar inicialmente un marco conductual, el encuadre de la terapia para el paciente. Así una primera tarea, será asumir su compromiso con las condiciones específicas en la consulta.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

A la responsabilidad para con la terapia, se sumará desde el inicio la definición de roles del terapeuta y paciente, intentando mantener una conciencia objetiva del vínculo, fuera de las formas de relación habitualmente aprendidas y las “estrategias” conductuales de su día a día. Se refleja la evolución de tratamiento y seguimiento en varios pacientes TLP, destacando -más allá de la teoría de los síntomas nucleares del trastorno- las características relacionales propias de esta peculiar alianza terapéutica médico-paciente, cuyo vínculo es especialmente influyente en la adherencia al tratamiento para iniciar el cambio.

INTRODUCCIÓN

Los **trastornos de la personalidad (TP)** suponen una entidad prevalente en nuestra sociedad y nuestros días. Siempre evitando generalizar, pero podríamos considerar como hallazgo este tipo de trastornos, si analizamos muchas de las conductas inadecuadas que observamos entre los adultos, en situaciones cotidianas de nuestro día a día. Entendiendo por TP, como su propia definición incluye: un patrón de pensamiento y conducta persistente, que se manifiesta en el estado de ánimo y el comportamiento del individuo de forma llamativa, generando cierta disrupción en su vida.

Estos **rasgos caracteriales** exaltados suelen tener problemas para desenvolverse en la relación con personas y situaciones, lo cuál les limita de forma importante en la interacción social y las actividades propias de cada etapa de la vida (escuela, trabajo, familia, grupo de amigos y relaciones de pareja entre otros), así como consecuencias graves derivadas del consumo abusivo de tóxicos y otras conductas temerarias.

Los diferentes **patrones de personalidad**, suelen iniciarse en la adolescencia y la edad joven adulta, donde se aprecian las primeras conductas desadaptativas, si bien es cierto que en determinados trastornos, sus rasgos se antojan menos obvios en el trascurso de la edad media, con el desarrollo de una madurez adquirida y el aprendizaje en la adaptación. En concreto en el ***Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o trastorno borderline***, es el trastorno de personalidad más común en las poblaciones clínicas.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

La afección por inestabilidad en los estados de ánimo del individuo, la autoimagen y la percepción del entorno, conlleva a emociones, pensamientos y conductas cambiantes o impulsivas en estos pacientes, lo que ha sido llamado **disregulación emocional**.

Los pacientes con TLP, a menudo se mueven en la dicotomía y los extremos (idealización-hostilidad), que generan de forma correspondiente actitudes basadas en sus altas expectativas, hasta el rechazo más rotundo, y el viraje entre ambas emociones “en los extremos” desencadenará entre una tendencia a la frustración y todo un cortejo de síntomas y conductas llamativas (posiblemente) magnificadas en reacción a los acontecimientos. Se estima que en torno a un 70% de los pacientes diagnosticados de TLP ha cometido algún tipo de autolesión, y los índices de suicidio en este grupo de población, se sitúan entre 5-10%.

COMPLEJIDAD FACTORIAL

El trabajo con este tipo de pacientes es tedioso y a menudo prolongado en el seguimiento y terapias, especialmente en el inicio, cuando una de las características principales del paciente con TLP es la falta de conciencia (o responsabilidad) sobre sus actos, los rasgos que más habitualmente hemos recogido en nuestra consulta, es la capacidad de culpabilizar a los demás de sus problemas, de donde se nutren los conflictos relacionales o las archiconocidas “relaciones tóxicas” (palabra aprendida por una de nuestras pacientes) pero sin duda no interiorizada para ella misma en el inicio del seguimiento.

Dada la complejidad de este tipo de pacientes, en los que contamos con la confluencia de factores: biológicos (enfermedad mental en familiares), psicológicos (personalidad inestable) y sociales (familia disfuncional y relaciones conflictivas). Aunque no se conoce la causa precisa del TLP, algunos factores ambientales parecen aumentar el riesgo de desencadenar rasgos caracteriales predisponentes. Entre los más destacados: vida familiar abusiva, caótica o inestable durante la niñez, que determinará trastornos de la conducta en etapas tempranas de la vida.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

LA CUESTIÓN CARACTERIAL

A las **dificultades del carácter**, que la paciente expresa como conducta habitual “de siempre” (recuerda que ya en su infancia, se servía de autolesiones, como castigo, o respuesta a sus “muchas” frustraciones), ahora en la edad adulta, se suman los factores ambientales disruptivos de la convivencia en casa, que según datos clínicos ha sido una constante en su núcleo familiar (hábito enólico en casa, maltrato intrafamiliar, dificultades económicas). Llama la atención que aunque identifica estos factores como “causantes” de su forma de ser, considera que ahora mismo sólo estarían indirectamente relacionados con las causas de la enfermedad mental por la que consulta (síntomas depresivos), pero sí que reconoce como afectan directamente a su evolución, con mayor inestabilidad, desajustes afectivos y conductas disruptivas en el contexto de consumo de tóxicos también por su parte.

Se entiende que la progresión del orden de todos estos factores, se inicia en lo biológico (herencia genética), que determinará factores psicológicos al hablar de **personalidad inestable**, oscilante, en el paciente tipo Borderline. Este funcionamiento psíquico “en los límites” de su percepción, a su vez “impulsa” al paciente, y no podríamos usar mejor expresión, a realizar conductas de tipo imprudentes, en la búsqueda de experiencias novedosas, a veces incluso entre la vida y la muerte, para llenar el **sentimiento crónico de vacío** casi patognomónico de esta entidad.

CONDUCTAS DE RIESGO

Algunos de los problemas más acusados –**conductas de riesgo**– en este tipo de pacientes son promiscuidad sexual (ETS –enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados), conducción temeraria (accidentes o problemas legales), consumo de tóxicos o experiencias, en relación con la búsqueda del placer y la activación del circuito de recompensa (en este caso de forma muy inmediata).

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

En esta escalada de la autoagresión, conciente o inconcientemente, encontramos también las **autolesiones físicas**, acorde con el funcionamiento psíquico de este tipo de pacientes, son llevadas a cabo la mayor parte de las veces, como mecanismo de descarga emocional, y efecto ansiolítico. Otra conducta características de los TLP son los atracones, desarrollando trastornos de la conducta alimentaria, tipo purgativo-restrictivo (anorexia-bulimia).

Estos pacientes que a menudo presentan **sintomatología tipo craving**, no sólo a nivel de sustancias, sino como ellos mismos transmiten al terapeuta, pueden asociarlo a sensaciones, recuerdos e incluso personas, a las que se vinculan de forma patológica, generalmente estableciendo relaciones de sumisión o dependencia (“el enganche”). En muchos casos, el patrón se repite también desde la perspectiva familiar: lo que el paciente “ha visto en su casa” en situaciones de maltrato o dependencia, y por lo que puede llegar a sentir odio manifiesto, es a la vez “lo que ha aprendido”, y lo que tiende a imitar, con la misma naturaleza que el craving, como una necesidad irresistible del consumo (en este caso de la posesión de la otra persona).

RELACIONES INADECUADAS

En su **necesidad de sentirse “queridos”** o aceptados por el otro -queda en un segundo plano el amor propio- utilizan diversas formas de manipulación, aunque por lo general poco elaborados, más desde el “chantaje” emocional o la amenaza, lo que puede servir en primeras fases del trastorno, si bien progresivamente va generando un rechazo en el entorno. Su necesidad de “autoreafirmarse” y de control del otro “para que no se vaya” les dota de tranquilidad “falsa seguridad”, reforzando la sensación de bienestar. Este funcionamiento mantiene “el enganche” y a la situación disruptiva habitual en la familia de origen del paciente, se sumaran nuevas complicaciones, principalmente las de las relaciones con sus parejas o con iguales, también conflictivas, que suman una carga más para el paciente.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

A menudo se recogen datos de **conflictividad relacional** en historia clínica como problemática entre los progenitores, o agresiones en la familia, hasta situaciones de maltrato con denuncias, si bien lo habitual suele ser que la dinámica se mantenga porque no hay opción al cambio por alguna de las partes (o por ambas), no se posibilita o, en ocasiones, incluso no se pretende. Al referir este tipo de conflictos en la consulta, el paciente tiende a adoptar el rol de víctima, frente al terapeuta, con la intención de vincularse a él. La asunción de elemento problemático, puede haber sido atribuido por los miembros de la familia (“es más débil”) o bien adquirido por el propio paciente (“soy más sensible”) - con la intención de mantener este rol si les aporta algún beneficio en la dinámica familiar (hiperprotección o permisividad) -.

Así, pueden presentarse con **actitud pueril o seductora**, en la búsqueda de esa seguridad o protección de la cuál han carecido en el entorno hostil en que se han desarrollado, y este es uno de los principales déficits de su estructura de personalidad. No es raro que los pacientes tipo borderline, manifiesten un exceso de confianza ante el terapeuta, hasta una pérdida de las distancias en la intención de familiarizarse con él, y en la fantasía de sustituir a familiares hostiles, adoptan la posición de “protegidos” del terapeuta, al que paternalizan, fuera del contexto de la relación médico-paciente. Y es entonces, cuando nos aborda la duda de cómo mantener nuestro papel, sin que el paciente sienta el “rechazo” que en cada sesión viene verbalizando sentir a cada momento de su vida. debemos esforzarnos en mantener por nuestra parte, empezando por el encuadre de la intervención a realizar, recomendablemente.

ATENCIÓN E INTENCIÓN EN LAS CONSULTAS

Se trata de **pacientes frecuentadores** en los servicios de urgencias, así como incumplidores más que del seguimiento, de las pautas de tratamiento, y aunque ello forme parte de sus características en esta personalidad inestable, es aquí cuando la importancia de “poner límites” cobra todo su sentido. Presentaremos al inicio del seguimiento, un encuadre ambiental y relacional, que debemos esforzarnos en mantener por nuestra parte en cada sesión, con coherencia y firmeza.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

Atribuiremos los roles en consulta, y las funciones de cada parte, insistiendo en la necesidad de unos principios básicos de actuación, para el abordaje exitoso. Es importante aclarar también las expectativas, y no responder a cuestiones de alta precisión, que este tipo de pacientes demandará a menudo, en parte para paliar sus inseguridades, en otra parte, la más perversa, para “ponernos a prueba”.

El cúmulo de circunstancias conflictivas que envuelven el día a día de un paciente “desubicado”, le llevan a “refugiarse” muy a menudo, en **conductas autolesivas**, incluyendo las mencionadas, como actividades de riesgo o drogas, que el paciente suele realizar con la intención de dañarse para mitigar el dolor, y conscientemente en el deseo de evasión, “centrarse en otra cosa”. El dolor físico de la autolesión actúa paradójicamente como un anestésico al otro dolor, el emocional y habitualmente se refieren a ello como un modo de desconexión. En muchos de los casos recogidos en consultas de urgencias, las formas más frecuentes de autolesión suelen darse por intoxicación medicamentosa, o autolesiones tipo laceraciones o cortes.

La **letalidad del gesto autolesivo** dependerá de la intensidad del mismo, así como de la cantidad, la duración o la gravedad de las lesiones causadas. En la ingesta medicamentosa, es tendencia el uso de medicamentos que habitualmente toman, a veces en su mayor sensación de control (en cuanto a los efectos sedativos), o el conocimiento del tiempo de acción de psicofármacos. Esta posibilidad de controlar los efectos de la ingesta (fármacos conocidos), se puede interpretar de alguna manera como previsión de rescate, cuando la intencionalidad no sea francamente autolítica, y el paciente suele realizar algún aviso a familiares, provocarse el vómito o incluso avisar a los sistemas de emergencia por iniciativa propia. En ocasiones, en función del vínculo, han llegado a avisar directamente al terapeuta del gesto realizado y es éste quién activa el protocolo de atención o rescate.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

Los gestos menos lesivos, pueden responder a situaciones para dar un **“toque de atención”** al entorno sobre sus emociones (conflictos internos), tantas veces incapaz de gestionar en el ámbito cotidiano, cuando la comunicación no se facilita al paciente. Se ha observado como conducta repetitiva de este tipo de pacientes, que realizan una demanda explícita de mediación en el entorno, desde la asistencia sanitaria, por ejemplo, en urgencias durante el acompañamiento familiar. Pueden solicitar que se contacte a alguien cercano, o que se le transmita algún **“mensaje”** concreto, llegando a expresar su deseo de hablar de algún problema desconocido para los familiares y que necesitan **“hacer público”**. Y aunque el gesto pueda resultar menos letal en estos casos, más manipulativo, no por ello será menos grave la situación, pues de antemano se manifiesta una disfunción comunicativa y las dificultades del paciente para el afrontamiento. En esta intencionalidad además cabe el riesgo de que la afectación de la lesión se calcule erróneamente, y sobretodo que ante niveles de angustia mayor, se incremente la gravedad de estos gestos.

Queda patente en este tipo de conductas los **sentimientos de indefensión** y a menudo aparecen tintes depresivoides en el planteamiento del problema. El paciente verbaliza el estrés que le genera **“no poder hacer nada”** (sentimientos de impotencia), la percepción de **“no servir”** (desvalía) y el sufrimiento que es incapaz de expresar de otra forma, el paciente reacciona con una actitud pasiva, abandonica. En estos casos, llamar la atención es su forma de pedir ayuda, en su convicción de que alguien solucione el conflicto desde fuera, ajeno a sus capacidades y a su responsabilidad una vez más, aunque no sin cierta intención de agresión en muchos casos (componente pasivo-agresivo).

En las **situaciones de crisis**, el paciente a veces, es incapaz de reconocer que haya oportunidades reales de cambio la situación ciertamente aversiva, y su forma de actuar responde más a la evitación, de circunstancias que considera desagradables, indigeribles **“desde su debilidad”**. En estos casos, su actitud se asemeja más a la estructura depresiva que a la estructura borderline.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

Sin embargo, y aunque se ha relacionado más con la naturaleza afectiva - en el caso de los TLP la autolesión suele esconder sentimientos de ira o enfado hacia el entorno-, en ambos casos, llegados a este punto, depresión e inestabilidad emocional tienen en común el sentimiento profundo de fracaso, de descontrol, incluso en la propia sensación de fallo en la intención del gesto lesivo.

SENSACIONES Y EMOCIONES

De este modo la **responsabilidad de los actos**, no recaerá sobre el paciente, sino que atendiendo a su habitual forma de ver la vida, “no es culpa mía”, o en el otro lado, cuando se autoinculpan “no puedo hacer nada”. Y esta afirmación tan frecuente por parte de los pacientes tipo borderline, es cierto que muchas veces tiene su razón de ser, sobretodo cuando suelen rodearse de entornos conflictivos, a los que es fácil atribuir la responsabilidad. Sin embargo, se muestran incapaces de reflexionar acerca de la elección de tales entornos, habitualmente por iniciativa propia. Pero ¿y ante un entorno favorable, que dejara claro no ser causa principal del desajuste? Incluso cuando trabajamos con familias funcionantes, con buena capacidad de contención (pero no infinita), el paciente TLP en su esquema mental, seguirá buscando un “culpable”, a su modo de verlo es necesario que esa persona asuma lo sucedido.

La formación de personalidades vulnerables -siempre en relación con los antecedentes en los roles y conflictos familiares-, caracterizadas por la **inseguridad y ambivalencia**, determinan un psiquismo dependiente de terceros en los diferentes entornos en que se mueva el paciente. En casa puede ser la madre más habitualmente, y en el ámbito de la pareja, esto supone el estrato basal para el establecimiento de relaciones no sanas. La aceptación de la devaluación personal, desde la propia **autoimagen negativa** del paciente, es un continuum que se exacerbará en una pareja dominante. Los conflictos surgirán en relación con la **baja autoestima**, escasa tolerancia a frustración y la falta de control de impulsos del paciente (que se acentuará si la otra parte también carece de ciertos recursos emocionales).

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

La **ira inapropiada**, es consecuencia habitual de la dificultad para confiar en el otro, o del miedo irracional a las intenciones de los demás. Desde la desconfianza y la **hipersensibilidad** que el mismo paciente llega a reconocer, el amor hacia la pareja idealizada, se convertirá en odio, y viceversa, en un sufrimiento de ciclos repetidos y persistentes (ruptura-reconciliación).

La herida perpetuada de las **decepciones** en diferentes entornos, nos habla también acerca de las altas expectativas que el paciente se hace de las situaciones, sin asumir que él también forma parte de ellas, y que debe participar en el afrontamiento y resolución de los problemas. Los familiares aquejan la repetición de conductas exentas de **responsabilidad**, en una intencionada falta de aprendizaje del paciente. A veces, en nuestro rol de mediadores en el conflicto, en la sesión familiar debemos hacer ver que aunque el paciente sí comprende, ciertamente no será capaz de ejecutar lo aprendido, según su estructura de personalidad sin el apoyo de una adecuada “guía emocional” (aprendizaje por imitación).

Sin embargo, en su fijación por establecer un locus externo de control ajeno a su dominio, estas conductas adquieren un **componente manipulativo**, resultando desgastantes para el entorno. En la mayoría de los casos, los familiares reconocen haberlas permitido, sobretodo inicialmente ante la falta de información y formación acerca del trastorno con el que se enfrentan. Con el paso del tiempo, estos comportamientos son catalogados como “chantajes”, y suelen generar rechazo, que el propio paciente percibirá en sí mismo agravando su convicción de incapacidad para el cambio, y aludiendo luego a esta misma sensación de rechazo, como nuevo motivo para las autolesiones.

Esta situación se convierte en un círculo vicioso, en el que el paciente utiliza la **sensación de abandono** que él mismo “ha ido cultivando” como motivo de los gestos suicidas (o parasuicidas, en este caso). Este argumento de sentirse solo, frecuentemente utilizado en consultas, sin la adecuada orientación familiar, puede producir dos efectos en el entorno más cercano: la hiperprotección “para que no lo vuelva a hacer” rozando el riesgo del refuerzo positivo, o en otro caso el distanciamiento por cansancio, o tedio de las familias que deciden apartarse, “ahora sí de verdad”.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

En cualquiera de los casos, y especialmente sin un apoyo familiar y unos límites consistentes, será difícil avanzar hacia la madurez. Es esencial trabajar este aspecto en abordaje sistémico, o en grupos de familiares.

La alternancia complementaria de dominancia versus indefensión en estos individuos, pone de manifiesto la **dicotomía del pensamiento** en el paciente con inestabilidad emocional como una de sus características nucleares. Se ha hablado de los binomios “blanco-negro, todo-nada, amor-odio” entre otros términos para expresar como estos pacientes se mueven muy habitualmente hacia los “extremos”. En muchos casos, y aún siendo conscientes de su posicionamiento extremista, la necesidad de aceptación (así sea forzada) de sus pensamientos o sus actos, y de sí mismo, para reforzar su autoimagen, le llevará a realizar conductas dramáticas, de tinte más histriónico.

En su permanente afán por **evitar el abandono** (real o imaginario), surge otra necesidad: la intensidad de las relaciones. A menudo forjan vínculos excesivos desde el inicio o por el contrario, pueden precipitar la ruptura brusca de relaciones estables, paradójicamente ante “el miedo a ser dejado”. En el paso de la idealización a la devaluación de sus relaciones, expresan el sufrimiento de decepción o el engaño. La desconfianza surge desde su propia imagen distorsionada e identidad inestable, y a menudo buscan en conductas evasivas mitigar la ansiedad que esta percepción les genera. Es aquí donde empieza el círculo de “destruirse para recomponerse”.

Los comportamientos impulsivos definirán su modo de vida, descrito como una **sensación crónica de vacío**, que no logran llenar con lo habitual, pues sólo responde (a veces) ante lo novedoso, lo excesivo, lo arriesgado e incluso, en este caso, doloroso. Los atracones de comida, el abuso de sustancias, las compras compulsivas o la promiscuidad sexual son algunas de las conductas autodestructivas más frecuentes, que de no surtir efecto como catalizadores de esta angustia vital, darán paso a la autoagresión directa, consumada mediante autolesiones.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

En muchas ocasiones el paciente borderline expresa que no pretendía terminar con su vida, y definen algunos gestos habituales como el de “cortarse”, como una “toma a tierra”, la forma de desconectar, de “salirse” del conflicto, en los estados más elevados de estrés, con **episodios de disociación**. En estos episodios se describen fuera de sí mismos, llegando a perder el contacto con la realidad. El riesgo de letalidad se incrementa en estos momentos, cuando los altos niveles de ansiedad, producen un bloqueo, de respuesta “en modo automático”.

CONCLUSIONES

PANDEMIA Y TELETRABAJO EN EL TLP

Y finalmente, después de muchas horas de terapia, entre algunas de las más conocidas la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), o las terapias de enfoque psicodinámico como la Terapia basada en la Mentalización (MBT) y la Terapia focalizada en la Transferencia (TFP), hemos descubierto que algunos de nuestros pacientes borderline en consulta, se han beneficiado notablemente, en estos tiempos de pandemia, de la experiencia del teletrabajo.

Lo que para otros esta situación peculiar y desarraigada, es motivo de angustia, ante la situación de aislamiento y ruptura de las rutinas, observamos que el paciente TLP consigue sobrellevar mucho mejor esta condición. El argumento ha sido clave en varios pacientes, “menos conflictos con el jefe y los compañeros”, ya que las relaciones laborales a menudo son fuente de ansiedad en estos pacientes durante la edad adulta, en su dificultad para encontrar la distancia emocional adecuada en este entorno.

Desde un punto de vista realista y ciertamente positivo al respecto, la identidad profesional de algunos de nuestros pacientes se ha visto reforzada, aún en situación de dificultad y crisis socio-económica.

LA TERAPIA EN PACIENTES CON INESTABILIDAD EMOCIONAL. CARACTERÍSTICAS DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD (TLP)

En palabras un paciente “para mí ha sido la Terapia del Teletrabajo”.

*NOTA: Las frases y palabras con entrecomillado, se recogen literalmente de la historia de pacientes con Trastorno Borderline de Personalidad, durante las entrevistas de seguimiento y sesiones de tratamiento en consulta ambulatoria (Unidad de Salud Mental Comunitaria).

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guía de consulta de criterios diagnósticos DSM-5*. Washington, D.C: USA. Asociación Americana de Psiquiatría (2014)
2. **Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. National Institute of Mental Health*. <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad>
3. **Trastorno de Personalidad Límite*. Manual Editorial's Staff. (Última revisión 2020)
4. **Abordaje del Trastorno Límite de Personalidad*. <https://www.iavante.es/site/formacionimpulso/abordaje-tratamiento-trastorno-limite-personalidad/>
5. **Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-* Dolores Mosquera - Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol 1 (2011) nº 1.