

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

Cuando Jorge me propuso hablar de mi experiencia en el trato con las personas con TLP y sus familiares, me alegré. Primero porque me sorprendió que en el último congreso internacional celebrado en Santiago de Compostela bajo el título *“Conferencia mundial para la paz, la solidaridad y el desarrollo”* y en el que se destinó un apartado específico a la terapia familiar: *“Familia: presente y futuro de su papel en la salud y el bienestar”*, no se hiciese mención a un tema tan complicado y necesitado de intervención familiar como son, los trastornos de la personalidad. Segundo porque me brindaba una oportunidad excelente para compartir aspectos que tanto a mí como a mi equipo nos resultan útiles en el abordaje de las personas afectadas por este diagnóstico.

Hace 8 años que me dedico casi en exclusiva al tratamiento de personas con trastornos de la personalidad y aunque resulte curioso, mi intención nunca fue especializarme ni centrarme en este campo. Suelo hacer bromas acerca de la selección del logotipo o del rótulo para explicar el por qué viviendo y ejerciendo en un pueblo tan pequeño como es Sada acabé atendiendo a personas con trastornos de la personalidad que acuden de diferentes provincias pero la realidad, es que lo que empezó siendo casualidad (mis primeros pacientes tenían trastornos de la personalidad) resultó ser un trabajo que me encanta y que he intentado pulir con el tiempo, a medida que los pacientes y sus familiares compartían sus vivencias y me ayudaban a comprender cómo les podía ayudar (o cómo les podía confundir).

Una de las primeras pacientes con trastorno límite que atendí salió muy contenta de la consulta pero esta alegría inicial que yo también sentí tras la entrevista, se transformó en desconcierto y preocupación cuando al día siguiente me enteré de que estaba ingresada por un intento de suicidio. Creo que aquí sentí mis primeras sensaciones contratransferenciales. Pensé que no estaba preparada y que tenía que haber derivado a la paciente a otro profesional con más experiencia, alguien que realmente supiese lo que tenía entre manos y lo que tenía que hacer, después de todo, yo estaba empezando y no sabía qué hacer con esta situación. También pensé que quizás esto no era lo mío y que sería mejor dedicarme a otra cosa. Afortunadamente me armé de valor y decidí decirle a la paciente lo siguiente: *“sabes, creo que he metido la pata contigo y que no supe comprenderte, tengo la sensación de que*

me faltan conocimientos y experiencia para poder ayudarte por eso estoy dispuesta a ayudarte a encontrar un profesional que se pueda hacer cargo de tu caso, alguien que pueda comprenderte y ayudarte porque sigo pensando que tienes muchas posibilidades de llevar una vida sin tanto sufrimiento". La paciente, para mi sorpresa me dijo lo siguiente: "no quiero que me atienda otra persona, ayer salí muy contenta, te dije que me iba con esperanza y con ganas y es verdad... Me sentí muy comprendida por ti y me ayudaron las explicaciones que me diste... además, noté como realmente te interesaba lo que yo te decía y esto nunca lo había sentido antes pero al llegar a casa me asusté, pensé que podría defraudarte, que no estaría a la altura y que estaba cansada de luchar, me sentí pequeña y pensé que era mejor desaparecer"...

Esto me sorprendió muchísimo, ¿por qué alguien que sale animada y con esperanza iba a intentar suicidarse? Me resultó muy paradójico, muy contradictorio pero, en lugar de sentir miedo e inseguridad como sentí cuando me enteré de la noticia, sentí interés y ganas de profundizar, de "comprender". Recuerdo que en uno de los últimos cursos que impartí uno de los alumnos me preguntó si alguna vez sentía miedo... le dije que sí, que a veces sentía miedo e inseguridades pero que esperaba seguir sintiendo ambas cosas porque esto me ayuda a cuestionar lo que hago, a seguir buscando alternativas y a no dar nada por hecho. También le expliqué que durante las entrevistas cuando algo me impacta en lugar de asustarme o paralizarme se despertaba una inquietud en mi interior: curiosidad. Siempre me puede el intentar comprender qué hay detrás de lo que me está diciendo una persona y creo que esto es lo que me permite seguir avanzando. En los casos de personalidades violentas, que fue el tema por el que salió esta pregunta reconozco que soy la primera sorprendida cuando observo mis reacciones y la explicación que encuentro es esta: el interés y evidentemente la pasión que me despierta mi trabajo.

Hace cuatro años me encontré saturada y falta de tiempo, mis pacientes individuales se habían multiplicado ¿por qué? Porque empecé a tratar a los familiares, a entrevistarles, a intentar ayudarles a comprender lo que le pasaba al "paciente identificado" y a darles pautas que les permitiesen mejorar la convivencia. Me di cuenta de que en este campo, la intervención familiar era muy necesaria, que haciéndolos partícipes del proceso, la mejoría se conseguía antes y lo más importante, se mantenía. Cuanto más profundizaba con los familiares más patente se hacía la necesidad de intervenir con ellos también. Fue entonces

cuando sentí la necesidad de recurrir a un terapeuta familiar y cuando conocí a mi compañera Laura. Entre las dos nos dimos cuenta de que estas “familias” tenían necesidades específicas.

Yo solía hacer las entrevistas al paciente y a los familiares por separado, intentando filtrar todo un repertorio de comentarios críticos que me solía encontrar por ambas partes. A Laura le sorprendió que les atendiese por separado y rápidamente me planteo la posibilidad de realizar entrevistas conjuntas siguiendo un esquema de terapia familiar con el que ella se sentía muy cómoda y con el que obtenía buenos resultados. La idea me aterrorizó pero no quería ser inflexible y acepté su propuesta. Además, pensé que yo recurría a esta opción por falta de recursos, que las dificultades que me había encontrado en el proceso, se debían a una falta de formación por mi parte. También pensé que esto se resolvería con la incorporación de un terapeuta con formación en terapia familiar pero la situación no sólo no mejoró, sino que empeoró. En las primeras sesiones de terapia familiar conjunta tuvimos 4 crisis seguidas. En un caso el paciente le quería pegar a Laura y acabó ingresado en un psiquiátrico, atado de pies y manos por la falta de control que tenía en ese momento. En otro, una paciente que habitualmente colaboraba durante las sesiones y jamás había mostrado actitudes resistentes en terapia se marchó dando un portazo e intentó ahogarse en el mar. La encontraron empapada en la playa en pleno invierno, muerta de frío pero sin querer volver con su familia. En otro caso, debido a un detalle aparentemente irrelevante, la paciente y su madre se pusieron a llorar desconsoladamente; la paciente con ganas de marcharse a su casa y la madre aterrorizada por lo que “sabía” que tendría que vivir al llegar. Y, efectivamente la madre tenía motivos para estar preocupada pues ya de camino a casa, la paciente se mordió los brazos y posteriormente, cuando aparentemente estaba más tranquila, se hizo múltiples cortes e intentó suicidarse tomando una sobredosis de pastillas. Y en otro, la paciente salió tan confusa que pensó que se le ocultaba algo grave y que no encontrábamos la manera de decírselo.

¿Qué estaba ocurriendo? Laura estaba impactada, me decía que jamás se había encontrado con situaciones de este tipo por “pequeños detalles”. Puedo asegurar que ahí ella también notó las primeras reacciones contratransferenciales pero tampoco se rindió. Por mi parte podía culpar a Laura pero no solo sería una visión simplista, sería un gran error pues sabía que Laura era una excelente profesional, lo había comprobado en entrevistas individuales y con otros casos de familia que no tenían a ningún miembro con trastorno de la personalidad

conviviendo con ellos. Entre las dos empezamos a analizar lo que ocurría, ¿qué fallaba?, ¿qué podría mejorar?

A partir de estas situaciones iniciales decidimos entrevistar al paciente y a los familiares paralelamente; yo me haría cargo de la parte individual y ella de la parte familiar, finalizada la entrevista intercambiaríamos información y decidiríamos qué objetivos se podrían plantear y cómo plantearlos. De esta forma nos podíamos asegurar de que las tareas propuestas fuesen viables para ambas partes implicadas y evitar que una “simple” propuesta generase conflictos o empeorase la situación. Esto empezó a ser mucho más efectivo. El atender a los familiares no repercutía negativamente en el paciente pues ni se le quitaba tiempo ni se le transmitía “todo” lo que había salido en terapia; los familiares se sentían bien atendidos pues podían hablar distendidamente y expresar sus quejas y preocupaciones sin interrupciones ni sorpresas y en algunos casos, sin temor a que sus palabras fuesen malinterpretadas o trajesen consecuencias negativas. Esto último nos permitía “corregir” errores frecuentes en la comunicación y transmitir la necesidad de que se modificasen mediante unas pautas. Por ejemplo:

Comentario 1: “estoy harta de esta situación, a ver si sientas cabeza de una vez y terminas algo de lo que empiezas”

Opción: me preocupa que te desmotives y que tengas tan poca confianza en tus habilidades, ¿puedo hacer algo para ayudarte?

Comentario 2: tomas la medicación cuando te da la gana, ¿te parece normal?

Opción 2: ¿has notado alguna diferencia entre los días que tomas la medicación tal y como te sugirió el médico y en los que haces cambios?

Situación: paciente que lleva años mintiendo, que no es claro con su pareja y que al poco tiempo de iniciar la terapia empieza a decir lo que realmente siente y piensa

Paciente: he estado a punto de consumir pero me he dado cuenta y no lo he hecho

Pareja: ya iba siendo hora, a ver cuanto dura

Opción para la pareja: me alegro mucho y también me alegra que lo compartas conmigo, espero que puedas seguir así, recuerda que si te puedo ayudar en algo sólo tienes que pedírmelo

Paciente: le he regalado un libro y una rosa porque era un día especial, el libro sigue sin abrir en el mismo sitio y la rosa ni la ha puesto en agua

Terapeuta a mujer: esta semana creo que te ha regalado un libro y una rosa

Pareja: sí

Terapeuta: te ha gustado el detalle

Pareja: sí claro

Terapeuta: ¿se lo has demostrado?

Pareja: no

Terapeuta: ¿por qué?

Pareja: siempre ha sido muy detallista pero yo lo que quiero es que deje de mentir y que no vuelva a consumir

Terapeuta: eso lo entiendo y creo que él lo está intentando. Me dices que siempre ha sido detallista, ¿qué te parece esto?

Pareja: bien

Terapeuta: te parece bien, ¿te parece una cualidad?

Pareja: claro

Terapeuta: ¿te gustaría que siga siendo detallista?

Pareja: sí pero eso ya lo tiene, lo que quiero es que se de cuenta de que quiero que no me mienta

Terapeuta: bien, me dices que como eso ya lo tiene no se lo estás valorando, ¿harías lo mismo si él estuviese mejor ya?

Pareja: no, creo que no

Terapeuta: ¿qué crees que le puede dar más ánimos, que le recuerdes constantemente que te ha mentido o que valores las cosas positivas que hace como cuando tiene un detalle o cuando te dice lo que piensa y siente de verdad?

Pareja: sonríe) ya, es que son tantos años pero tienes razón, lo intentaré

En este caso la pareja empieza a reforzar las cosas positivas que hace su marido en lugar de centrarse en todo lo que “falta por conseguir”.

Mismo caso, otro día diferente:

Paciente: esta semana le mentí pero al momento me di cuenta y se lo dije, se puso como una fiera, me insultó y me dijo que no quería saber nada más de mí, que siempre sería un fracasado

Pareja: me ha vuelto a mentir

Terapeuta: me lo ha comentado

Pareja: ya ves, volvemos a las andadas, con lo bien que iba todo

Terapeuta: ¿iba bien todo?

Pareja: sí, estaba siendo claro y me decía las cosas sin que yo se las tuviese que preguntar

Terapeuta: ¿cómo te hacía sentir esto?

Pareja: bien, muy bien, estaba recuperando la confianza

Terapeuta: ¿se lo transmitías?

Pareja: ¿cómo si se lo transmitía?

Terapeuta: se lo hacías saber, ¿le decías que estabas recuperando la confianza y que te sentías bien así?

Pareja: no

Terapeuta: entonces, ¿él no lo sabía?

Pareja: supongo que sí, él tiene que saber cuando miente y cuando no miente

Terapeuta: me ha comentado que se sentía cuestionado y que tenía miedo de tu reacción, que por eso te mintió en un principio

Pareja: ¿miedo de mi reacción? No lo entiendo

Terapeuta: pues me comentó que cuando te decía lo que sentía le hacías las mismas preguntabas varias veces para ver si seguía diciendo lo mismo

Pareja: claro, para saber que está diciendo la verdad

Terapeuta: ¿crees que así él puede saber que estás recuperando la confianza?

Pareja: ... no, imagino que no. esto es muy complicado

Terapeuta: no digo que sea fácil, por supuesto que es complicado pero es importante no complicarlo aún más

Pareja: ya

Terapeuta: ¿cómo crees que hubiese reaccionado él si en lugar de insultarle cuando te dice que te acaba de mentir, le preguntas por qué lo hizo y le dices que te alegras mucho de que rectificase a tiempo y él mismo te lo dijera?

Pareja: imagino que bien

Terapeuta: ¿crees que eso puede ayudar a que vaya perdiendo el miedo a tu reacción y que siga en la misma línea?

Pareja: si yo sé que me paso, me enciendo y digo muchas cosas que no siento

Terapeuta: esto que me estás diciendo, ¿se lo puedes decir a él?

Pareja: lo puedo intentar

Terapeuta: bien, sería estupendo que le digas “siento haberme puesto así, la verdad es que estaba muy contenta con los cambios, estaba recuperando la confianza y esto me hizo dudar pero entiendo que es difícil y que no vas a cambiarlo de un día para otro, por favor, cuando sea así, prefiero que tú mismo me digas que me has mentido”

Pareja: aquí todo parece más fácil, hay que ver cómo nos complicamos...

Podría poner más ejemplos pero sería alargar en exceso la ponencia. Recorro a ejemplos de sesiones pues creo que los diálogos nos permiten visualizar mejor algunos de los matices que es difícil transmitir simplemente con teoría.

El trabajo con pacientes y familias de manera paralela nos permite un mayor margen de maniobrabilidad terapéutica ya que por la variabilidad emocional y la frecuente susceptibilidad que manifiestan los pacientes ante muchos de sus familiares, el atenderlos en la misma sesión puede interferir en la evolución de la terapia e incluso interrumpir su curso. Un comentario desafortunado por parte del familiar o del paciente o una mala interpretación por parte de cualquiera ellos, puede provocar un giro impredecible en la respuesta y reacción del paciente que impida continuar con la sesión. Por eso, en muchas ocasiones, nos hemos encontrado en auténticos campos de batalla.

En una ocasión tras reunir a todos los miembros de una familia a petición de los padres se generó una situación totalmente absurda y contraproducente. La reunión consistió en echar en cara todo lo que le faltaba a la paciente por mejorar y conseguir que ésta perdiese los papeles. Una vez conseguido el “objetivo” la madre se dirigió a la terapeuta de familia con un gesto de satisfacción “¿así no os habla a vosotras verdad?, ¿a que esto no lo imaginabais?”.

Evidentemente este es un ejemplo extremo pero lamentablemente ocurre con mayor frecuencia de la que se puede esperar, (especialmente en los casos de familias que llevan años nadando contracorriente). Uno de los motivos es que cuando finalmente se encuentran encauzadas, pueden tener dificultades para asimilar el cambio y para adaptarse a la nueva situación y esto conlleva a que inconscientemente generen e incluso provoquen situaciones que corroboren que la situación sigue como antes o incluso peor que antes. Esto puede parecer irreal o una postura crítica hacia los familiares pero este no es mi objetivo. De hecho, quiero aclarar que los familiares que colaboran en terapia son nuestros mejores aliados y facilitan muchísimo el proceso terapéutico, así como el mantenimiento de la mejoría pero como comentaba antes, las situaciones extremas en estas familias suelen ser mucho más frecuentes de lo que podemos imaginar y creo que es necesario comentarlo.

Aunque el propio proceso de terapia puede resultar útil para obtener información de la comunicación paciente- familiares, cuando ésta está muy deteriorada puede no compensar ya que la “reunión” puede servir de desencadenante de un conflicto y por la sensación de seguridad que aporta el entorno terapéutico pueden ser mucho más bruscos de lo habitual (con la esperanza de que se le entienda, ayude y solucione el problema). En otra ocasión cuando llegué a consulta me encontré a una paciente sentada en el pasillo, al lado de la puerta. Le pregunté por qué no pasaba y se limitó a mirar para otro lado e ignorarme. Al entrar me encontré al equipo reunido para ver cómo se podía evitar que los padres y la paciente se encontrasen porque ambos se negaban a hablar. Anteriormente se había dado una situación similar y al pedirle a la paciente que por favor esperase en la sala lo que conseguimos fue otro campo de batalla, los gritos eran escandalosos y la intensidad se respiraba en el ambiente. En una situación como esta, puede ser tentador invitarles a marcharse y la realidad es que la actitud de todos no era para menos pero ¿a quién ayudaríamos?, ¿a ellos o a nosotros?... efectivamente, los únicos “beneficiados”, por lo menos a corto plazo, seríamos los terapeutas porque nos quitaríamos el “problema” de encima pero ni yo ni el resto del equipo somos partidarios de tomar decisiones que pueden estar condicionadas por la intensidad de un determinado momento e intentamos pensar en las posibles consecuencias y alternativas posibles antes de tomar una decisión precipitada.

En esta familia la situación había llegado a semejantes extremos que padre e hija se insultaban a diario, rompían muebles, puertas, vajillas, etc y recientemente habían llegado a

las manos. Una vez más recurro a un ejemplo extremo que si bien parecía imposible se abordó trabajando de manera paralela y llegando a acuerdos mínimos que se iban aumentando a medida que avanzaban las sesiones. La sensación de “a ver cómo vienen hoy” desapareció y la mejoría empezó a notarse por parte de todos. En este caso las reuniones conjuntas hubiesen quemado al más paciente de los terapeutas o evitado que la terapia fuese efectiva y lo más probable es que dejaran de acudir a las sesiones. Cuando la relación está tan viciada es especialmente importante recuperar la calma, el respeto y el diálogo entre todos. Sin esto, todo lo demás será imposible. En este caso a la chica se le “retó” para que demostrase que realmente se podía hablar con ella, que podía permanecer en una sala sin que la situación se descontrolase y sobre todo que podía hablar sin gritar y sin insultar. A los padres se les recordó lo importante que era que diesen ejemplo y que aunque entendíamos lo difícil que podía ser la situación, la manera de hacerle frente les estaba dañando a todos. También se les “retó” a que demostrasen que podían mantener las formas y escuchar a su hija, incluso cuando ella empezase a perder un poco el control, validando sus esfuerzos y recordando que no querían discutir, que todos sufrían de esa manera. Conseguido esto, el resto vendría rodado. En realidad, nos limitamos a recordar aspectos básicos que se pueden olvidar cuando la desesperanza y las ganas de ayudar se han convertido en frustración, rabia y rencor.

Estas situaciones (que pueden surgir en muchos casos, no solo en los de familias con un miembro diagnosticado de trastorno de la personalidad), se pueden manejar pero suponen un desgaste importante para todos, (incluido el terapeuta) y además de dejar un “mal sabor de boca” totalmente innecesario, generan muchas dudas acerca de lo ocurrido durante la sesión y de los posibles beneficios y/o perjuicios de la terapia.

En casos como los de los ejemplos relatados durante esta ponencia, es importante no asumir riesgos innecesarios por parte del terapeuta y recordar que lo que habitualmente puede funcionar en algunos casos, en estos no siempre es suficiente. También se puede intuir que marcando unos límites rígidos con el “paciente identificado” y con sus familiares podemos conseguir estar más tranquilos pero no estaríamos ayudando a aquellos que acuden a vernos con una situación desesperada que describen como “insostenible”, “insoportable”, “un infierno”, “sin solución”. En muchos casos, las medidas de contención de las que dispone la familia son

limitadas e insuficientes pues ni pueden dejar de hacer su vida para vigilar al paciente ni deben de hacerlo porque sería reforzar esta situación.

En una ocasión tras una reunión conjunta en la que aparentemente todo había ido bien, al salir la madre le dijo a la paciente “no tienes vergüenza, cómo le dices nuestras cosas a personas de fuera”. La paciente que había considerado un paso positivo el verbalizar lo que sentía y las cosas que creía que podían mejorar, salió del coche en un semáforo y estuvo perdida varios días por la calle. Nuevamente recorro a un ejemplo extremo pues la mayoría no llegan a esta intensidad pero realizando entrevistas paralelas disminuye la posibilidad de que situaciones como estas se repitan.

Una vez comentado esto, quiero señalar que en un entorno de ingreso, con medidas de contención sería más viable realizar entrevistas conjuntas porque se dispone del tiempo suficiente para conseguir que el paciente se desactive emocionalmente y vuelva a sentirse mínimamente estable, controlando así la situación y evitando una nueva escalada o discusión al llegar a casa. Esto no quiere decir que para trabajar a nivel familiar haya que ingresar al paciente ni mucho menos (de hecho nosotros sólo recomendamos un ingreso en casos muy puntuales), simplemente pretendo explicar que cuando el paciente se queda ingresado mientras que los familiares se van, la “separación” les permite a ambos reflexionar sin seguir metidos en la espiral que puede haber surgido durante una sesión.

En nuestro caso, al tratarse de un tratamiento ambulatorio, tanto el paciente como los familiares pueden carecer de habilidades, de recursos o de las fuerzas y motivación necesarias para intentar mejorar la situación. Incluso en los casos de familiares especialmente cautos y colaboradores (que los hay también y cuando leen ejemplos como estos se escandalizan con razón), la sesión conjunta puede suponer un problema. En una ocasión, durante una de las sesiones conjuntas, una paciente se hizo consciente de “lo mucho que hacía sufrir a su familia” y llegó a la conclusión de “*estarán mejor sin mí, lo mejor que puedo hacer es desaparecer*”. En esta sesión no hubo comentarios críticos, hostiles, invalidantes ni desafiantes, la madre se emocionó mientras explicaba cómo se sentía cada vez que su hija se hacía daño o cómo se sentía una mala madre por no saber ayudarla. El padre se limitó a consolar a la madre expresando su propia preocupación porque no entendía como una persona “tan maravillosa se podía odiar tanto”.

El que optemos por esta forma de trabajo en muchos de los casos, no significa que no abordemos ni confrontemos el comportamiento del paciente pero hay muchas maneras de hacerlo. Para esto lo primero es establecer una buena alianza y conocer en profundidad al paciente (y sus posibles reacciones). Lo segundo es tener presente que para que la confrontación sea efectiva conviene “complementarla” con un grado de validación. Por ejemplo: *“entiendo que lo que te digo es difícil para ti y que no siempre te das cuenta pero si quiero ayudarte es importante que te diga lo que otras personas no te suelen decir por miedo a herirte o por temor a tu posible reacción. Si no te digo lo que creo que puede estar interfiriendo no te estaré ayudando y ese es mi objetivo principal”*. A una explicación como esta le suelo añadir una pregunta del tipo *“¿qué te parece?, ¿tiene sentido para ti?”* para asegurarme de que el paciente ha captado lo que intento transmitir, para hacerlo participe de las reflexiones y conclusiones terapéuticas y sobre todo para asegurarme de que lo que le acabo de decir lo puede asimilar sin consecuencias negativas.

Si en algún momento decidimos realizar una terapia conjunta (con todos los miembros de la familia en la misma sala) es importante que ambas partes lo acepten pero sobre todo que esta decisión sea tomada porque consideramos que puede beneficiar a los miembros de la familia, no por sentirnos presionados por el paciente y/o los familiares. Si lo hacemos por presión la probabilidad de que sea un fracaso estará casi garantizada. Aquí me refiero a las situaciones en las que un paciente demanda una sesión conjunta para “saber lo que realmente opinan de él”, cuando unos padres la demandan para “asegurarse de que no miente” o cuando una pareja lo solicita porque quiere saber “cómo le habla al terapeuta”, “qué le dice” y obtener más información de la que su pareja está dispuesta a compartir en ese momento. Aquí es totalmente contraproducente ceder y sería un mal manejo por nuestra parte.

Algunos aspectos que pueden ser útiles para un abordaje efectivo a nivel general son:

1. Ser extremadamente cautos, adaptarnos al paciente, recordar que es una persona única, que su situación es única y que no podemos generalizar ni dar por hecho que intervenciones que funcionan en muchos casos “tienen” que funcionar en todos. Esto sería caer en una postura rígida (y un tanto narcisista) en la que el terapeuta atribuye un mérito excesivo a su intervención y a sus consejos

2. Respetar las limitaciones y el ritmo de evolución de los pacientes y de sus familiares. Aunque veamos con “claridad” lo que “tendrían que hacer” para mejorar la situación, no podemos olvidar que nosotros tenemos una perspectiva que no está contaminada por el contagio emocional, por la desesperación y en muchos casos, por las experiencias previas que han fallado
3. Normalizar sin invalidar. A veces, con la mejor de las intenciones se invalida al paciente *“no llores que no es para tanto”, “¿realmente crees que estás así de mal por lo que ha ocurrido con tu amigo?, no lo entiendo”, “no puedes permitir que te afecten tanto las cosas”* (opción: *¿cómo crees que puedes conseguir que te afecten menos estas situaciones? Es importante ayudar tanto al paciente como a sus familiares a buscar alternativas, darle/s “pistas” que les permitan llegar a una visión más global de la situación, pautas que les aporten una mínima sensación de control*). En este punto también conviene resaltar lo importante que es prestar atención a nuestro lenguaje no verbal pues los gestos pueden ser una manera de invalidar al paciente y de confundirle (se le dice una cosa pero se le transmite otra), para esto puede ser útil grabar las sesiones porque a veces se hace de manera inconsciente y la grabación permite visualizar detalles que se nos pueden pasar desapercibidos (gestos, incoherencias, interrupciones, ...)
4. Evitar las comparativas propias (es una forma de normalizar invalidando), *“a mí me pasó lo mismo”*. La situación inevitablemente será diferente a la situación de la persona y (espero) que tus recursos como terapeuta también. A veces nos olvidamos de este detalle y exigimos más de lo que el paciente puede aportar o realizar en un determinado momento
5. No transmitir nuestras dudas (podemos tenerlas, es lógico pero es muy importante no transmitir las). Esto no significa que no se deba clarificar algún aspecto que no nos queda claro (ver punto 13). En este punto me refiero a las dudas acerca de *“no sé por dónde tirar”, “¿y ahora qué le digo?”*, que son dudas lógicas cuando se empieza pero es importante que se compartan con el equipo, nunca con el paciente. En una ocasión una paciente que lleva años con la misma terapeuta se sintió totalmente abandonada y fracasada cuando ésta le dijo *“ya no sé qué más hacer contigo, creo que es mejor que pidas cita en este centro en el que te pueden ayudar”* (opción: *Creo que has avanzado mucho en el tiempo que llevamos trabajando juntas y creo que aún puedes avanzar más, por eso me interesa conocer el punto de vista de otro profesional para*

ver si nos puede hacer alguna sugerencia, ¿te parece bien que pidamos una segunda opinión a un colega?). De esta forma le transmitimos interés, se valora su trabajo, el tiempo que ha dedicado a la terapia, no se le transmite desesperación, sensación de que ya no se puede avanzar más). Esta paciente llegó a consulta pensando que era un caso perdido, diciendo, “si ella ya no sabe que hacer que es quien mejor me conoce, nadie puede ayudarme”. En este caso se reorientó la situación de la siguiente manera “creo que se trata de un malentendido porque a mí me ha transmitido que eres una persona muy luchadora, muy capaz y que tiene muchas ganas de seguir trabajando contigo, que cree que puedes dar mucho más de ti pero me dijo que podríamos hacer un trabajo conjunto porque en este centro estamos aplicando un programa específico que ella antes no conocía. Yo entendí que su idea era seguir trabajando en equipo y que ella supervise todo lo que yo hago pues ya me dejó claro que su principal interés es que tú sigas mejorando”. La paciente se sintió con más seguridad y con ganas de seguir avanzando. Y era la realidad porque su terapeuta con la mejor de las intenciones quería transmitir que era “ella” la que no sabía qué hacer pero no quería transmitir que no sabía qué hacer “con ella”. Este matiz es un ejemplo de lo importante que es ser cautos y prestar atención a los detalles

6. Escuchar, permitir que el paciente exponga sus quejas, sus dudas. A veces, por falta de tiempo, intentamos que el paciente concrete la “queja exacta” (algo muy difícil en un trastorno de la personalidad, especialmente un trastorno límite en el que la falta de identidad y la vulnerabilidad pueden hacer que cambie de un día para otro). Si no tenemos tiempo podemos decirle lo siguiente *“se me está pasando el tiempo muy rápido y me da la impresión de que no nos llega, ¿te parece bien que te pida que amplíes la información por escrito?, me interesa conocer lo que te preocupa para ayudarte a fijar los objetivos que nos permitan avanzar en terapia”*. En el centro solemos pasar un cuestionario biográfico de 23 hojas en el que se solicita información variada acerca de diferentes áreas de la vida de una persona. Esto que puede ser muy laborioso, a la vez aporta una sensación de “le importa lo que pienso”, “están haciendo una valoración completa para ayudarme”, “nunca había profundizado tanto en mis sentimientos y preocupaciones”. Es un primer paso para estructurar la terapia y clarificar los objetivos.
7. Dar feedback, no limitarse a escuchar, el terapeuta ha de adoptar una postura activa, participativa. Si se permite un desahogo y posteriormente no “devolvemos”

información al paciente, éste se puede sentir muy mal. Es probable que dé rienda suelta a su imaginación y que llegue a conclusiones del tipo “seguro que me he explicado fatal”, “no sabe qué hacer conmigo, debe de pensar que soy una plasta”, “pensará que estoy loca y por eso no me ha dicho nada”, “que vergüenza, no puedo volver a la siguiente sesión, le he dicho cosas que no pensaba decir”, “a lo mejor lo hice mal, tenía que haber preguntado más cosas”. También puede llegar a conclusiones del tipo “vaya terapeuta de mierda”, “no se entera de nada”, “que decepción, yo ahí contando toda mi vida para que alguien me ayude y no recibo nada a cambio”. El tipo de interpretación será muy variable y estará condicionada por el estado emocional del paciente, por los mecanismos de defensa que suele utilizar, por la transferencia y por su situación personal.

8. Mantener la calma y no tomarse los comportamientos de forma personal. Mezclo ambos aspectos porque suelen estar muy relacionados. En algunos casos nos encontramos a pacientes extremadamente complacientes, que están tan deprimidos y confusos que no se defienden, personas con las que puede ser más “fácil” empatizar. Aquí, mantener la calma será relativamente sencillo y saldrá de manera natural pero hay casos de personas con este diagnóstico que acuden a la defensiva (generalmente cuando ya han ido a muchos profesionales y siguen “igual”). También se dan situaciones en las que un paciente que habitualmente se muestra colaborador durante las sesiones llega con una postura defensiva, incluso de “ataque”, algo que puede descolocar y generar sentimientos diversos. En estas situaciones es importante mantener la calma y no tomarse las actitudes o respuestas de un paciente como algo personal, recordar que es información valiosa y que forma parte del problema que le trae a consulta. Esto será más útil que perder la calma y decir *“si sigues con esta actitud voy a finalizar la entrevista”*, una alternativa que implique al paciente como miembro del equipo y no le culpabilice puede ser *“me da la impresión de que estás a la defensiva, ¿ocurre algo o es una sensación mía?”. Si el paciente está especialmente incómodo y no quiere hablar se le puede preguntar “¿prefieres que nos veamos otro día y retomamos este tema?”*. Una cosa es marcar límites y otra muy diferente entrar al trapo y utilizar nuestra postura de “poder” con el paciente. Las reacciones contratransferenciales pueden ser muy útiles si son bien manejadas ya que aportan mucha información y nos dan pistas sobre los problemas que puede tener el paciente en su vida cotidiana y en los que es necesario trabajar. Además, la sensación que se

genere en nosotros (contratransferencia) nos puede ayudar a comprender cómo se pueden sentir las personas con las que se relaciona el paciente y darle una explicación a éste para que se haga consciente de cómo sus reacciones pueden generar a la vez reacciones (tanto positivas como negativas) en los demás.

9. Evitar las escaladas. Este punto va unido al anterior, un terapeuta puede tener dificultades para diferenciar entre “problemática del paciente” y “tiene un problema conmigo” y “lo hace para fastidiarme”. Aquí las respuestas pueden ser muy variables pero en cualquier caso dañarán al paciente y/o al proceso terapéutico.
10. Huir del contagio emocional. Las personas con este diagnóstico nos pueden convencer de que “lo mejor que pueden hacer es morirse”. Si el terapeuta es una persona sensible se puede sentir abrumado y superado, sentir que “no tiene respuestas”, contagiarse por el estado emocional del paciente y creer que no hay forma de ayudarlo a salir de ese estado, con el consiguiente riesgo de transmitírselo. Esto anula la maniobrabilidad terapéutica y puede hacer que las pautas o el feedback sean contraproducentes. Este es uno de los puntos en los que los terapeutas en formación suelen tener más dificultades. El contagio emocional nubla la visión objetiva. La sobreidentificación con lo que está diciendo el paciente no permite adoptar una postura terapéutica y bloquea. De repente parece que “todo lo que se sabe se ha olvidado o que no sirve para nada”. Además, el contagio emocional puede hacer que por miedo o inseguridad, se tomen medidas drásticas y perjudiciales (ingresos no necesarios por ejemplo) o a invalidaciones que si bien son realizadas con la mejor de las intenciones pueden conseguir el efecto contrario (comentarios del tipo “esta actitud no te ayuda, tienes que poner de tu parte” pueden transmitir al paciente que creemos que está así “porque quiere”, que no pone de su parte o que no se está esforzando lo suficiente, cuando la realidad es que cuando una persona se quiere morir tiene grandes dificultades para salir de la cama y aún más para acudir a una consulta.
11. No fiarse de lo aparente, recordar que muchos se protegen y tienen dificultades para profundizar en aspectos que son “emocionalmente intolerables”, prestar especial atención al lenguaje no verbal que nos puede indicar algo muy diferente a lo que está diciendo el paciente. Abordarlo de manera directa *“me preocupa la tristeza que reflejan tus ojos, no me encaja con lo que me estás diciendo, ¿es sensación mía o hay algo que te preocupa y que no me estás diciendo?”*

12. No anticiparse. Este punto va unido al de escuchar al paciente, esperar a tener toda la información. La anticipación puede tener el efecto de profecía autocumplida.
13. Clarificar aspectos que no entendemos. Si cuando no entendemos algo le preguntamos al paciente estaremos dando ejemplo de lo que puede hacer cuando no entiende algo. Esto es muy importante.
14. Conocer las dificultades habituales a las que se enfrentan las personas con este diagnóstico. Todo lo mencionado hasta ahora y lo que sigue a continuación será de poca utilidad si no se conoce la problemática del paciente, si no tenemos respuestas a sus dudas, si no podemos facilitar explicaciones que les permitan comprender mejor qué les sucede y así poder manejarlo buscando soluciones más efectivas.
15. Creer en la mejoría del paciente. Siempre digo que “me creo tanto que pueden mejorar” que lo transmito. Esto da seguridad y esperanza. Si partimos de que el cambio es posible el paciente lo percibirá, si partimos de “vaya marrón, a ver que hago con éste” (pensando en que es un caso sin solución) el paciente también lo percibirá y actuará en consecuencia: desmotivado y sin esperanza. No podemos olvidar que hablamos de personas hipersensibles y generalmente muy intuitivas.
16. Motivarle, transmitir optimismo y confianza. Unido al punto anterior. Aquí matizar que el optimismo ha de ser realista. Ser “demasiado” optimista puede hacer que el paciente se sienta presionado, incomprendido e incluso en muchos casos, invalidado *“no entiende nada de lo que acabo de decir”, “no entiende la intensidad con la que siento ni hasta qué punto me puedo descontrolar”*
17. No perder la perspectiva, el tratamiento puede ser a largo plazo. En los casos de pacientes más “funcionales”, los resultados se pueden empezar a ver con relativa rapidez (el paciente puede dejar de lesionarse durante los primeros meses, puede aprender a pedir ayuda de una forma más efectiva, puede estar más tranquilo y centrado en la terapia y el tratamiento, etc.). Sin embargo, en los casos de pacientes “menos funcionales” o más “cronificados”, aquellos que llevan años a tratamiento, sin resultados, que acuden totalmente desmotivados y casi resignados, nuestra labor se hace más difícil y es fácil perder la perspectiva y dar el caso por imposible. Aquí es importante tener presente la extrema sensibilidad y desconfianza que caracteriza a muchos de estos pacientes (especialmente a los que como decía antes, llevan años en tratamiento, cambiando de terapeuta, de diagnóstico y de objetivos). Hay pacientes cuya mejoría evoluciona a paso de tortuga y esto puede generar una sensación de

incompetencia tremenda en el terapeuta pero incluso en los casos más complicados, es importante intentarlo. Para reducir la frustración y no perder la perspectiva, es importante revisar los objetivos de forma periódica y recordar aquellos pasos que el paciente Sí ha dado (por pequeños que nos parezcan a nosotros) pues a veces, el terapeuta puede (al igual que el propio paciente y sus familiares) empezar a obviar y/o dejar de valorar los cambios y el esfuerzo que suponen.

18. Revisar las prioridades según la situación en la que se encuentre el paciente. Este punto va unido al anterior pero es importante tenerlo presente en todos los casos, no sólo en aquellos que nos pueden hacer dudar acerca de los avances. La revisión de objetivos permite revisar las prioridades y valorar aquello que se ha conseguido, así como plantear otros nuevos a medida que se consiguen los anteriormente propuestos. Esto es especialmente importante con las familias.
19. Ejercer de memoria cuando el paciente o sus familiares tienen dudas. Como comentaba en el punto anterior, recordar los pasos que ha dado el paciente por pequeños que sean pues tienen un efecto acumulativo positivo, forman la base del cambio global. Y no sólo conviene recordar los pasos que ha dado, conviene recordar lo que ha funcionado anteriormente cuando se deja de aplicar. Recordar momentos anteriores en los que el paciente y/o sus familiares han manejado situaciones de manera efectiva.
20. Recordar que las emociones son transitorias: este punto sigue la línea de los anteriores pero se merece un apartado propio pues las personas con este diagnóstico, cuando se encuentran mal, tienden a pensar que “nada sirve”, “que todo lo trabajado ha sido inútil porque vuelven a estar mal” (y si nos contagiamos emocionalmente, los terapeutas podemos pensar lo mismo). El transmitir y recordar que un estado emocional tiene una duración e intensidad limitada suele ser muy útil en terapia. De esta forma disminuye la visión dicotómica de situaciones determinadas y puntuales.
21. Seguir un orden de trabajo. Estos pacientes necesitan ordenar el caos y éste no se puede ordenar dentro del caos. Sin una estructura de trabajo es muy fácil perdernos y dejar de hacer terapia, las sesiones se pueden convertir en “charlas agradables” pero sin resultado terapéutico. Esto no es positivo y confundirá más al paciente, que seguirá acudiendo a consulta porque percibe un apoyo pero sin solucionar ninguno de los aspectos que interfieren en su calidad de vida y en su capacidad para hacer cosas y conseguir objetivos

22. Seguir una estructura en el proceso terapéutico. Al igual que la necesidad de un orden en la estructura de las sesiones comentada en el punto anterior, se requiere ordenar el propio proceso de terapia evitando sorprender al paciente cambiando la forma de trabajo sin consultárselo previamente ni explicarle los motivos. A veces la situación requiere un cambio pero siempre ha de explicarse al paciente.
23. Enfoque multidisciplinar. A ser posible estar coordinados con psiquiatra, asistente social, terapeuta de familia; con todas los profesionales de la salud que traten al paciente de manera que sea coherente la información que se transmita al paciente desde todos los ámbitos desde los que se le atiende. Si no es posible, animarle a aclarar las dudas que surjan en las terapias y/o tratamientos que siguen con otros profesionales directamente, nunca dar por hecho que lo que ha interpretado el paciente es exactamente lo que ha ocurrido ni “alimentar enfados”. Es importante ayudarle a plantear sus dudas, su enfado, molestia o lo que surja de una manera efectiva (esto le permitirá generalizarlo también a su vida cotidiana e impedirá que se sienta confuso porque “cada profesional le dice algo diferente”). Ejemplo: *“no sé por qué te pudo hacer ese comentario pero me parece muy importante que se lo preguntes en la siguiente cita, si te callas cosas que te molestan o que no entiendes él no podrá ayudarte de manera efectiva porque le faltará información”; “¿le has dicho todo esto que me estás diciendo a ella?, es importante que lo hagas...”*
24. Adaptar las técnicas al paciente, no intentar encajar al paciente en las técnicas (como señalaba en el punto 1, lo que funciona para una persona, no necesariamente “tiene” que funcionar para otra y mucho menos, para “todos”). Esto puede invalidar al paciente y hacerle sentir incomprendido, no respetado o confirmar algunos de sus pensamientos más habituales *“no sé hacer nada bien, soy un caso perdido”, “si esto funciona con los demás y conmigo no, es porque lo mío es peor, más grave y no tiene solución”*
25. Dar información de forma gradual pues aunque la psicoeducación es importante y necesaria, mucha información de golpe puede saturar al paciente y confundirlo aún más o darle la sensación de que es inabarcable, “de que tiene tanto que trabajar que no merece la pena el esfuerzo porque no va a ser capaz” o que perciba la posible mejoría como algo inalcanzable.

26. Recurrir a ejemplos que permitan al paciente y a sus familiares asimilar la teoría y asegurarnos de que han captado lo que queremos transmitir. No dar por hecho que una explicación va a ser comprendida con la misma facilidad por todos.
27. Facilitarles estrategias que permitan (tanto al paciente como a sus familiares) manejar mejor las situaciones (cotidianas y críticas)
28. Pedir opinión al paciente, ayudarlo a sentirse parte del equipo de trabajo, no simplemente alguien al que “hay que curar”.
29. Atribuir el control al paciente, ayudarlo a centrarse en lo que depende de él y no tanto en lo que depende de los demás.

A nivel familiar es importante:

1. Establecer una alianza y tener en cuenta las necesidades y la situación de la familia. Es muy importante valorar cómo se encuentran los miembros de la familia, ya que cuando llegan pueden encontrarse tan desesperanzadas como el propio paciente.
2. Explicarles en qué consiste el trastorno y ayudarles a diferenciar entre problemática y forma de ser. Darles información y explicaciones de lo que le ocurre al paciente. Es frecuente que los familiares consideren que el paciente es “egoísta”, “caprichoso”, “vago”, “se desentiende de todo”, etc. Estos son comentarios frecuentes y es necesario intentar que cambien la perspectiva ya que en función de lo que piensen que le ocurre al paciente así lo tratarán.
3. Incluirlos como parte del equipo de trabajo; hacerles partícipes de la terapia y del proceso
4. Escucharles, tener en cuenta su opinión, pedirles información, hacerles ver que esto es importante para nosotros
5. Ayudarles a mejorar la comunicación (verbal y no verbal) y a ser coherentes con lo que transmiten.
6. Ayudarles a despersonalizar las reacciones del paciente, a que no se las tomen de manera personal (esto suele provocar respuestas defensivas por ambas partes)
7. Facilitar pautas concretas para las diferentes etapas del proceso de recuperación
8. Darles alternativas para tratar al paciente de una manera que les resulte más útil y menos dañina a todos. En ocasiones los familiares nos dirán que ya han probado de

todo, e incluso lo que les proponemos en ese momento, pero es muy importante profundizar en *cómo* lo han hecho.

9. Desculpabilizarles y centrarles en el presente. Independientemente de que en algunos casos los familiares pueden haber contribuido a que la situación empeore es importante ayudarles a centrarse en el presente y recordarle que antes no tenían pautas ni comprendían lo que ocurría. Ejemplo: *¿si tuvieses la información que tienes ahora crees que harías esto que me estás comentando?, ¿qué crees que te puede ayudar más ahora, buscar todo lo que has hecho mal y culparte por ello o centrar toda esa energía en averiguar lo que ahora sí puedes hacer para contribuir a que la situación mejore?*.
10. Ayudarles a diferenciar sus sentimientos de la realidad. A veces, al encontrarse ya muy “quemados” por la convivencia diaria, suelen ser muy negativos y tener dificultades para ser objetivos. Les cuesta entender cómo una persona que puede funcionar bien en algunos ámbitos, no es capaz de hacer otras cosas que “para ellos” son básicas y muy fáciles. Aquí se mezclan sentimientos y capacidades propias con sentimientos y capacidades del paciente.
11. Validar su situación y sus intentos de ayuda al paciente a la vez que se les explica la necesidad de cambio. Este punto va unido al del desculpabilizar pues en ocasiones los familiares se sienten culpabilizados y atacados en las consultas. Esto hace que pautas bien intencionadas y necesarias se interpreten como críticas hacia “su manera de hacer las cosas” o que piensen que “creemos que lo han hecho y lo hacen mal”. La terapia no persigue culpables ni juzgar acerca de lo que es “correcto”, “incorrecto” sino persigue mejorar una relación familiar y una convivencia que por los roces en muchos casos se ha hecho muy difícil para todos. Es importante que valoremos sus esfuerzos y los intentos que han realizado hasta el momento a la vez que les ayudamos a desmenuzar los detalles que pueden hacer que algo funcione mejor.

Podría seguir enumerando aspectos útiles pero siempre se quedaría alguno pues día a día descubrimos detalles que son importantes. Dicho esto, quiero añadir que cualquier orientación, cualquier formación y/o explicación teórica, por muy completa que sea, necesita ser complementada con la experiencia y esto es algo que se adquiere con la práctica, algo que aprendemos directamente de los únicos expertos en ellos mismos: los pacientes.

Antes mencionaba que hace 4 años sentí la necesidad de buscar apoyo, no sólo por la carga de trabajo sino porque quería intercambiar opiniones, tener alguien a mano con quien poder consultar y compartir experiencias, alguien a quien poder explicar lo que estaba haciendo y las dificultades que me iba encontrando. Mi compañera Laura ha suplido con creces todo lo que necesitaba y 4 años más tarde el equipo cuenta con tres psicólogos más que aún han mejorado la situación y que la mejoran día a día. Todos tienen formación en terapia familiar y aún así se han visto saturados durante los primeros meses, cada uno de ellos ha pasado por etapas en las que tenían dudas acerca de su trabajo diario y acerca de si “podían tratar a estos pacientes” o como mínimo la sensación de “falta de recursos” o de “falta de respuestas”. Creo que esto refleja la necesidad de una formación específica (tanto a nivel individual como familiar).

Actualmente seguimos realizando las entrevistas por separado y solo en casos puntuales nos saltamos esta estructura. Hoy en día, superados los temores iniciales en relación al tratamiento de estos pacientes (por su extrema sensibilidad, miedo a equivocarse, a hacerles daño, a generarles una crisis,...) hemos observado que en muchos casos resulta mucho más complicado, e incluso agotador, el trabajo con las familias. Si el paciente ya llega cansado de diferentes profesionales, métodos y diagnósticos, las familias, que en la mayor parte de los casos los acompañan, no sólo están agotadas de ese peregrinar y de “probar suerte”, sino que traen un enorme desgaste emocional derivado de la convivencia, lo que provoca que muchas veces lleguen tanto o más “resistentes” que el paciente (con sus propios mecanismos de defensa), y que sea mucho más difícil transmitirles esperanza y posibilidades de cambio. En muchos casos encontramos la tendencia a “convertir soluciones en quejas” y grandes dificultades para valorar los cambios y los objetivos conseguidos. Aún así, nuestra experiencia nos indica que es importante intentarlo pues una vez que se consiguen cambios y estos se mantienen, es más probable que recuperen la confianza y así los acepten y valoren.

A nuestro centro acuden personas de diferentes partes. De Galicia acuden personas de Santiago, Vigo, Lugo, Orense, Pontevedra y de los pueblos más remotos. Del resto de España sorprendentemente acuden personas de Gijón, Oviedo, Bilbao, Pamplona, Barcelona, León, Zamora, Madrid, Teruel, Valencia, Badajoz, Sevilla, Cádiz, Jerez de la Frontera, e incluso hemos recibido alguna consulta desde Ibiza, Las Palmas y Tenerife. ¿Por qué menciono esto? Porque me parece que refleja la necesidad de intervención en este campo. Cada uno de

los pacientes que sigue el programa que aplicamos en el centro, que pide ayuda cuando la necesita y que no abandona las terapias como se suele anticipar para las personas con este diagnóstico nos animan a seguir con esta forma de trabajo. Ellos, sus familiares y cada una de las personas que semanalmente o mensualmente se hacen kilómetros y kilómetros para venir a consulta reflejan:

- a.- la necesidad de intervención específica
- b.- la necesidad de una formación específica
- c.- el esfuerzo que están dispuestos a hacer (tanto el paciente como las personas de su entorno)
- d.- cómo el asumir que estas personas “no se involucran en la terapia” es, en la mayoría de los casos, un mito
- e.- las dificultades y desesperación de los familiares que en muchos casos, cansados de ir de profesional en profesional sin recibir explicaciones o pautas específicas, deciden buscar ayuda fuera
- f.- como un libro informativo como “Diamantes en Bruto I”, que parte del respeto a los pacientes con este diagnóstico, que pretende “dar voz” a sus sentimientos más profundos y ayudar así tanto al que lo padece como a sus familiares a comprender a qué se enfrentan, puede abrir una luz de esperanza y movilizar a tantas personas.
- g.- la necesidad de que los validen y respeten como personas diferenciando entre “su manera de ser” y las dificultades que se derivan de su trastorno

Para finalizar tengo que añadir que sin el apoyo del excelente equipo de profesionales con los que cuento, este trabajo no sería posible. Animo a todos los profesionales a solicitar supervisión, a trabajar coordinadamente con otros compañeros y a seguir formándose en patologías tan complejas e incomprensibles como son los trastornos de la personalidad, sin olvidar que solo profundizando y escuchándoles a ellos podemos conocer las dificultades a las que se enfrentan y cómo podemos ayudarles. Las diversas técnicas de las que disponemos son inútiles si no tenemos en cuenta la situación específica de cada paciente pues aún con el mismo diagnóstico, el modo en que se presenta así como la manifestación de los síntomas es muy variable y único, como es lógico en una especie tan compleja como es el ser humano.

Sé que en una hora es imposible resumir años de trabajo (especialmente cuando se trata de un trabajo tan intenso y lleno de imprevistos), lo intenté con cada una de los psicólogos que se han ido incorporando al equipo pero no fue posible hasta que lo pudieron experimentar en la práctica. Espero que estas líneas inviten a la reflexión, a partir de ahí cada persona encontrará su método pues todos son válidos si con ellos se ayuda a las personas que acuden a vernos y si colaboramos aunque sea un mínimo a que muchas de las personas con este diagnóstico no acaben formando parte de las estadísticas que lamentablemente siguen informando de un 10% de suicidios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. **Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares.** Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2004.
2. **Diamantes en Bruto II.** Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2004
3. **De la teoría a la práctica: Intervención en el trastorno límite de la personalidad.** Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2005.
4. **Más allá de lo aparente. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de los familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad.** Dolores Mosquera, Laura Ageitos. Ediciones Pléyades, S.A. 2005.
5. **Abordaje del trastorno límite de la personalidad: la importancia de la paciencia y la constancia en terapia.** Revista Persona: Revista del Instituto Argentino para el estudio de la Personalidad y sus Desórdenes.
6. **El suicidio. Prevención y manejo. Memorias de un curso necesario.** Prof. Sergio Pérez Barrero, Dolores Mosquera. Ediciones Pléyades, S.A. 2006.