



DESCLÉE DE BROUWER

Entrevista con Álvaro Frías, autor del libro *Vivir con trastorno límite de la personalidad*

«A nivel laboral y académico se recomienda que realicen actividades dinámicas, con importante grado de autonomía e individualidad, de naturaleza más bien artística y con flexibilidad en el cumplimiento de objetivos»

Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), ¿Cómo lo definimos?

Es una manera de ser que genera sufrimiento a la propia persona y a su entorno. Afecta negativamente a la manera en que sienten, demostrando alta sensibilidad emocional; que perciben, mostrando síntomas de alta desconfianza y que actúan, ya que reaccionan con impulsividad ante la vida, incluyendo el afrontamiento de las situaciones estresantes, sobre todo en las relaciones con los demás.

¿Tiene algún componente genético o cualquier persona puede sufrir TLP?

Es un diagnóstico de origen multifactorial, es decir, el papel de la genética es más o menos importante dependiendo de la persona afectada. En general, se sabe que el peso de la genética explicaría un 35-45% del riesgo de padecer TLP, aparte de otros factores más de tipo ambiental como podrían ser traumas infantiles, vínculos insanos con los padres, etc. Lo que se suele heredar como tal es lo que se llama temperamento, es decir, la tendencia innata que tendría ese niño a ser impulsivo, sensible y muy dependiente del afecto de las figuras de referencia.



«La genética explicaría un 35-45% del riesgo de padecer TLP.»

El afectado de TLP ¿es consciente de su problema o siempre necesita ayuda externa para reconocer su problema?

Las personas con TLP generalmente viven en un ciclo de acción-reacción con el entorno que raramente les permite pararse a pensar desde fuera su papel real en este tablero que es la vida. Según las características concretas de su diagnóstico, unos tienden a culparse exageradamente de lo que les pasa, mientras que otros externalizan esta responsabilidad en los demás. La terapia justamente busca que vean estos patrones de acción-reacción con el entorno y que puedan tener una visión realista y constructiva de su papel en ello.

«Unos tienden a culparse exageradamente de lo que les pasa, mientras que otros externalizan esta responsabilidad en los demás.»

Una vez diagnosticado ¿En qué consiste el tratamiento?

El tratamiento de base es la psicoterapia, es recomendable trabajar tanto en la elaboración de traumas o identificación de patrones del pasado del paciente, como en su presente y futuro más inmediato. El tratamiento intensivo suele durar entre 2 y 5 años, aunque lo habitual es que mantengan contacto terapéutico sine die, incluyendo fases con visitas más frecuentes si se hallan en una crisis emocional. Dicha psicoterapia sería ideal que combinase un formato individual con otro en grupo, dado que en esta última modalidad se pueden trabajar “en caliente” los patrones de relación inadecuados y, a partir de ello, reconducirlos in vivo.

¿Hay pacientes que necesiten tratamiento psiquiátrico?

Una grandísima mayoría de pacientes suele necesitar tratamiento psiquiátrico, especialmente antidepresivos y/o estabilizadores del ánimo/eutimizantes. La intervención psicofarmacológica es importante, sobre todo para reducir algunos síntomas diana, especialmente en momentos de crisis emocional como en casos de elevada angustia o alta impulsividad.

¿Por qué muchas personas abandonan el tratamiento?

Las propias características del trastorno repercuten en la vivencia del tratamiento. Por ejemplo, la baja tolerancia a la frustración, la inconstancia o la alta impulsividad pueden conllevar que abandonen la terapia si no ven resultados inmediatos. Por otro lado, la inestabilidad del ánimo puede implicar que no salgan de casa justo en los días que tenían la visita programada. Por último, su patrón relacional insano conlleva que la misma relación terapéutica sea una amenaza para dichos pacientes, pues suelen reproducir con los terapeutas aquellas vivencias disfuncionales que también desarrollan en su entorno “real” como por ejemplo enfadarse con el terapeuta por haberse sentido cuestionado.

«La baja tolerancia a la frustración, la inconstancia o la alta impulsividad pueden conllevar que abandonen la terapia si no ven resultados inmediatos»

¿Afecta a la relación con el entorno más inmediato: familia, amigos, trabajo?

Indudablemente, sobre todo en aquellos pacientes que tienen una sintomatología más externalizante, lo cual incluiría una mayor tendencia a mostrarse irritable-desafiante, egocéntrico, impulsivo y/o manipulador.

¿Dónde está “la clave” que lo diferencia, por ejemplo, con la depresión, bipolaridad u otros trastornos?

El diagnóstico diferencial muchas veces es longitudinal, es decir, ha de pasar un tiempo para poder ubicar y dilucidar si los síntomas son más propios de uno u otro trastorno de base. No obstante, hay otras pistas más transversales que nos pueden ayudar a determinar si estamos ante un TLP o bien ante otro diagnóstico “afín” como el trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La presencia de antecedentes psiquiátricos familiares puede ser un indicio que ayude al diagnóstico diferencial, si el paciente tiene un padre con trastorno bipolar, habrá que valorar muy seriamente esta posibilidad en él mismo.

¿Qué hay de la respuesta a la psicofarmacología?

También es otra marca a seguir. En un paciente inestable a nivel emocional que responde al tratamiento con psicoestimulantes o sus síntomas se reducen cuando consume cocaína, habrá que valorar muy seriamente la hipótesis del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Dicho todo esto, la comorbilidad entre diagnósticos “afines” es relativamente común, complicando aún más todo ello. En este caso, síntomas comunes a ambos diagnósticos se explicarán más por uno o el otro diagnóstico, dependiendo del momento. En torno a un 15% de pacientes con TLP tienen también trastorno bipolar y ambos trastornos pueden dar pie a sintomatología depresiva.

En este caso, una de las claves para diferenciar su “origen” en cada momento son los desencadenantes de dicha sintomatología depresiva. En el caso del TLP, suele ser más reactiva a situaciones estresantes como una ruptura sentimental. En el caso del trastorno bipolar, tiende a ser más “endógena” como una depresión estacional, es decir, sin que obligadamente deba irrumpir un desencadenante externo relacional.

«El paciente con TLP puede ser muchas personas diferentes según el momento»

Las personas más cercanas al afectado ¿Cómo pueden ayudarle?

La clave es encontrar un equilibrio entre las muestras de afecto, comprensión y empatía con las manifestaciones de límites, separación y auto-respeto ante el paciente. Esta distinción es importante resaltarla porque el paciente con TLP puede ser muchas personas diferentes según el momento y por tanto la reacción sana del familiar también debe ser diferente. Si el paciente adopta un tono victimista o chantajista, habrá que potenciar el polo “límites”; si realiza una confesión emocional que nunca había hecho, habrá que mostrar más bien empatía y comprensión. Para que el familiar pueda acercarse a este equilibrio es necesario que alcance ciertas metas, como identificar, procesar y reconducir sus propios patrones emocionales o tener pautas de actuación concretas para las situaciones muy desafiantes y extremas que se pueden presentar. Con todo, incluso los familiares más “entrenados” no siempre podrán hallar ese equilibrio, lo cual ha de ser aceptado como parte del aprendizaje experiencial y la naturaleza imperfecta del ser humano.



«Encontrar un equilibrio entre las muestras de afecto, comprensión y empatía con las manifestaciones de límites, separación y auto-respeto ante el paciente, es una de las claves para ayudarlo».

¿Pueden llevar una vida laboral normal los afectados de TLP o es aconsejable limitar su actividad laboral a determinadas tareas?

Uno de los primeros “duelos” que muchos de estos pacientes han de afrontar es reconducir en alguna medida sus expectativas laborales y académicas. Es muy importante que su desarrollo académico y laboral potencie sus virtudes como la espontaneidad, la alta capacidad intuitiva, la creatividad, la sensibilidad artística y a la vez, no choque de frente con sus problemas emocionales e interpersonales de base como el alto temor a fallar a terceras personas; competitividad en grupos de trabajo, incluyendo también desconfianza, envidias y sentimientos de inferioridad.

¿Se recomienda que realicen algún tipo de actividad?

Se recomienda que realicen actividades más bien dinámicas, con importante grado de autonomía e individualidad, de naturaleza más bien artística y con flexibilidad en el cumplimiento de objetivos. Este perfil de trabajos es muchos más adaptado a la realidad clínica de estos pacientes y suele generar una mayor funcionalidad laboral a largo plazo.

Bibiana Ripol

Barcelona, 15 de noviembre de 2017

Esta entrevista puede ser copiada en fragmentos o en su totalidad y reproducida en cualquier medio.