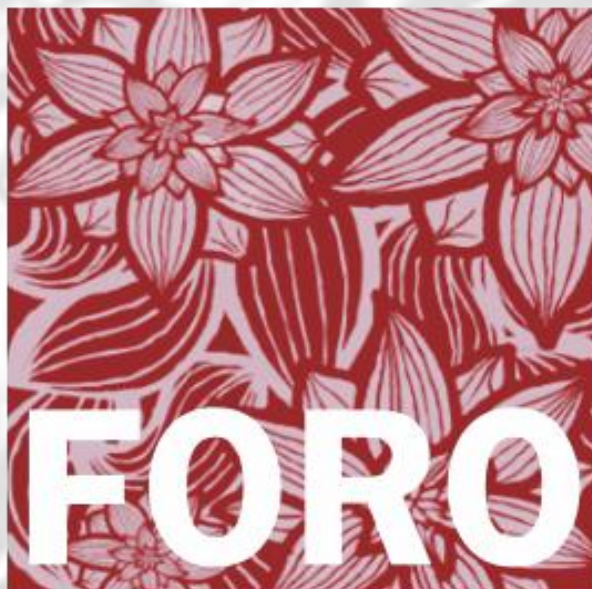


**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO**  
**DIRIGIDO A PERSONAS CON DESORDEN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD,**  
**SUS FAMILIARES Y ALLEGADOS**



**FUNDACIÓN FORO**

**AUTORES**

Pablo Gagliesi  
Carola Pechon  
Juan Pablo Boggiano  
Corrine Stoewsand  
y colaboradores

**FUNDACIÓN FORO**

## Índice

1. Introducción	3
2. ¿A qué denominamos, en general, “desorden o trastorno de la personalidad”?	3
3. ¿Qué entendemos por “desorden límite de la personalidad”?	3
4. ¿Quiénes presentan un desorden en la regulación de las emociones?	10
5. Génesis y explicación causal del desorden en la regulación de las emociones	10
6. Características de las personas con desorden en la regulación de las emociones	20
7. ¿Cuál es la experiencia interna de las personas con desorden de la regulación de las emociones?	23
8. ¿Qué sucede con familiares y allegados?	25
9. ¿Cuándo y por qué se acude a la consulta?	30
10. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de desorden en la regulación de las emociones?	31
11. Pronóstico y tratamiento	31
12. En síntesis, y a modo de reflexión	36
Bibliografía	37
Ficha de datos útiles	39

# FUNDACIÓN FORO

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente texto es brindar información con rigor científico, de una forma clara y sencilla, acerca de un desorden que afecta a muchas personas y por extensión a sus familias y allegados, denominado más frecuentemente como “trastorno límite o *borderline* de la personalidad”.

La información que se brinda puede resultar algo general o provocar más interrogantes acerca de cuestiones específicas. El fin último es, sin embargo, complementar la información que el profesional de salud mental pueda brindar y fomentar un diálogo que ayude a despejar dudas y profundice el conocimiento.

En ciertos casos hemos considerado oportuno introducir una transcripción de relatos y citas de consultantes cuya identidad ha sido, desde ya, debidamente resguardada.

Debe tenerse en cuenta que el presente manual de ningún modo sustituye el consejo de su psiquiatra y/o psicólogo/a.

## 2. ¿A QUÉ DENOMINAMOS, EN GENERAL, “DESORDEN O TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD”?

De acuerdo con la concepción científica actual, se define como “desorden de la personalidad” a *un patrón persistente de experiencia interna o conducta*, que usualmente produce malestar y se manifiesta en algunas de las siguientes áreas:

- ◇ Cognición (en la forma de percibir o interpretarse a uno mismo, o a otras personas o en determinados eventos).
- ◇ Afectividad (en la amplitud, intensidad, labilidad de la respuesta emocional).
- ◇ Funcionamiento interpersonal (relación con otras personas).
- ◇ Conductas (dificultad en la regulación de las acciones).

Este patrón de experiencia interna o conducta, al cual se denomina “*trastorno de la personalidad*”, suele además cumplir con algunas de las siguientes características:

- ◇ ser inflexible en un rango importante de situaciones sociales y/o personales;
- ◇ generar malestar significativo y eventual repercusión en el funcionamiento social/profesional.

Estas características son más o menos estables a lo largo de la vida, y pueden comenzar durante la adolescencia o la edad adulta.

## 3. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR “DESORDEN LÍMITE DE LA PERSONALIDAD”?

El desorden límite de la personalidad (DLP) es uno de los once trastornos de personalidad descritos en los manuales de diagnósticos utilizados por

profesionales de salud mental (DSM IV y CIE-10). Es, asimismo, de los más estudiados en la literatura científica actual.

Se estima que del total de pacientes en tratamiento psiquiátrico/psicológico ambulatorio, 11% cumplen criterios para este desorden. A su vez, representan el 19% de los pacientes internados en clínicas psiquiátricas de agudos.

Términos como "límite", "límitrofe" o "*borderline*" devienen de una antigua denominación que lamentablemente en ocasiones continúa utilizándose. A raíz de la confusión que estas palabras generan en la comunidad y entre los profesionales, se encuentra en marcha una revisión a favor de la utilización de "desorden de la regulación de las emociones" (DRE).

Los autores del presente texto y los profesionales con quienes trabajamos nos sentimos más a gusto con esta nueva denominación y la consideramos más acorde con lo que percibimos en nuestra práctica diaria. Muchos pacientes encuentran también que "desorden de la regulación de las emociones" se condice en mayor medida con algunos aspectos de su padecimiento.

En la práctica psiquiátrica y psicológica se encuentra ampliamente difundida la utilización de los *manuales diagnósticos*. Dichos manuales realizan una descripción de distintos desórdenes y enumeran una serie de criterios diagnósticos que intentan describir características generales comunes de diferentes padecimientos.

La discusión acerca de las ventajas y desventajas de tal clasificación categorial excede el presente texto. Y, por ahora, representan el mejor sistema clasificatorio del que se dispone.

Los criterios diagnósticos que enumeraremos pueden a menudo diferir entre especialistas de distintas corrientes psicoterapéuticas. Esto resulta de importancia al momento de considerar que la información que vos puedas recibir podría diferir según el especialista o la fuente consultados.

En el caso particular del presente texto, consideraremos el manual diagnóstico avalado por la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) denominado DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), en su versión más reciente (IV-TR) que data de 2002.

Según dicho manual, el trastorno límite de la personalidad se caracteriza por presentar un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, 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 para evitar un abandono real o imaginario.  
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 los extremos de 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 quien la experimenta (p. 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 de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo (p. 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 controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Con la intención de sistematizar y clarificar estos criterios diagnósticos, desarrollamos a continuación una lista de sus características más sobresalientes:

#### **a) Esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario**

Ante la posibilidad de una separación de un ser querido por un tiempo (prolongado o breve), suele ser frecuente que las personas con desorden de la regulación de las emociones (DRE) experimenten un intenso temor a ser abandonadas. Hacen enormes esfuerzos para tolerar el malestar generado por la situación, y a veces les resulta tan difícil, que solo una conducta impulsiva (realizarse cortes, tomar medicación de más) puede calmarlas. Otras veces, recurren a modificar el contexto, teniendo episodios de violencia verbal o física.

Estos esfuerzos de regulación pueden hacer que otros interpreten estas conductas como excesivamente exageradas, demandantes o generadas con la intención de manipular.

*“Mi novio no había vuelto del trabajo aún. Estaba retrasado. Yo ya estaba en casa, pero en lugar de ponerme a preparar la cena, o escuchar música, o hacer otra cosa, comencé a sentir como un hueco en el pecho y una sensación de miedo horrible. Empecé a pensar que me había dejado, que quería dejarme o que me estaba engañando con otra mujer, incluso llamé a su madre para preguntarle si ella sabía dónde estaba su hijo o si me estaba engañando con otra. Llamé al celular de mi novio una vez, y como lo encontré desconectado, me angustié todavía más y continué llamándolo como quince veces en diez minutos. Finalmente llegó. Yo estaba llorando desesperada, medio borracha por las tres copas de vino que había tomado para intentar calmarme un poco. Incluso había roto un par de platos por la bronca que sentía.”*

BETIANA, 32 años.

*“No aguanto que me abandonen, tengo todo el tiempo miedo de que mi pareja me deje. A veces me pongo tan mal que termino haciendo cosas para confirmar*



*que dejarme es mejor que quedarse a mi lado. En esos momentos suelo tener una crisis.”*

SUSANA, 41 años.

### **b) Inestabilidad y excesiva intensidad en las relaciones interpersonales**

Quienes padecen DRE son propensos a experimentar cambios drásticos en su opinión acerca de otras personas. Es por eso que, en ocasiones, pueden estimar que alguien cercano es contenedor, y sentirse incondicionalmente apoyados, y sin embargo, en otro momento, advertir a esa misma persona como cruel, autoritaria o poco empática.

No resulta sorprendente, entonces, que cuando perciben que otra persona es cuidadora, fiel y leal, sean propensos a idealizarla, y considerarla perfecta. De la misma forma, cuando se sienten rechazados, abandonados o incomprendidos por aquella misma persona, la perciben como devaluada.

Dicha alternancia entre los polos de idealización y devaluación es un ejemplo de los que más adelante será explicado al respecto del pensamiento dicotómico (o blanco o negro), es decir: no dialéctico.

*“Me sucede a menudo con mis amigas que por períodos me siento más cercana a alguna de ellas. Siento que puede entender lo que me pasa, que me es fácil explicarle lo que me angustia y lo que me hace feliz, y que ella está siempre para escucharme y decirme algo que me sirva. Pero por alguna razón eso nunca dura demasiado. Después llega un momento en que veo algo de ella que no me gusta. Algún día en que percibo que no está enteramente disponible para escucharme, o que está con la cabeza en otra parte y no presta real atención a lo que me pasa. Es en esos momentos en que siento como que algo se rompe, no puedo tolerarlo, y me alejo. Me siento defraudada.”*

VERÓNICA, 35 años.

*“Mi mamá no puede entender que un día la odie y al día siguiente la adore, pero realmente me sucede eso. Después me da una culpa horrible, y la relación me parece irreparable, y otra vez estoy en un circuito de malestar.”*

RAFAELA, 21 años.

*“Soy fea y horrible, y siempre abandono todo. ¿Quién me va a querer así?”*

MARIANA, 19 años.

### **c) Inestabilidad en la imagen de sí mismos y su efectividad**

De manera similar a la vivencia sobre otras personas, quienes padecen DRE suelen ser muy autoexigentes. La imagen que tienen de sí mismos y de su efectividad en varios aspectos de sus vidas suele ser variable, lo que puede provocar una comprensible sensación de inestabilidad e inseguridad.

La inestabilidad de la propia imagen lleva con frecuencia a realizar cambios en lo relativo a varios aspectos de su vida, como aspiraciones profesionales, objetivos, valores morales, planes futuros, amistades, entre otras cosas. Suelen ser frecuentes las pérdidas de trabajo, las interrupciones de estudios o tratamientos y las rupturas de relaciones afectivas.

También la preocupación extrema por el peso y la apariencia física es intensa, y el deseo de perfección puede estar acompañado, incluso, de problemas alimentarios.

*“A veces me sorprendo por la habilidad que tengo para parecerme a las personas con quienes estoy en determinado momento. Soy camaleónica. En realidad, creo que lo hago más por engañarme a mí misma que para engañarlos a ellos. Cuando me transformo en otra persona pareciéndome a los que me rodean, no es como si me disfrazara: realmente paso a ser otra... la otra que me gustaría ser. Casi ya ni me doy cuenta de ese proceso, pues lo tengo tan incorporado. Pero por otro lado pasé tanto tiempo así que a veces no sé ni quién soy yo realmente. Me siento como irreal, falsa.”*

FELICITAS, 32 años.

*“Ahora estoy por terminar mis estudios de Economía. Hasta el año pasado estaba contenta con eso. Después me peleé con el novio que tenía, y empecé a salir con Hugo, quien es completamente diferente a mi ex, más descontracturado, más intelectual, le gusta leer, ir al cine... Empecé a interesarme por esas cosas yo también y de golpe siento que lo de Economía no tiene nada que ver con la Sofía ‘de ahora’. Mis viejos están medio asustados de que deje todo, justo cuando estoy por finalizar la carrera. Me pasó en el CBC una vez. Me cambié de Arquitectura a Económicas. Pero ahora realmente estoy segura de que esto no es lo mío. Supongo que voy a terminar, me falta tan poco, pero no quiero trabajar de esto. Tengo ganas de estudiar otra cosa cuando termine. O ponerme a trabajar. Tuve tantos psicoterapeutas que no me ayudaron, supongo que puedo tener muchas carreras también, ¿no?”*

SOFÍA, 24 años.

#### **d) Impulsividad, y conductas o ideación suicidas**

Las conductas impulsivas (p. ej., abuso de sustancias, ingesta de fármacos sin prescripción, atracones de comida, conducción temeraria de vehículos y gastos excesivos) y autoagresivas (cortes y golpes autoprovocados, entre otros) a menudo pueden resultar peligrosas.

Son frecuentes los comportamientos, intentos o amenazas suicidas y los deseos de desaparecer o no despertarse por la mañana. Estas conductas suelen tener lugar cuando el malestar emocional resulta intolerable, y funcionan entonces como calmantes. Son efectivas en ese sentido, al precio de poner en riesgo la integridad de su persona o la de otros, o de sus bienes, o tener efectos perdurables en el cuerpo.

*“Ayer pasé con el auto por delante de la clínica en donde estuve internado hace más de un año. Iba manejando y pensando en problemas del laburo, así que casi ni me di cuenta que estaba por esa zona. De golpe paré en un semáforo y me vi justo enfrente de la clínica. Me vinieron a la cabeza miles de imágenes de aquella época. Ninguna feliz o reconfortante. Me invadió una oleada de pensamientos tristes. No pude evitar llegar a casa y comerme todo lo que había en la heladera. Después abrí el freezer y me comí hasta algunas verduras congeladas. No sé por qué, pero de alguna forma eso calmó un poco el malestar que sentía.”*

ESTEBAN, 22 años.

*“La semana pasada fue la despedida de soltera de mi hermana. Estaba un poco asustada porque la mayoría de las chicas seguramente iban a tomar alcohol, y yo apenas logro evitar consumirlo. Decidí probar y la verdad me sorprendí a mí misma cuando logré tomar sólo gaseosas. De camino a casa, me crucé con mi ex novio, que iba de la mano con una chica. Ellos ni me vieron, pero el dolor que sentí fue casi físico. Compré en el kiosco de la esquina de casa 3 latas de cerveza, y me las tomé en cuanto crucé la puerta de casa. Necesitaba algo que me anestesiará. Era un dolor insoportable. Hacía casi un año que no consumía alcohol.”*

YANINA, 29 años.

*“Me avisaron en el trabajo que por reducción de personal a fin de mes rescindirían mi contrato. Mi jefe me hablaba y yo me puse como en blanco. Estaba como en una burbuja, no sentía nada, congelada. No podía ni llorar por lo que pasaba. Me encerré en el baño de la oficina, me senté en el inodoro y me hice un corte en el antebrazo como queriendo ‘despertarme’ de nuevo, el dolor que experimenté me hizo sentir algo, dolor ya sé, pero pude sentir algo.”*

CAROLINA, 25 años.

### **e) Sentimiento crónico de vacío**

Es difícil describir esta sensación que suele, sin embargo, ser tan bien conocida por aquellas personas que padecen DRE.

Por lo general, se la describe como extremadamente dolorosa. Se la define como desesperanza, ausencia de sentido de la vida y aburrimiento; metafóricamente, como oscuridad, vértigo interno o agujeros negros.

Las personas con DRE refieren una sensación de búsqueda permanente, buscan constantemente cosas para hacer, objetos para comprar, personas nuevas a quienes frecuentar: a pesar de lo cual, la sensación de insatisfacción y de vacío persiste.

*“Muchas veces me pasa cuando mi novio sale con sus amigos y yo me quedo en casa sola, que me invade una sensación que ahora llamo ‘mi agujero negro’. No logro hacer nada. Nada parece calmar algo que no sé ni cómo describir. Intento ver películas, leer un libro, incluso hacer cosas del trabajo. Nada sirve. El agujero sigue ahí.”*

ESTEFANÍA, 28 años.

*“Paso mucho tiempo cajoneado, deprimido. Hice varios tratamientos, pero ninguno me ayudó mucho. Cuando estoy así todo el mundo parece instarme a que haga cosas. ¡Como si fuera tan fácil! Opté por no tener contacto con la gente cuando me siento así. No quiero sentirme presionado. La otra semana pasé por una agencia de celulares y me compré uno nuevo, último modelo, estaba convencido de que era lo que necesitaba. Después me di cuenta de que casi no lo uso, no tenía sentido un aparato como el que compré. Ahora no uso ni uno ni el otro.”*

TOMÁS, 21 años.



### **f) Inestabilidad afectiva debida a una intensa reactividad del estado de ánimo y de la intensidad emocional**

Las personas con DRE tienen un estado de humor muy cambiante. Esto es así tanto en lo que respecta a la *celeridad* del cambio como en cuanto a la *intensidad* de los estados de ánimo a los que dan lugar.

Muchos familiares o allegados refieren que las emociones o los estados de ánimo son demasiado intensos, exagerados o inadecuados respecto del evento desencadenante.

A veces, incluso, resulta difícil identificar ese evento desencadenante.

Como el resto de las emociones, las explosiones de ira son frecuentes. Pueden ocurrir cuando tienen la sensación de ser abandonados o de no ser cuidados de acuerdo a sus necesidades. Lo cierto es que dichos episodios de ira o enojo suelen ir seguidos de una sensación de culpa, vergüenza o humillación que contribuye a la sensación interna de estar fallados, de no ser como el resto, perpetuando el circuito.

*“Cuando siento que no puedo controlar todo, me pongo nervioso y empiezo a sentir que crece el enojo. Experimento una sensación calurosa que me sube por la espalda hasta la nuca, y me da un ataque. Podría incluso romperle un hueso a alguien. Generalmente, la gente que me pone así se lo merece. Siento que me lastimaron y tengo la necesidad de producir en ellos el mismo daño. Varias veces me ha pasado de tener peleas en la calle cuando me pongo así. Quedo agitado, vuelvo a mi casa, y ahí aparece la culpa. A veces tengo que tomar algo de alcohol para bajar. Después siento que me faltan energías para levantarme durante días.”*

NICOLÁS, 36 años.

### **g) Ideación paranoide transitoria**

Durante períodos de mucho estrés o sufrimiento emocional no es poco frecuente que quienes padecen DRE experimenten la sensación de que alguien quiere dañarlos, o perjudicarlos. Esto encuentra su correlato en la sensación de una extrema fragilidad emocional.

*“Hace un par de semanas intenté durante cinco días ponerme en contacto con una compañera de la Facultad con quien siempre me junto a estudiar. La llamé como tres veces y le dejé mensajes en el contestador en los que le pedía que me llamara. Después del segundo llamado sin respuesta comencé a pensar que María se había enojado conmigo por algo, que seguramente yo había dicho algo que la enojó, y que por eso no me devolvía los llamados. No podía parar de pensar qué podría haber hecho yo tan grave como para que no me respondiera siquiera un llamado. Después de unos días me llamó y me contó que se había ido con su novio a la costa, y que se había olvidado el celular en su casa. Estaba encantada con la idea de preparar el final conmigo.”*

MARIANA, 19 años.

### **h) Síntomas y episodios disociativos**

La disociación es uno de los tantos mecanismos que tenemos para tolerar el malestar cuando es demasiado intenso. La mente apela a ella para protegerse de partir nuestra atención en más de una cosa. ¿Qué significa esto? Que una parte de nosotros olvida los sucesos por ejemplo, aunque queden en otra parte

menos accesible para nuestra atención. O podamos seguir andando sin conectarnos con la emoción que sería la adecuada a una situación, dando una sensación de desconexión.

*“Recuerdo el día en que murió mamá. Mi hermana mayor no paró de llorar desde que vino el médico a avisarnos hasta que terminó el entierro. A mí no se me escapó ni una lágrima. Me acuerdo de todo, pero lo veo como una película. Como si yo mismo me viera de afuera. Como si se hubiese tratado de un robot. Recuerdo que no me tomé ni un día en el trabajo. Mi jefe insistía en que esperara a sentirme bien para volver a la oficina, pero no hizo falta. El lunes estaba trabajando como si nada.”*

GUILLERMO, 27 años.

*“El día que mi novio me dijo que quería separarse caminé a mi casa para despejarme un poco la cabeza, de golpe me encontré en un barrio que ni conocía. Tuve que tomarme un taxi para volver. No recuerdo ni cómo llegué hasta allá. Estaba totalmente perdida.”*

CAMILA, 25 años.

#### **4. ¿QUIÉNES PRESENTAN UN DESORDEN EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES?**

Lamentablemente, la ausente recolección sistemática de datos médicos en nuestro país no permite definir con exactitud el porcentaje de nuestra población que es diagnosticada con un desorden en la regulación de las emociones (DRE).

Estudios en otros lugares, como los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, reportan porcentajes que varían entre 1 y 2% de la población general.

Se presenta más frecuentemente en la población femenina y el comienzo de los síntomas puede ubicarse durante la adolescencia o adultez temprana.

La frecuencia con que se presenta el DRE no se ve afectada por religión, orientación sexual, clase económica, raza o nivel educativo.

En cuanto a la herencia (como veremos más adelante), existe evidencia científica sobre la influencia genética en su desarrollo. Esto no implica, sin embargo, que todo hijo o hija, familiar, de una persona con DRE desarrolle el mismo desorden.

Los seres humanos heredamos de nuestros padres un set genético que puede entenderse en términos sencillos como un factor que predispone al desarrollo de este desorden, y otras características que van desde el DRE al talento para, por ejemplo, escribir poesía. Es así que la herencia del DRE no depende únicamente de los genes transmitidos de una generación a otra.

#### **5. GÉNESIS Y EXPLICACIÓN CAUSAL DEL DESORDEN EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES**

Las teorías causales de este desorden no son aún del todo claras y es probable que así sea porque *no se trata únicamente de un factor causal, sino de la interacción de varios.*

Por ejemplo, no todas las personas con susceptibilidad biológica –antecedentes familiares– para el desarrollo de este desorden efectivamente lo presentan. Tampoco se genera en todas las personas criadas en ambientes invalidantes (ver más adelante).

Dentro de cada una de las teorías que intentan dar cuenta de una causalidad, podemos identificar varios factores que interaccionan. A esto se lo denomina “*teoría causal multifactorial*”.

Deseamos detenernos un momento en un aspecto fundamental de los tantos que queremos transmitir en este manual. A menudo, la búsqueda de causalidades de desórdenes psicológicos y/o psiquiátricos puede generar nuevos conflictos como sensaciones de culpa o búsqueda de culpables. Lo cierto es que procesos de esta índole suelen empeorar la situación y obstaculizar la búsqueda de soluciones. Es uno de nuestros objetivos transmitir conocimientos que ayuden a lograr una actitud orientada a la aceptación y al cambio.

A continuación, enumeraremos de manera breve algunas de las teorías referidas, y luego, desarrollaremos en mayor extensión y profundidad la explorada por Marsha Linehan en principio, y por varios profesionales después, a propósito de la desregulación emocional y la teoría biosocial.

### ***Teorías neurobiológicas***

Los mecanismos subyacentes a la desregulación de las emociones no son del todo claros, pero involucran disfunciones en áreas específicas del cerebro (p. ej., el sistema límbico ubicado en el lóbulo temporal). El sistema de regulación emocional es complejo e involucra alteraciones de origen genético y fisiológico cuya complejidad excede el alcance del presente manual.

Por otra parte, complicaciones a lo largo de la vida intrauterina y eventos ocurridos durante la temprana infancia pueden influenciar el desarrollo del sistema nervioso central y, por lo tanto, producir alteraciones funcionales tardías. Una vez más, este interjuego excede por su complejidad el alcance del presente manual.

### ***Teorías traumáticas***

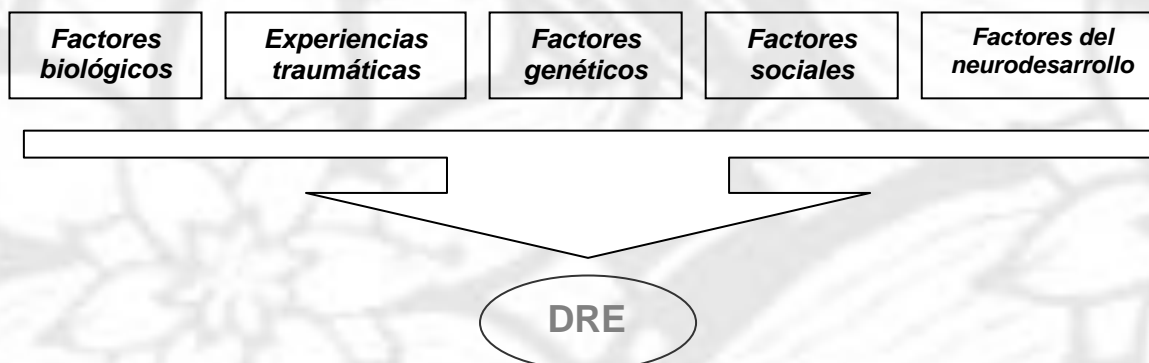
Resulta clínicamente relevante la alta prevalencia de experiencias traumáticas debido a episodios de violencia física, sexual o psicológica, así como de duelos o pérdidas importantes de seres queridos durante la infancia y la adolescencia. Algunos autores vinculan dichos episodios con el desarrollo de este desorden.

### ***Teorías sociológicas***

De acuerdo con este enfoque, las personas con DRE padecen los efectos de un contexto caracterizado por el machismo, las normas sociales rígidas, el consumismo y la competitividad indiscriminada.

En concordancia, quienes padecen DRE no habrían logrado adaptarse a las injusticias sociales y serían discriminados por su estilo particular.

Podríamos resumir lo anterior en el siguiente diagrama:

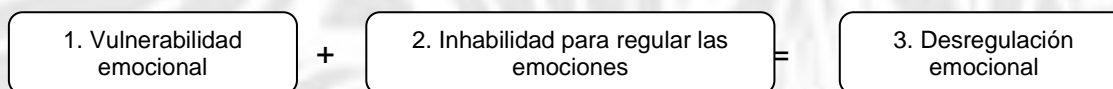


### **Teoría biosocial**

Según la doctora Marsha Linehan (PhD ABPP) –una de las autoras más eminentes en lo que respecta a DRE– la alteración básica en este desorden se encuentra precisamente en el sistema de regulación de las emociones. Esto, a su vez, es consecuencia tanto de alteraciones biológicas como ambientales, y su interacción a través del tiempo.

#### **a) ¿A qué llamamos “desregulación emocional”?**

La desregulación emocional es el resultado de la vulnerabilidad emocional y la inhabilidad para regular las emociones.



#### **(1) Vulnerabilidad emocional**

Todos, con suerte, somos vulnerables a nuestras emociones. Ellas nos ayudan a cuidarnos del peligro, a reaccionar frente a él, colaboran en la forma de organizar nuestra experiencia como seres humanos, son un sistema importante en nuestro cerebro para clasificar y ordenar la memoria, y son fundamentales para transmitir nuestros estados internos a las personas que nos rodean y a nosotros mismos con sus manifestaciones corporales o conductas.

Las emociones son el resultado de la evolución de la humanidad y nos han acompañado en nuestra historia como especie sobre la Tierra.

No todos tenemos la misma tonalidad, intensidad o volumen. Somos diferentes e, incluso, no respondemos con la misma emoción cuando nos encontramos en situaciones parecidas.

Sin embargo, algunas personas son especialmente susceptibles –y esta característica temperamental es biológica–, y tienen una elevada sensibilidad a los estímulos, mucha intensidad en la respuesta y dificultad en el regreso al estado previo.

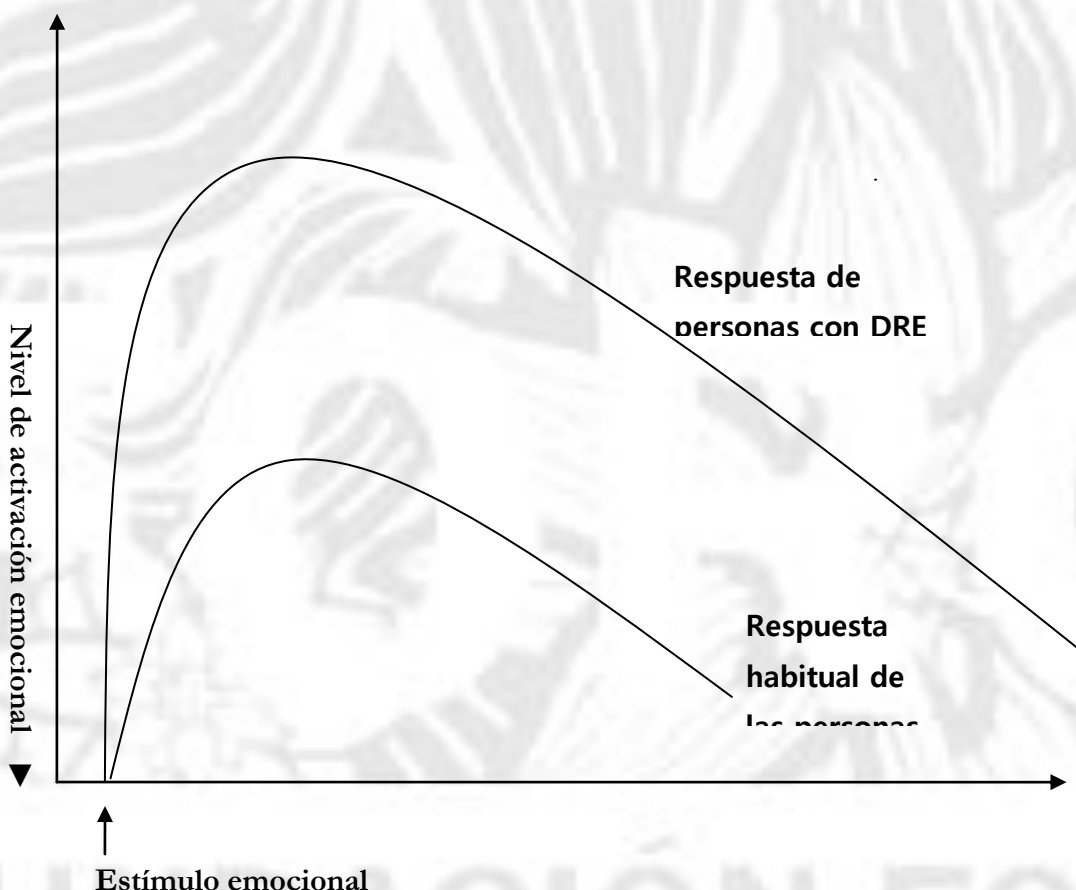
Pasamos a explicarlo en mayor detalle:

1. Elevada *sensibilidad* a los estímulos emocionales: reaccionan rápidamente a situaciones del contexto o estados internos, o incluso pensamientos. Poseen, además, un bajo umbral, se dispara

la emoción con mayor facilidad, como si fuera la alarma muy sensitiva de un vehículo.

2. Mucha *intensidad* de las emociones: las reacciones son extremas e intensas.
3. *Lento regreso al estado de calma*: todas las emociones son como una curva que termina por descender (p. ej., la vergüenza, que dura un momento, y luego cede). Usualmente pasamos de una emoción a otra con agilidad, pero para algunos esto no es así, sino que tienen dificultad y se quedan más tiempo que el resto de la gente con alguna emoción, y si ésta es negativa, la situación no es agradable. Además se pueden suceder picos que se perpetúan.

En el siguiente diagrama mostramos una curva que representa a una emoción negativa, p. ej., la respuesta de miedo frente a determinada situación. Sólo a modo de graficar las ideas anteriormente vertidas, podemos observar que la mayoría de la población está representada por la curva inferior, mientras que las personas con DRE están reflejadas en la superior. El eje vertical se refiere al nivel de activación físico emocional –taquicardia, sudoración, temblor–, y el horizontal, al transcurso del tiempo.



## (2) Inhabilidad para regular las emociones

Los seres humanos aprendemos a regular las emociones. Parte de nuestra socialización tiene que ver con esa capacidad que entrenamos con los otros. Supone al menos dos procesos:



En primer lugar, hay que *reconocer la emoción* que se está experimentando, luego es necesario reducir los *estímulos emocionales relevantes* que pueden reactivar y exacerbar la emoción en curso, o bien, dar lugar a respuestas emocionales secundarias, como una cadena de emociones.

Se han descrito cuatro importantes habilidades para modular emociones: inhibir conductas inapropiadas relativas a emociones intensas (positivas o negativas); regular la activación fisiológica presente en toda vivencia emocional; reenfocar la atención, aun en presencia de emociones intensas, y realizar acciones coordinadas con el fin de alcanzar una meta independiente de la emoción experimentada.

A veces, se tiene dificultades desde el contexto de crianza o educación para aprender esta capacidad. Algunos autores, incluso, relacionan la inhabilidad para regular emociones con los problemas para prestar atención, o a factores culturales. Reconozcamos aquí que vivimos en una sociedad donde la emocionalidad es vista como una debilidad del carácter, y esta vulnerabilidad no está precisamente valorada.

### **b) ¿A qué llamamos “ambiente invalidante”?**

La *validación* es un aspecto de la comunicación entre las personas. Se refiere a la reciprocidad con la que se transmite que la opinión de los otros es escuchada, legitimizada, respetada, atendida y tenida en cuenta, independientemente del acuerdo o la valoración personal.

Nos referimos a un ambiente como invalidante cuando alguien comunica o transmite emociones, sentimientos –experiencias internas–, y recibe por parte del entorno respuestas erráticas, inapropiadas y extremas.

Invaldar a una persona es rechazar, ignorar, burlarse, juzgar o disminuir sus sentimientos o ideas. Suele ser una forma de controlar cómo se siente alguien o la duración de esa emoción.

La experiencia de emociones dolorosas, así como los factores considerados causales por quien las padece, son desestimados. Y además, las reacciones pueden ser sancionadas o trivializadas.

Veamos algunos conceptos anteriores explicitados en situaciones a modo de ejemplo.

El ambiente invalidante tiene dos características:

1. Transmite al individuo con DRE que está equivocado al respecto de la descripción y el análisis de su propia experiencia emocional (en particular, al respecto de las causas que subyacen a sus emociones, creencias y/o acciones).

Pedro (30 años) se siente realmente triste. Ha terminado una relación amorosa de dos meses de duración. De hecho, experimenta intensa emoción de tristeza y ello le ha impedido en los últimos días concurrir a su trabajo. Levantarse por las mañanas le resulta demasiado difícil y agotador. No puede, entre otras cosas, desempeñarse laboralmente como solía hacerlo.

Durante un diálogo telefónico con su hermano, Pedro le cuenta lo que le está pasando. Su hermano, luego de paciente escucha, le dice: *“no podés estar así*

*de triste por una relación que sólo duró dos meses... es ridículo. Una locura. No estaban casados ni nada. Y encima está afectando tu trabajo. No podés sentirte así. Poné un poco de voluntad, dos despertadores por la mañana, pensá en algo lindo y andá a trabajar. No es más que eso: ponele un poco de buena voluntad, y vas a ver que todo se soluciona. Si no, no vas a llegar a ningún lado”.*

Evidentemente, la intención del hermano es bienintencionada y pretende que Pedro resuelva su malestar. Pero este estilo de comunicación hace que Pedro se sienta más inseguro, cometa errores, no haga lo suficiente para cambiar, y probablemente su malestar vaya en aumento.

2. La segunda es atribuirle las experiencias emocionales a patrones emocionales y/o rasgos de personalidad socialmente inaceptables.

En este contexto, la expresión de emociones negativas puede ser atribuida a rasgos de personalidad como alta reactividad, a sentirse perseguido, a tener una visión distorsionada de los eventos o a no tener una actitud positiva.

Alicia (40 años) tuvo desde el divorcio de sus padres una relación compleja con su madre. Durante períodos pueden mantener diálogos extensos y de profunda conexión, pero en otros momentos la relación es muy tensa.

Luego de una de las tantas discusiones con su madre, sintiéndose triste, avergonzada y culpable, Alicia se comunica con su mejor amiga y, llorando, relata lo acontecido: *“no puedo más, me siento físicamente agotada, la cabeza no me da más. Siempre lo mismo. Mi madre me tiene cansada”.*

Su amiga responde: *“¿sabés qué, Alicia? No puedo creer que en vez de estar enojada e indignada con tu vieja que una y otra vez hace y dice las mismas cosas, te sientas triste, o avergonzada, o lo que sea... realmente no te entiendo. Siempre lo mismo, y lo peor de todo es que vos seguís enganchada en eso. Tenés 40 años. Pensás que un día de buenas a primeras, tu vieja va a cambiar y todo va a ser felicidad y armonía entre ustedes. Sos muy inocente. Sos una mujer grande. Tendrías que saber cómo funcionan algunas cosas a estas alturas. Ella no va a cambiar. Así que basta de vergüenza, o lo que sea que sientas ahora. Trata de mirarlo desde otra perspectiva o, mejor aún, olvidate del tema. Desenganchate... y punto”.*

La amiga de Alicia desea ayudarla a recuperarse, sin embargo, es probable que ella no consiga abandonar esta preocupación tan fácilmente.

Como vemos, los ambientes invalidantes niegan o impugnan las conductas y las emociones. Rechazan la descripción de la emoción que el individuo hace de ella. Refutan las respuestas o los eventos como incorrectos o inefectivos. Descartan e ignoran, en lugar de ver el grano de verdad y autenticidad en el mensaje de los otros.

¿Cuáles son, entonces, las consecuencias de un ambiente invalidante?

1. Al no validar la expresión emocional, el ambiente no enseña temprano en la infancia a etiquetar experiencias internas, lo cual incluye a las emociones. Tampoco logra enseñar a modular la reactividad emocional. Niños y niñas son instruidos para que controlen sus emociones, en lugar de explicárseles cómo lograrlo.

2. Al simplificar la facilidad para la resolución de problemas de la vida cotidiana, el ambiente no enseña a tolerar el malestar, ni a fijar metas y expectativas realistas. Para algunas personas resolver ciertos problemas puede resultar más fácil que para otras.

A este respecto, imaginemos un niño tímido, nacido en el seno de una familia extravertida, que disfruta del contacto social y de las expresiones públicas de afecto. En dicho escenario, es probable que el niño exprese –de alguna manera– sus preferencias en cuanto a cómo establecer contacto con sus familiares y allegados.

En un contexto familiar invalidante, es probable que intenten explicarle que sus preferencias no son adecuadas o normales, o las minimicen.

Por ejemplo: *“somos tu familia, no podés tener vergüenza de hablarnos a nosotros o no querer ver a tus tíos, o no querer jugar todos juntos a las cartas los sábados por la noche, o no compartir lo que estás escribiendo en tus clases de literatura. Es ridículo”*.

Dada esta circunstancia, el niño puede reaccionar de dos formas: intentar sobrecontrolar sus emociones (de vergüenza, miedo), o discutir, gritar, pegar un portazo, y encerrarse en su habitación hasta que perciba la tranquilidad y privacidad que prefiere.

Ante cualquiera de dichas opciones, la familia del niño probablemente dejará de insistir, ya sea porque ha logrado que se integre en actividades familiares –a costa de controlar sus emociones–, o porque las discusiones, los portazos, y el aislamiento logran agotar al resto.

En este caso, vemos que la familia ha perdido la posibilidad de aceptar las emociones del niño e intentar enseñarle cómo conducirse con ellas y modularlas.

Por definición, toda emoción es *válida*. No hay emociones correctas/incorrectas y normales/anormales según las situaciones. Hay emociones.

Entonces, debemos resaltar que el primer paso para modularlas es validarlas.

En el caso que nos ocupa, si el niño siente vergüenza de leer en voz alta su producción literaria, ¿podría sentirse de otra manera?, ¿no es acaso adecuado que experimente ese sentimiento?

Una respuesta validante ante la vergüenza o el miedo del niño podría enunciarse del siguiente modo: *“es cierto, a veces sucede que ante mucha gente uno puede sentir miedo ante la posibilidad del ridículo, con vergüenza, y lo cierto es que muy probablemente entonces tengas deseos de aislarte o evitar contacto con nosotros, aunque seamos tus familiares y sepas que te queremos”*.

La respuesta invalidante es una respuesta frecuente y culturalmente aceptada. Una anécdota que cuenta un colega nos puede ilustrar un poco más esta idea.

*“Hace un tiempo estaba despidiendo un grupo de personas en la puerta de mi casa. Por la vereda venía una mujer caminando lentamente con su hijo de unos 3 años. De pronto el niño, en un momento de inestabilidad, se cayó sentado sobre las baldosas.*

Primero, su madre se aproximó cariñosamente y sin tanta alarma, sonrió y le dijo que no era nada importante, mientras le acariciaba la frente. Pero después de unos segundos, Franco –así se llamaba él– rompió a llorar desconsolado. Todos nos miramos y nos dijimos: “pobre Franco”, y observábamos la secuencia con cierta ternura.

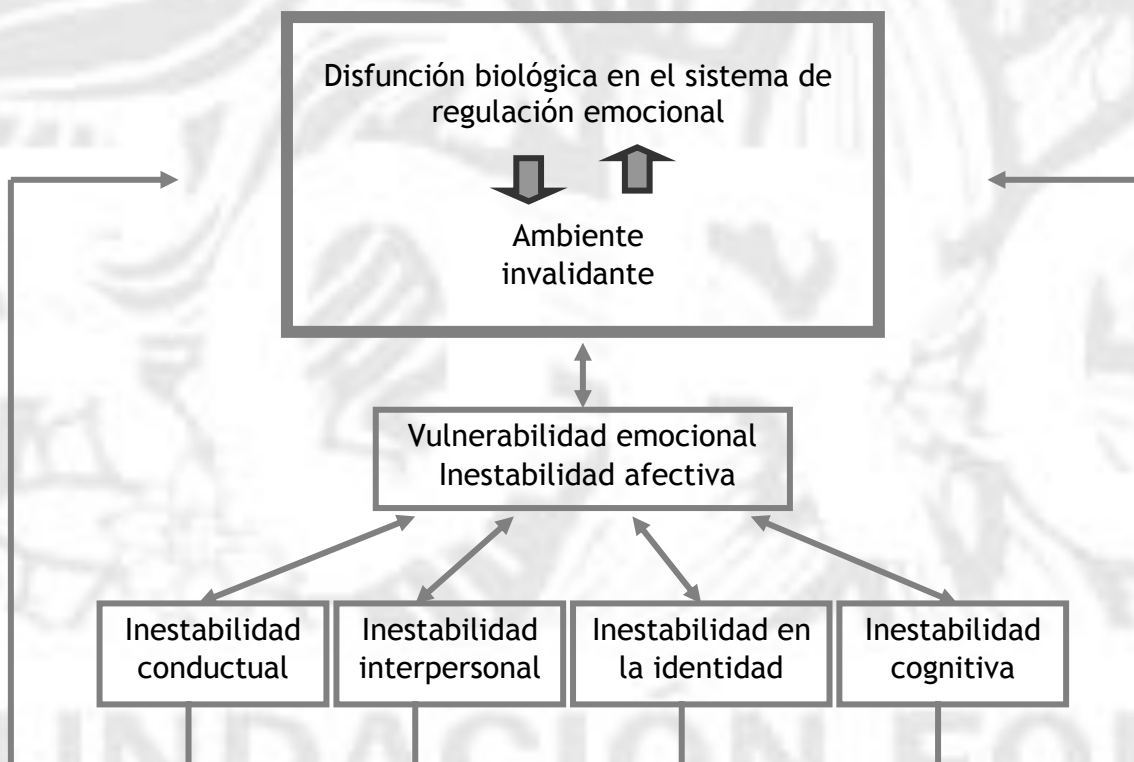
Tras unos segundos, Franco continuaba llorando. La madre, que estaba inclinada sobre él, se enderezó y le dijo: “¡bueno, Franco, basta!”. Pero él aumentó el tono de su llanto.

Nosotros empezamos a dejar de arquear las cejas con ternura, y pasamos a mirar con un poco de asombro. Luego alguno pensó –según nos comentamos después–: “¡qué tono!, ¿por qué será?”, y otro puso en tela de juicio la habilidad de la madre.

La mamá de Franco claramente comenzó a tener vergüenza. Lo tomó del brazo y lo obligó a pararse. Él no dejó de lloriquear.

Parece que todos tenemos una medida, un control sobre cuánto debe durar un llanto. Parece que todos compartimos un código sobre las intensidades, el volumen, la duración, y las características de cómo y dónde se debe sufrir. Y parece que estos códigos son culturales y socializados.”

En el siguiente cuadro, podemos hacer un resumen de lo visto hasta el momento:



Adaptado y traducido de Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1993.

Veamos ahora en detalle estas relaciones:

### ***Desregulación emocional, cognitiva, conductual y de la identidad***

La tesis planteada por el modelo biosocial dice que la mayoría de las conductas son intentos para regular las emociones intensas o sus resultados. Estos intentos suelen ser exitosos, si logran regular la emoción en el corto plazo, pero son también desadaptativos por las consecuencias y resultados que tiene su conducta sobre sí mismo (emociones de culpa, vergüenza, lástima, enojo por lo hecho) y sobre su ambiente (quienes etiquetan esa conducta como desagradable, digna de un/a loco/a, entre otras cosas).

La desregulación emocional y el déficit para regularla se caracterizan por:

- ◆ Dificultad para regular la activación fisiológica cuando es necesario.
- ◆ Dificultad para desviar la atención del estímulo emocional que inició esta activación.
- ◆ Distorsión en el procesamiento de la información.
- ◆ Limitaciones para organizar y coordinar actividades independientes del estado de ánimo.
- ◆ Dificultad para controlar conductas impulsivas relacionadas con fuertes emociones negativas.
- ◆ Dificultad para pasar a la acción.

### ***La desregulación emocional y la inestabilidad conductual***

Las conductas impulsivas suicidas o autolesivas son soluciones desadaptativas para resolver problemas, como la sensación de estar abrumado/a, fuera de control o sentir emociones negativas.

El suicidio es, por supuesto, la conducta más extrema para cambiar el estado afectivo y emocional.

Otros comportamientos que no son tan letales pueden ser efectivos reguladores emocionales: ingerir cierta cantidad de psicofármacos puede inducir al sueño, lo cual a su vez permite desconectarse de las emociones negativas; cortarse o quemarse el cuerpo parecen tener efectos reguladores similares.

Asimismo, comportamientos de esta índole pueden ser efectivos a la hora de conseguir ayuda del ambiente para regular su estado emocional.

En resumen:

- ◆ Incluye conductas impulsivas, intención de suicidio, cortes y quemaduras autoinfligidas, abuso de sustancias, entre otras.
- ◆ Estas conductas a su vez se ven reforzadas por efectos como:
  - disminución en la intensidad de emociones negativas;
  - recibir ayuda, apoyo y atención por parte del entorno;
  - sensación de descarga o liberación de la tensión.



### ***La desregulación emocional y la inestabilidad interpersonal***

Las relaciones interpersonales efectivas se ven beneficiadas por la percepción estable de uno mismo y una capacidad para expresar espontáneamente las emociones. Requieren también de la habilidad para autorregularlas, controlar las conductas impulsivas y tolerar los estímulos que producen dolor.

Sin estas habilidades, es entendible que desarrollen relaciones caóticas. En contextos invalidantes, usualmente la expresión de emociones negativas e intensas, o los pedidos de ayuda, son reforzados de manera esporádica. Esto genera dificultad para establecer pedidos asertivos, recurriendo entonces a la inhibición de la expresión emocional o a la expresión emocional intensa.

Cuando el ambiente responde en forma invalidante, las emociones negativas se instalan de forma intensa y persistente.

### ***La desregulación emocional y la inestabilidad cognitiva***

La habilidad para planificar requiere de un balance entre razón y emoción. Dicho balance permite planificar y ejecutar proyectos, alcanzar objetivos. Así, como la emoción nos motiva, nos mueve hacia algo, la razón permite planificar cómo llegar.

Presentan dificultad en el procesamiento de información. Las conductas problema suelen ayudarles a regular la emoción intensa, al menos en el corto plazo. Esto genera una incongruencia con los resultados a mediano y largo plazos, ya que las conductas problema dificultan la adaptación al medio social en el que se desenvuelven. Muchas personas con DRE tienen inconvenientes para completar o terminar cosas, actividades o tareas.

La inestabilidad cognitiva:

- ◆ Dificulta la atención del estímulo emocional.
- ◆ Distorsiona el procesamiento de la información.
- ◆ Limita la organización y coordinación de actividades conducentes a metas independientes del estado de ánimo.

### ***La desregulación emocional y la inestabilidad de la identidad***

El sentido de *identidad* se desarrolla a través de la observación de uno mismo y por cómo los demás se dirigen a nosotros.

Los ambientes invalidantes operan en este sentido reforzando inconsistentemente las respuestas emocionales de los niños y niñas. Si la propia percepción de los eventos es impredeciblemente correcta, resulta coherente que las personas se vuelvan dudosas y dependan del entorno para saber qué quieren, qué desean o qué sienten.

Esta dependencia, especialmente cuando se refiere a las preferencias, ideas u opiniones, exacerba las dificultades de decisión, y por lo tanto, la identidad.

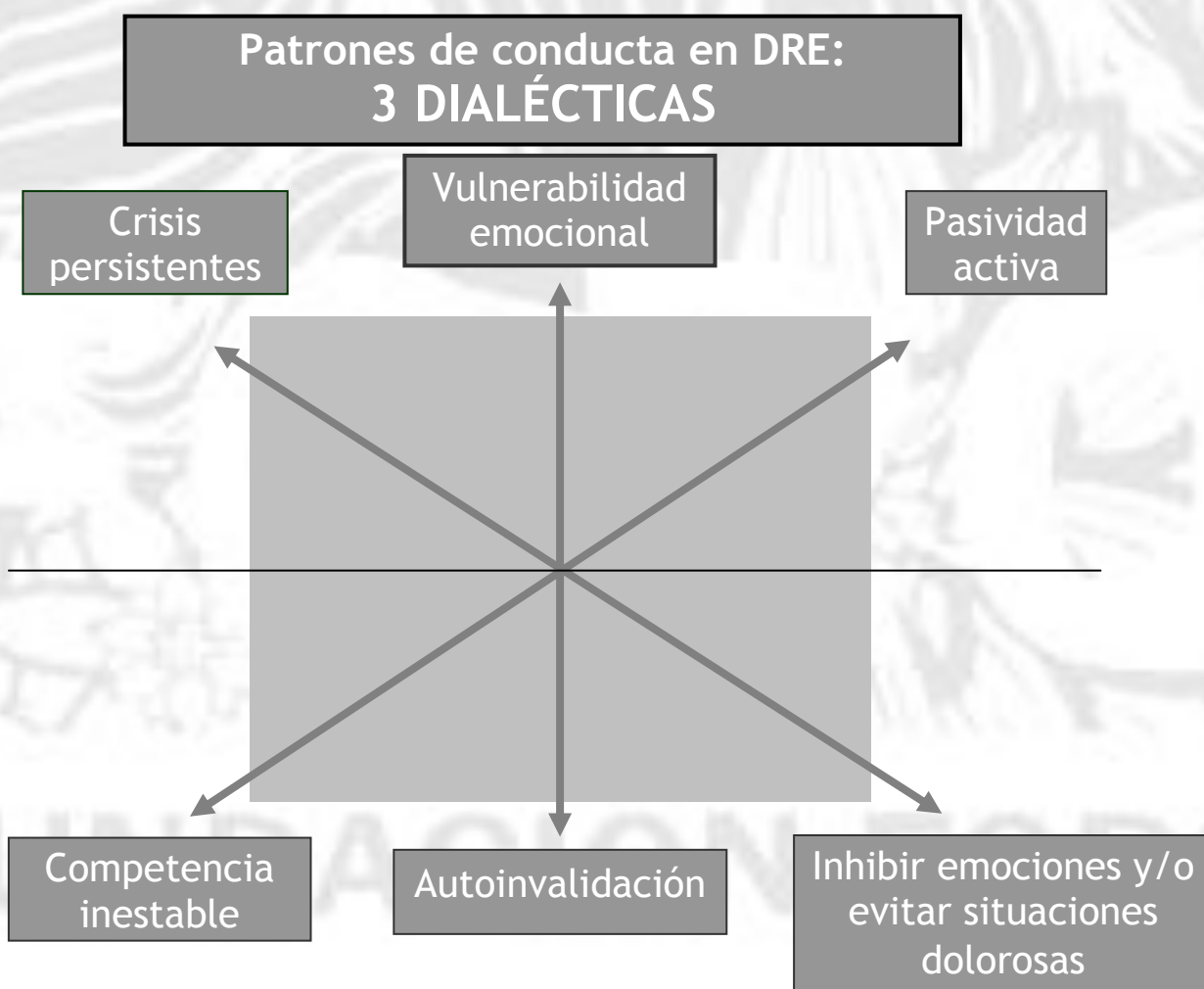
Es difícil imaginar que alguien pueda volverse consistente o que pueda predecir o anticipar lo que va a hacer con esta desregulación. Por eso suelen ser descritas como infantiles, impredecibles o inmaduras. En realidad, es muy difícil crecer con esta limitación.

Por ejemplo, alguien que tiene facilidad para el dibujo, que se emociona al ver una obra de arte, puede interactuar con colegas o pares con gustos similares e ir constituyendo, tal vez, su sentido de identidad artístico. Por otro lado, una persona con dificultad para discernir qué le gusta, no puede generar conductas consistentes a lo largo del tiempo. Por ende, las interacciones sociales y las dudas persistentes sobre quién es, qué le gusta o cuáles son sus ideales, se mantienen y perpetúan.

## 6. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON DESORDEN EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

La conceptualización de Marsha Linehan da cuenta de seis características fundamentales en personas que padecen DRE. Es importante aclarar, sin embargo, que si bien cada una de ellas es frecuente, no son universales: su presencia no debe ser asumida a priori.

Estas características pueden ser comprendidas con mayor facilidad si las consideramos formando parte de tres dimensiones definidas por sus puntos extremos o polos. El gráfico que sigue tiene por objeto facilitar la comprensión y acompañar al lector a lo largo del presente apartado.



Adaptado y traducido de Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1993.

Es así que podemos identificar tres dimensiones definidas por sus polos:

1. Vulnerabilidad emocional / Autoinvalidación.
2. Crisis persistentes / Inhibir emociones y/o evitar situaciones dolorosas.
3. Pasividad activa / Competencia inestable.

Cada una encuentra un punto medio ubicado en aquel equidistante entre ambos polos.

Vemos que en el gráfico precedente dicho punto medio es atravesado por una línea horizontal. Así, las características ubicadas por encima de ella corresponden a las que han sido influenciadas durante su desarrollo por los aspectos biológicos de la regulación emocional, mientras que las ubicadas por debajo lo han sido en mayor medida por los aspectos sociales y ambientales.

Es importante notar el *malestar emocional* que cualquiera de los polos de estas tres dimensiones produce. Hay un desplazamiento pendular entre cada polo.

### **1.a) Vulnerabilidad emocional**

Se trata de una aumentada vulnerabilidad a los estímulos que generan emociones, una respuesta que puede ser inusualmente alta o una dificultad en la regulación de esa activación.

### **1.b) Autoinvalidación**

Se refiere a la tendencia (ya descrita) de adoptar las características del ambiente invalidante, es decir, a invalidar sus propias experiencias emocionales, buscar en otras personas apreciaciones más correctas sobre la realidad y a simplificar la resolución de problemas en la vida cotidiana.

Esta tendencia a invalidar las propias respuestas emocionales, pensamientos, creencias y conductas, en conjunto con expectativas desmedidas acerca del propio desempeño, a menudo resulta en emociones de extrema vergüenza, odio o ira hacia sí mismo.

*“A veces tengo tanta vergüenza por algunas cosas o me siento tan culpable por otras que dejo de llamar a mis amigos y me aísló. Cuando retomo contacto con ellos, me doy cuenta de que ninguno comprendió mi forma de reaccionar. Yo soy mi peor crítico”.*

JUAN, 31 años.

### **2.a) Crisis persistentes**

Muchas personas viven de crisis en crisis. Unas veces con desencadenantes claros, y otras no. En ocasiones, son impredecibles, frecuentes e implacables.

La secuencia no da tiempo a recuperarse y esto aumenta considerablemente el estrés. Es habitual la experiencia de extenuación.

*“Siento que vivo al borde. No sé qué significa ‘borderline’, pero creo que si se refiere a vivir al borde, yo siento eso. A veces, cuando estoy bien y recobro cierta tranquilidad veo que vivo en las crisis como si fueran un maremoto y yo, un barquito que intenta surfear desesperadamente las olas. Siento que entra agua,*

*que además sopla el viento, que llueve y que todo se mueve, que no hay referencias de abajo y arriba, que me ahogo”.*

LAURA, 21 años.

## **2.b) Inhibir las emociones extremas de pérdidas y evitar las situaciones que las generan**

Para vivir necesitamos un modo de lidiar con estas situaciones. Podemos perder seres queridos, el amor o el cariño de algunas personas, objetos materiales o dinero, o experimentar pérdidas en contextos laborales o de estudio. También es posible perder el respeto a los otros o la independencia. Y otras veces, la salud (incluso la mental). Vivimos aprendiendo a sobrevivir a esas pérdidas.

Muchas personas han perdido demasiadas cosas y muy tempranamente. A veces es mejor no conectarse, no estar ahí cuando ocurre, evitar sentir, escapar. Pero todo vuelve, y la vida nos pide el trámite de afrontar esas pérdidas.

Podemos ser evitativos y, de hecho, volvemos “fóbicos a las emociones”.

*“Cuando Pedro me dijo que no quería continuar con la relación, me desesperé. Ese día estuve discutiendo con él durante seis horas. Estaba desesperada, sentía que no podía estar sin él y que me iba a volver loca. Discutí con Pedro, y después con sus padres, que me pedían que entendiera. Al final llamaron a la policía para sacarme de su casa porque yo no quería irme y amenazaba con romper la puerta de la habitación donde Pedro se había encerrado. Al día siguiente seguí con mi vida como siempre. Parecía que nunca hubiera pasado nada y que me había olvidado de él completamente. Y así fue desde entonces. Nunca más pasé por el barrio por donde vive; cuando tengo que hacerlo, doy una vuelta enorme para evitar cualquier situación que me recuerde el tema.”*

LUCÍA, 26 años.

*“La única manera de estar estable es meterme en la cama, evitar el contacto, salirme del mundo. Ahí sí que no pasa nada.”*

EMA, 23 años.

## **3.a) Competencia intermitente o inestable**

Este concepto describe la tendencia a conducirse, por períodos, en forma eficaz, hábil y asertiva respecto de problemas o situaciones que surgen en la vida cotidiana; mientras que en otros momentos –y para perplejidad de quienes los rodean– la eficacia, la asertividad y la habilidad se esfuman.

Semanas o meses de desempeño eficaz, en varios aspectos, pueden ser interrumpidos luego de una crisis y dar lugar a períodos de retraimiento y aparente incompetencia.

Esto puede, comprensiblemente, generar confusión en sus allegados, quienes a menudo no se encuentran al tanto de la emoción que interfiere con dicho desempeño.

*“Hay días en el trabajo en que puedo estar en una conversación traduciendo simultáneamente del inglés y el portugués al castellano para mi jefe. Él está orgulloso de mí en esos momentos, los demás empresarios le hacen notar lo*

*eficiente que soy. Viajamos mucho y yo siempre soy voluntariosa. Pero hace unos días empecé a sentirme mal, como tantas otras veces. Tenía que enviar un mail, y no podía. Me senté frente a la computadora y no sabía cómo seguir. Una cosa estúpida. Él se enojó conmigo. Yo sólo lloraba. Estaba perdida. Al comienzo él tenía paciencia y me decía: '¿cómo es posible? Si ayer hiciste lo mismo... ¿Cómo es que ahora no podés hacerlo?'. Ahora se está cansando de mí y eso me deprime todavía más. A veces, parece que puedo, y más tarde, otra vez la misma cosa, me parece imposible y estoy nublada por la angustia."*

ANABELLA, 31 años.

### **3.b) Pasividad activa**

La noción más sobresaliente de esta característica es la tendencia a afrontar los problemas en forma pasiva, mientras que se demanda activamente al entorno una solución a las dificultades.

*"Me sentía muy mal, muy angustiada, porque hacía mucho tiempo que estaba sin empleo. Sentía que nadie hacía nada para que yo consiga. Me empecé a pelear con mi novio porque él no se preocupaba por conseguirme trabajo, sabiendo muy bien lo mucho que yo lo necesitaba"*

NATALIA, 20 años.

## **7. ¿CUÁL ES LA EXPERIENCIA INTERNA DE LAS PERSONAS CON DESORDEN DE LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES?**

Ya se explicaron las conductas y reacciones características de las personas con este desorden, y muy brevemente algunas experiencias internas.

Denominamos *experiencia interna* a la forma que tenemos los seres humanos de sentir y pensarnos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. En este caso particular, y para comprender las conductas, es fundamental comprender qué sucede con las emociones y pensamientos más frecuentes.

La experiencia interna parece estar representada por sentimientos de *extrañeza, inadecuación y desesperación*.

Según expresan quienes padecen DRE, el sentimiento de *extrañeza* parece ser una constante, un sentimiento casi continuo de ser un extranjero o sentirse un extraño. Se perciben diferentes al resto. Sin poder sentirse realmente integrados a un grupo o relación. Pueden incluso dar cuenta de que este sentimiento se remonta a la infancia.

Las siguientes son algunas expresiones a menudo referidas por personas con DRE. Se trata de sentimiento y sensaciones respecto de ellos mismos y los demás.

*"Recuerdo que desde niño, cuando iba al jardín de infantes, no me sentía parte de la gente al viajar en el colectivo ni al estar con mis compañeros."*

*"Soy rara, no encajo."*

*"Me siento diferente a los demás, por eso creo que debo separarme de los otros de algún modo."*

*"Me siento separado de los demás, como no estando ahí donde el resto de las personas."*



Otra experiencia interna es la *inadecuación*. Sentirse como inadecuados en relación a los estándares sociales. Suelen distinguir momentos en los que se sienten como ellos mismos y otros durante los cuales se perciben intentando ser diferentes o representando un papel para los demás.

*“Mi autoestima es tan baja... Estoy constantemente comparando. Siento que todos son superiores a mí, y que yo no valgo nada.”*

*“Siento que no cumplo con lo que es el resto de la sociedad. Siempre es como si me faltara algo.”*

*“No puedo explicarlo, sólo siento que soy inútil, que no sirvo para nada.”*

*“Siento que todos son mejores que yo. No es que haya hecho nada malo, es simplemente que nací así.”*

*“Me comparo con otras personas. Hay constantemente una guerra civil en mi cabeza, entre lo que yo quisiera ser y lo que soy.”*

Por último, otra experiencia referida es la *desesperación*. Expresan que este sentimiento es casi constante, por lo cual han ensayado diferentes estrategias de alivio, las cuales, algunas veces, pueden parecer impulsivas.

Son los repetidos ensayos en busca de alivio lo que puede dar a un observador externo la impresión de que poseen una identidad difusa. Suelen producirse cambios en su apariencia, estilo de vida.

*“Lo principal es que uno quiere morir, estar fuera de esta vida, fuera del dolor. No pienso que nada ni nadie puedan hacer algo para que yo me sienta de una forma diferente.”*

*“No sé si tendría el valor para matarme, pero pienso mucho en ello, al menos una vez por semana.”*

*“No desearía esto para nadie. Si alguien me dijera que puedo deshacerme de este dolor dándoselo a otra persona, creo que no lo haría, sabiendo todo por lo que he pasado.”*

*“Muchos piensan que estoy siempre de mal humor, pero nadie conoce mi agonía interna. Mi furia fue cambiando a sentimientos suicidas y mi vida se transformó en una batalla para continuar viva. Aún lo es hoy.”*

La experiencia interna de una persona está estrechamente vinculada con las creencias que ella tiene acerca de sí misma y del mundo. Estas creencias influyen en las emociones, conductas y actitudes hacia los demás. Como hemos señalado, predomina la visión de sí mismas como *falladas, vacías, vulnerables*.

Algunas creencias fuertemente arraigadas son:

- *“Yo no valgo nada, estoy vacío/a y no soy querido/a.”*
- *“Soy un desastre y debo ser castigado/a por eso.”*
- *“Si alguien me ama debe tener algo malo.”*
- *“Lo que yo siento es la verdad.”*
- *“Todo es blanco o negro. Los grises y las sombras no existen.”*

- “Yo soy una víctima de las conductas de los demás.”
- “Si logro controlar a alguien, entonces me amaré.”
- “Necesito imperiosamente de los otros para ser feliz. Pero lo imperioso de mi necesidad me asusta tanto que a veces los expulso o los echo.”
- “Si alguien realmente me conociera, automáticamente me odiaría.”
- “El mundo es peligroso.”
- “No puedo con nada.”

## 8. ¿QUÉ SUCEDE CON FAMILIARES Y ALLEGADOS?

Hemos intentado transmitir que los sentimientos y las ideas pueden a menudo ser contradictorios e incongruentes. Casi inevitablemente esto puede producir situaciones durante las cuales resulte difícil para familiares y allegados predecir una conducta.

Veamos por ejemplo: al percibir el mundo como un lugar peligroso, las personas desarrollan un estado de alerta y defensa casi permanente.

En contraposición, también se perciben a sí mismas como vulnerables e impotentes. En consecuencia, ambas creencias generan un estado de oscilación entre la autonomía y la dependencia. Vemos aquí un dilema entre el rechazo y la necesidad imperiosa del otro.

No es difícil comprender, entonces, la urgencia y la angustia que expresan familiares y allegados al momento de la consulta; urgencia y angustia que muchas veces dificultan la orientación de un tratamiento determinado. La búsqueda de consejo, de orientación y de una explicación que logre tornar comprensible lo inexplicable se encuentra muchas veces con la confusión que existe en el ámbito de la salud mental.

Con frecuencia los familiares, allegados e incluso los profesionales tratantes se sienten engañados o manipulados. Esta sensación amerita que nos detengamos un momento, porque influye negativamente en la relación. Debemos distinguir entre el *efecto* y la *intención* de una conducta.

Una persona después de una discusión muy fuerte podría encerrarse en su habitación y luego realizarse cortes en el antebrazo.

El otro involucrado en la discusión, al advertir lo sucedido, podría suponer que está siendo manipulado, que no puede decir mucho sin que la otra persona “le haga esto”.

La verdad es que muchas veces la *intención* de la conducta de cortarse está ligada a una forma de regular el intenso malestar. No ha tenido quizás la intención de generar cambios en el contexto.

Sentirse manipulado es más un *efecto* de la conducta y está relacionado con el mundo emocional de quien siente eso. Por lo tanto, no podemos inferir *intención* según el *efecto* que esa conducta tiene.

A veces, la conducta sí tiene intenciones de modificar el contexto, y la tarea de todos los involucrados, e incluso del tratamiento, es conseguir los cambios de modos menos riesgosos.

*“Yo creo que lo único que me preocupa es una sola cosa: perder el afecto de alguien, que me dejen de querer. Cuando alguien amaga a dejarme yo me asusto tanto que enseguida me pongo furiosa. El enojo es más fácil de mostrar que el miedo, me hace sentir mucho menos vulnerable. El otro día mi novio, cuando tuve un arranque con él, me dijo que él sabía que yo tenía miedo. En lugar de pelearnos mal, mi furia se derritió, le dije que tenía razón.”*

LEILA, 22 años.

### **a) ¿Cómo afecta el comportamiento de las personas con DRE a quienes las rodean?**

Este desorden involucra relaciones emocionales y afectivas, porque en definitiva es un desorden vincular. Familiares y allegados a menudo interpretan ciertas conductas como personales y pueden sentirse atrapados por la culpa, la depresión, la furia, la negación, el aislamiento y la confusión.

Es entonces cuando, con las mejores intenciones, intentan afrontar cierta problemática empleando a menudo estrategias que no funcionan en el largo plazo y empeoran la situación.

Así, el comportamiento se ve reforzado porque su círculo más cercano acepta la responsabilidad por sentimientos y conductas que, ciertamente, no les corresponde.

Es común escuchar a los familiares describir la sensación de que, sin importar lo que hagan, los resultados son desfavorables. También suelen referir sentirse solos y sin una guía de cómo relacionarse de un modo más efectivo.

Algunas reacciones habituales son:

- Tratar de esconder sentimientos o pensamientos por temor a la reacción del otro.
- Temer que lo que se diga pueda ser invertido y usado en su contra.
- Sentir que se es criticado por todo aquello que no funciona en la relación, aun cuando esto parezca no tener sentido.
- Ser foco de intensas, violentas e irracionales peleas, alternadas con períodos de normalidad o mucho cariño.
- Sentirse manipulado, controlado o víctima de un chantaje emocional.
- Percibir la fluctuación entre la idealización y la denigración sin poder aislar motivos racionales para el cambio.
- Temer pedir cosas en el marco de una relación y ser interpretados como demandantes. Esto, con el tiempo, refuerza el sentimiento acerca de que las propias necesidades no son importantes o pueden postergarse.
- Sentir que el punto de vista propio es denigrado, y que las expectativas cambian constantemente.
- Sentirse incomprendido.

- Ante la posibilidad de un abandono, la persona con DRE promete que va a cambiar; puede hacer declaraciones de amor o volverse amenazante.
- Dificultad en hacer planes por lo impredecible de los cambios en el estado de ánimo y la impulsividad.

**b) ¿Cuáles son los pensamientos habituales de familiares y allegados?**

- Soy responsable de todos los problemas de esta relación.
- Todas las acciones de la otra persona se relacionan conmigo.
- Es mi responsabilidad resolver todos los problemas de la otra persona, y si yo no puedo hacerlo, entonces nadie podrá.
- Si logro convencerlo/a de que tengo razón, estos problemas van a desaparecer.
- Si pruebo que sus acusaciones son falsas, volverá a confiar en mí.
- Querer realmente a alguien implica aceptar abuso físico o emocional.
- Esta persona no puede hacer nada con su comportamiento, así que no debería responsabilizarlo por su conducta.
- Establecer límites personales hiere a los demás y por tanto es un error (hasta dónde puedo tolerar y cuánto estoy dispuesto a hacer sin desfallecer en el intento).
- Si trato de mejorar la situación y no funciona, debo seguir intentándolo hasta hacer que funcione.

**c) ¿Cómo reaccionan familiares y allegados?**

Las siguientes son algunas de las reacciones más frecuentes:

- Negación.
- Enojo.
- Depresión.
- Aturdimiento.
- Culpa y vergüenza.
- Pérdida de la autoestima.
- Codependencia.
- Sensación de estar atrapado.
- Desesperanza.
- Aislamiento.
- Adopción de hábitos poco saludables.
- Atención excesiva a síntomas y enfermedades físicas.
- Adopción de pensamientos y sentimientos característicos del desorden.

#### **d) ¿Se pueden aprender habilidades para lidiar mejor con las situaciones de conflicto?**

Por supuesto que sí. Veamos algunas sugerencias.

##### **Los disparadores**

Se denomina *disparadores* a determinados momentos que generan una reacción intensa y automática. Cuando se identifican los eventos que disparan estas reacciones, es más fácil anticiparlas e intentar que se vuelvan más manejables.

Es importante entender que estos comportamientos no son dirigidos al familiar o allegado en forma intencional, sino que son parte del problema.

Aprender sobre los disparadores no significa evitarlos, sino reconocerlos para afrontar las situaciones conflictivas en forma más eficaz.

Algunos disparadores habituales son:

- Percibir un abandono.
- Sentirse invalidado/a y recibir críticas.
- Estar en situaciones donde otra persona es el centro del cuidado.
- Sentirse estigmatizado/a o etiquetado/a (ser señalado/a como loco/a, por ejemplo).
- Sentir que los demás son impredecibles (lo cual genera inseguridad).

Es fundamental que la familia aprenda a comunicarse **de manera validante**. Para entender cuán importante es esto, imaginemos que la activación de una emoción intensa, dolorosa, en una persona con desorden límite de la personalidad es como una fogata, y dar una respuesta invalidante es como echarle más leña.

En cambio, dar una respuesta **validante** es como tener un pequeño vaso de agua que, si bien no es suficiente para extinguir esas llamas, ayudan a que de forma gradual se vayan apagando.

Cuando validamos, aceptamos y reconocemos verbalmente las emociones de la otra persona como expresión auténtica de su propia visión del mundo y de sus sentimientos.

Validar no debe ser entendido como estar de acuerdo ni dar la razón cuando existen diferencias con el otro. Tampoco significa animar, aprobar ni halagar. No es solucionar lo que el otro debería solucionar por sus propios medios. Recordemos: las emociones son siempre válidas. Entonces, es muy importante que al escuchar pongamos atención en captar la emoción que está presente (más que en el contenido).

Resulta más sencillo validar cuando la emoción es la tristeza, el miedo o la vergüenza. Por el contrario, se dificulta más ante los sentimientos de ira. Más aún cuando la ira está dirigida a nosotros, y solemos defendernos con argumentos que llevan a más problemas, intensificando el malestar. Para validar la ira, recordemos una vez más que debemos validar el sentimiento, y no las conductas, y también que la mayoría de las veces, detrás de la ira hay un intenso miedo y dolor.



Cuando validamos no solucionamos todos los problemas pero, como reflexiona Marsha Linehan, “hacemos lo necesario para no empeorar la situación”.

### ***Lo que funciona y lo que no***

No funciona:

- Dar consejos.
- Justificar nuestra conducta.
- Tomar las conductas, reacciones u otras expresiones como algo personal.
- Minimizar la emoción, la situación, o los pensamientos.
- Intentar dar respuestas lógicas o razonables.
- Dar ultimátum.
- Intentar resolver todos los problemas.

Funciona:

- Escuchar atentamente, haciendo el esfuerzo por captar la emoción presente, más que el contenido.
- Luego de escuchar, comentar en forma precisa lo comprendido (como un modo de transmitir la intención de querer entender lo que al otro le pasa, sin asumir que ya sabemos).
- Ayudar a encontrar alguna solución al problema presente, en la medida de las posibilidades. En lugar de dar soluciones, ayudar a pensar en posibles soluciones. Esto es factible sólo luego de que la validación haya generado un descenso del malestar emocional (no pasar a este punto si aún sigue con alta activación emocional).

Hay algunos aspectos que pueden ayudar a mejorar la situación de los familiares o allegados, como:

- Buscar ayuda.
- No tomar como una cuestión personal los comportamientos típicos del desorden límite de personalidad.
- Cuidarse, apuntalando su autoestima, la identidad y su particularidad.
- Recuperar actividades propias en la medida de sus posibilidades.
- Participar activamente en comunidades de tratamiento o mutua ayuda para personas con desregulación emocional.

### ***Cómo intentar reducir las crisis interpersonales***

La escalada: es un patrón de conductas que sucede entre dos personas donde cada una aumenta la reacción inicial como respuesta a la de la otra persona, llevándolas progresivamente a acciones extremas y a resultados indeseados para ambas.

Metafóricamente, sería una partida de cartas en la cual cada uno de los jugadores apuesta cada vez más alto, hasta que no quede más remedio que abandonar el juego.

Mente emocional vs. mente racional: la escalada muchas veces es el resultado de un desencuentro entre los estados mentales diferentes de los participantes en discusión.

Responderle a una persona que está en mente emocional (p. ej., “estoy demasiado triste como para ir a la escuela”) desde la mente racional parecería ser la mejor solución, porque intentamos ayudarla a razonar mejor, ya que pensamos que está razonando (“ya faltaste mucho este año, poné un poco de voluntad y andá, que si no, te vas a quedar libre”). Pero observamos con frecuencia que tomar este camino suele tener malos resultados (“no entendés nada, me voy a lo de mi amiga”).

Contenido de la expresión vs. contenido emocional de la expresión: si una persona está en mente emocional (“me quiero matar porque mi novio me dejó”) y la otra discute el contenido de sus expresiones (“¿cómo te vas a matar por un novio?!”), posiblemente logre que aquella se sienta poco entendida (“es realmente terrible estar sin mi novio”). De este modo, aumenta aún más la expresión de su malestar (p. ej., cortándose el antebrazo) como una manera de comunicar y que los demás entiendan lo mal que se siente.

Mente emocional y flexibilidad: cuando alguien tiene una emoción intensa su capacidad para resolver problemas se reduce y aumenta la rigidez de sus pensamientos y acciones.

Si una persona se encuentra en mente emocional, y su emoción supera cierto umbral, es poco probable que algún argumento racional haga que cambie de opinión hasta que el evento que genera su turbación desaparezca o pueda regularlo de alguna manera. Querer que alguien entienda nuestras razones de la mente racional cuando el otro está en mente emocional suele hacer que este último insista en sus propias razones y aumente la expresión emocional por sentirse incomprendido.

Discutir racionalmente con una persona que está en mente emocional suele llevar a una crisis.

Razón y efectividad: uno de los corolarios es que se puede tener razón y sin embargo ser inefectivo. Sin duda, es buena idea ir al colegio y no quedarse libre; y es mala idea matarse por un novio.

Hay que proponer a las personas salirse de los términos “debería / no debería”, “justo / injusto”, “bueno / malo”, para centrarse en ser eficaz con nuestras intervenciones. Por ejemplo, preguntar o señalar la emoción que se experimenta, quedarse en silencio pero atendiendo, esperar, validar acciones y pensamientos.

Y recordar que a veces lo eficiente es sólo no empeorar las cosas.

## 9. ¿CUÁNDO Y POR QUÉ SE ACUDE A LA CONSULTA?

Frecuentemente las consultas suelen abarcar razones que van desde las ganas de desaparecer hasta las ideas suicidas y las tentativas de quitarse la vida. El 10% de las personas con DRE tiene este riesgo.

La intensidad del malestar emocional es tan fuerte, que a veces estas conductas son una manera de regularlo; una forma –quizás no la mejor o más adaptativa– de resolver un problema.

Muchas veces esto es impredecible, lo que agrega temor a los profesionales de la salud mental, a las familias y allegados.

Esta situación es compleja y grave, y suscita debates entre diferentes ámbitos académicos y legales.

Otra conducta que motiva el inicio de un tratamiento son las *conductas autolesivas sin intencionalidad suicida*. Los ejemplos son varios: realizarse cortes, quemarse, pincharse, ingerir medicamentos (prescritos o no) en forma excesiva, manejar vehículos de modo temerario. Los/as consultantes refieren que no tenían intención de matarse, sino más bien, reducir el nivel de malestar, o cambiar una emoción que resulta intolerable, o simplemente dormir para evitarla. Pueden ocurrir en un episodio disociativo.

Un grupo de conductas problemáticas también frecuentes son: robar dentro o fuera del círculo familiar, consumir sustancias, vomitar y presentar cuadros bulímicos, y mentir reiteradamente. Todas éstas tienen como principal finalidad regular el malestar o escapar de una situación aversa.

La evolución en crisis y las situaciones interpersonales con discusiones, peleas, abandonos, aislamiento también pueden aparecer como motivo de consulta. Así como los problemas de depresión y ansiedad.

## **10. ¿CÓMO SE REALIZA EL DIAGNÓSTICO DE DESORDEN EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES?**

El diagnóstico de DRE debe ser realizado por un/a médico/a especialista en Psiquiatría o un psicólogo/a clínico/a. A tal fin, por lo general, es necesario mantener varias entrevistas.

No existen técnicas ni estudios médicos específicos para realizarlo. Sin embargo, la exploración junto con el/la consultante a través de entrevistas, tests y, en ciertas oportunidades, relatos recabados de familiares y allegados, previo consentimiento de el/la consultante y en cumplimiento del secreto profesional, son de extrema utilidad.

Cabe aclarar que, en ocasiones, es necesario realizar estudios de laboratorio o médicos algo más complejos con el objeto de descartar otras condiciones y chequear aspectos médicos generales de el/la consultante.

En última instancia, es nuestro deseo transmitir que, a los fines de arribar a un diagnóstico certero, es necesaria la colaboración mutua entre consultante y profesional de la salud mental.

## **11. PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO**

Hasta ahora, ni la medicina ni la psicología han logrado soluciones definitivas. Sin embargo, los tratamientos mejoran notablemente la calidad de vida de los/las consultantes, de sus familiares y allegados, y después de un tratamiento incluso pueden dejar de reunir los criterios diagnósticos.

### **a) Psicoterapia individual**

Tiene eficacia científica en este desorden. No obstante, la mayoría de las personas han realizado un tratamiento previo –si no varios– sin demasiados resultados. Tampoco es infrecuente que hayan tenido dificultades en la relación con terapeutas y/o equipos tratantes. Todo esto contribuye a la sensación de desesperanza y desánimo con la que habitualmente acuden a la consulta y con la dificultad que se evidencia para pedir ayuda.

Si bien se considera que los/las consultantes que llevan adelante algún tipo de tratamiento tienen mejor pronóstico que aquellos que no lo realizan, sólo dos modelos de psicoterapia han demostrado ser más eficientes que los tratamientos habituales en el largo plazo.

El tratamiento con más evidencia, trayectoria y difusión se denomina *Terapia Dialéctica Comportamental* (DBT), y ha sido diseñado por la Dra. Marsha Linehan.

El segundo tratamiento disponible se llama *Mentalización*, y fue creado por los Dres. Peter Fonagy y Anthony Bateman.

Es conveniente recordar aquí, de todos modos, que una buena alianza terapéutica –más que la línea teórica– es el mejor predictor de que una terapia funcione.

Hoy por hoy, estos tratamientos integran varios modos simultáneamente, es decir que se suman indicaciones de psicoterapia, grupos, entrenamientos en habilidades para consultantes y otros para sus familias y allegados, prescripciones psicofarmacológicas, entre otras intervenciones.

### **b) Grupos de entrenamiento en habilidades**

Como vimos hasta aquí, las personas tienen que aprender nuevas habilidades para regular las emociones, mejorar sus relaciones interpersonales, flexibilizar la forma de pensar y lidiar con las situaciones de crisis. Para eso, casi todos los centros de tratamiento, e incluso los diferentes modelos, han desarrollado talleres en formato grupal. Estos grupos, más parecidos a clases que a terapia grupal, son muy útiles.

Esta herramienta además permite compartir información y de ese modo comprender mejor el sufrimiento y responsabilizarse de los cambios.

En la actualidad la *terapia dialéctica comportamental* y un modelo muy similar llamado *STEPPS*, diseñado por la Dra. Blum, cuentan con la mayor difusión.

### **c) Modalidades grupales de ayuda mutua**

Existen grupos de ayuda mutua como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) –especialmente recomendados si coexiste el alcoholismo o abuso de sustancias– que han demostrado ser muy útiles. Estos programas suelen denominarse “de 12 pasos”, y los hay para diversos tipos de problemas como la adicción al sexo o al juego. Este tipo de grupos están muy difundidos

en la comunidad, siempre hay uno cerca de la casa de los/las consultantes, son gratuitos y tienen horarios convenientes e incluso se pueden realizar por Internet.

#### **d) Grupos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados**

El objetivo es que los familiares y las personas cercanas conozcan las características del problema para que puedan así tener una mayor comprensión de lo que sucede. Básicamente, se sugiere profundizar los temas que son motivo de este manual. En varios países existen agrupaciones de familiares y allegados que bregan por el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento y forman agrupaciones de autoayuda y divulgación.

En los grupos se aprenden habilidades que llevan a mejorar el vínculo y a una disminución en la intensidad y frecuencia de las crisis, en suma, conducen a una mejora de la calidad de vida. Los temas principales son: habilidades de comunicación interpersonal, validación, límites personales, aceptación radical y resolución de problemas.

Compartir esta actividad con personas que pasan por situaciones similares es una experiencia que brinda alivio, apoyo mutuo, comprensión y esperanza.

*“Desde los 16 años de Belén, andamos caminando a oscuras y cuando recién este año nos dieron el diagnóstico de DRE tampoco nos dijeron qué debíamos hacer, de hecho no teníamos la menor idea de qué era lo que estábamos haciendo mal. Mucho menos nos dijeron qué teníamos que hacer para mejorar las cosas. Por eso cuando fuimos a la reunión y nos dieron una esperanza concreta nos sentimos mucho mejor, tenemos algo que empezar a trabajar. Porque sin dudas lo peor de todo es no saber con qué herramientas ponerte a trabajar. Ahora nos damos cuenta de que tenemos mucho por hacer.”*

MARÍA, 53 años.

*“...nosotros deambulando de un lado a otro, buscando un profesional que tratara a personas con DRE, al paciente y al entorno familiar. Un desgaste muy grande. Pero ahora con la medicación, el equipo que lo trata y las reuniones del grupo, las cosas cambiaron muchísimo. Ya sabemos que el DRE no se soluciona sólo con una pastilla, pero que hay cosas que podemos hacer para mejorar la calidad de vida de nuestro hijo y la de nosotros.”*

ROSARIO, 59 años.

*“Cuanto más aprendés, más querés saber para mejorar, sólo sabiéndolo nosotros podemos ayudarlos y ayudarnos.”*

HÉCTOR, 57 años.

No hay demasiada evidencia de que la terapia familiar funcione con consultantes, muchas personas refieren, por el contrario, que las crisis suelen empeorar. De todos modos, las entrevistas familiares con objetivos puntuales, como acuerdos básicos de la vida cotidiana, entrevistas de evaluación entre otras, son necesarias.

#### **e) Tratamiento farmacológico**



No existe hasta el momento un tratamiento psicofarmacológico específico para el DRE.

La psicoterapia continúa siendo el tratamiento fundamental en todos los trastornos de la personalidad. A pesar de lo cual, la medicación puede desempeñar indudablemente una función muy útil en los períodos de descompensación, crisis, en el control a largo plazo de algunos síntomas específicos y en los trastornos de ansiedad o los trastornos del estado del ánimo.

La combinación de psicoterapia y tratamiento con medicamentos propone que la farmacoterapia aborde los rasgos fundamentales de vulnerabilidad que se manifiestan en forma de conjuntos de síntomas.

Estos conjuntos de síntomas forman cuatro dimensiones que son la cognitivo-perceptual (su forma de pensar), la impulsividad-agresividad (el manejo de la emoción), la inestabilidad-labilidad del estado de ánimo (sensación de tristeza y vacío) y la inhibición conductual con ansiedad (la sensación de desgano acompañado de ansiedad). La desregulación emocional y/o afectiva y la dificultad en controlar los impulsos se consideran de manera genérica como los síntomas clave.

En ocasiones, es necesario recurrir a varios fármacos simultáneamente, siempre abogando por el mejor plan terapéutico con la menor cantidad de efectos indeseables.

Resumiendo, el tratamiento farmacológico estaría dirigido a tratar algunos síntomas en el período de crisis y a modificar la vulnerabilidad o susceptibilidad a padecerlos.

En la actualidad existe un creciente movimiento de reconocidos psiquiatras que sostienen que este desorden es una forma de *trastorno bipolar* (observá en el apartado Bibliografía la literatura disponible). Entre ellos, se encuentran los Dres. Hagop S. Akiskal y Nassir Ghaemi. Esta opinión de expertos ha difundido el uso de *estabilizantes del ánimo* entre las indicaciones más usadas con relativo éxito. Es por ello que muchos consultantes pueden haber recibido este diagnóstico juntamente con el de un *trastorno límite de la personalidad*.

También es importante destacar aquí que las personas con DRE suelen cumplir criterios para otros diagnósticos en salud mental. Aproximadamente el 90% tienen otros diagnósticos asociados. Esta asociación se denomina *comorbilidad* (la existencia de más de un trastorno que ocurren de manera simultánea). Esta vulnerabilidad se evidencia porque los/las consultantes pueden tener diferentes motivos de consulta.

La experiencia personal de muchos consultantes y sus familias es la rotación y cambio de las indicaciones médicas a lo largo del tiempo, el uso de varios medicamentos, los síntomas adversos y la desesperanza en relación con los trastornos en general.

Algunos de los medicamentos indicados en este desorden son:

1. **Antidepresivos** (*fluoxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram, citalopram, bupropión, venlafaxina, entre otros*): tienen utilidad en la reducción de síntomas depresivos, para sosegar la angustia, la ansiedad, el pánico y la agresividad.

2. **Antirrecurrenciales / estabilizadores del estado de ánimo** (*carbonato de litio, valproato de sodio, topiramato, carbamazepina, oxcarbamacepina, lamotrigina*): son usados con la intención de crear estabilidad a largo plazo.

3. **Antipsicóticos atípicos** (*risperidona, quetiapina, olanzapina, aripiprazol, ziprasidona*): pueden emplearse para disminuir la intensidad emocional o la aparición de ideas extrañas o las sensaciones de persecución. Algunos también son estabilizadores del ánimo, ofrecen alguna eficacia antidepresiva, cumplen una función sedante o mejoran el sueño.

4. **Tranquilizantes o sedantes** (*como las benzodiazepinas –clonazepam, alprazolam, entre varios otros–*): aunque estos últimos son desaconejados en su uso crónico por su característica adictiva –suelen ser difíciles de abandonar, se requieren dosis mayores para obtener los mismos resultados– y efectos contrarios a los esperables llamados “paradojales”, suelen aún ser indicados en clínica.

#### 5. **Otros medicamentos:**

- *Naltrexona*:

Hay publicaciones que apoyan su eficacia en el tratamiento de los comportamientos adictivos impulsivos, como el alcoholismo y el juego patológico. Así mismo, hay una modesta evidencia que demuestra una reducción significativa de los síntomas disociativos (cuando se separan algunos pensamientos y sentimientos del resto de la actividad mental), de reexperimentación (ideas o imágenes traumáticas que irrumpen en la conciencia de manera involuntaria), y en las conductas autoagresivas.

- *Inductores del sueño (zolpidem, zopiclona, zaleplon)*:

La idea general es conseguir dormir sin recurrir a medicación. En la actualidad, hay manuales que ayudan a conciliar y mantener el sueño de forma natural. De todos modos, esta perturbación es muy generalizada y a veces se requiere de estos inductores.

- *Ácidos grasos Omega 3 y 6*:

Los ácidos grasos ricos en Omega 3 y 6 se han sugerido como estabilizadores del ánimo.

#### f) **Internación**

Solamente en algunas ocasiones se hace necesaria la internación, y suele determinarse sólo por un breve tiempo (p. ej., durante crisis importantes que puedan poner en riesgo la vida de alguien). Si bien es necesario evaluar caso a caso, esta intervención hay que considerarla como una forma de cuidado hacia la persona.

A veces, las comunidades terapéuticas para abuso de sustancias o severos problemas alimentarios pueden ser una buena opción si estos problemas se vuelven incontrolables.

## 12. EN SÍNTESIS, Y A MODO DE REFLEXIÓN

El desorden en la regulación de las emociones suele aparecer en la adolescencia y perdura durante la vida adulta, muchas veces con períodos de mejoría evidente y otros de crisis, generalmente desatadas por algún suceso vital como: una separación, un divorcio, la pérdida de empleo, entre otras.

Mucha gente que lo sufre refiere estabilizarse cerca de la cuarta década, especialmente si han realizado tratamientos psicológicos y psiquiátricos, lo cual es muy habitual. De hecho, los estudios estadísticos demuestran que en general intentan varios tratamientos a lo largo de sus vidas. El nivel de satisfacción con los mismos no es siempre bueno, y los cambios de médicos y psicoterapeutas son muy frecuentes, a veces motivados por la persona con el desorden o por los familiares.

De todos modos, existen al momento prometedoras investigaciones en la búsqueda de recursos para aliviar el sufrimiento de estas personas y sus allegados.

No dudés en hablar abiertamente y con franqueza con el/la profesional a cargo del tratamiento si tenés dudas o más preguntas al respecto. Sé cauto/a en la selección del material a leer, utilizá el dirigido a los médicos y psicólogos con su asistencia.

Es importante, parafraseando una antigua plegaria, tener paciencia para aceptar las cosas que no se pueden cambiar, coraje y motivación para modificar aquello que sí se puede, y sabiduría para apreciar las diferencias.

# FUNDACIÓN FORO

## Bibliografía

(Algunas citas se acompañan de comentarios en cursiva)

1. Beck, A.; Freeman, A.: *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1990. *Disponible en castellano.*
2. Beck, J.: *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. 1995. *Disponible en castellano.*
3. Clarkin, J.: *Major Theories of Personality Disorder*. Guilford Press, New York, NY, 2001.
4. *DSM IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, APA Press, Washington, DC, 1994. *Disponible en castellano.*
5. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision (c) Ginebra, OMS, 1992. *Disponible en castellano.*
6. Derksen, J.: *Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives*. John Wiley & Sons, 1995.
7. Gunderson, J.; Gabbard, G. (eds.): *Psychotherapy of Personality Disorders*, vol. 19. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2000.
8. Gunderson, J.: *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 2001.
9. Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. Guilford Press, New York, NY, 1993. *Este tratamiento ha sido validado y ha demostrado eficacia empírica.*
10. Linehan, M.: *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. Guilford, New York, NY, 1993. *Este tratamiento ha sido validado y demostrado eficacia empírica.*
11. Sperry, L.: *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM IV Personality Disorders*. Brunner Mazel Publications, Inc., 1995.
12. Young, J.; Klosko, J.: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A schema-focused approach*. Resource Exchange, Inc. 1999.
13. Young, J.; Klosko, J.: *Reinventing Your Life*. A Plum Book, 1994. *Disponible en castellano. Suele ser muy útil como material de autoayuda.*
14. Kraisman, J.: *I hate you, don't leave me. Understanding the borderline personality disorder*. Avon Psychology, New York, NY, 1998.
15. Mason, P.; Kreger, R.: *Stop Walking on Eggshells. Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder*, New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 1998.
16. Kreger, R.; Shirley J.P.: *The Stop Walking on Eggshells Workbook. Practical Strategies For Living With Someone Who has Borderline Personality Disorder*, New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 2002.
17. Bateman, A.; Fonagy, P.: *Psychotherapy for Borderline Personality, mentalization-based treatment*, Oxford, New York, NY, 2004. *Este tratamiento ha sido validado y ha demostrado eficacia empírica.*
18. Akkiskal, H.; Vázquez, G.: *Una expansión de las fronteras del trastorno bipolar: Validación del Concepto de Espectro*. VERTEX; Rev. Arg. de Psiquiat., 2006, vol. XVII: 340-346. *Una buena aproximación al problema de la diferencia de diagnóstico entre trastorno bipolar y desorden límite de la personalidad en castellano.*
19. Gagliesi, Pablo; Rosado, Andrés; Marletta, María. *Manual de Psicoeducativo de Psicofarmacología para DRE*. Buenos Aires, 2008. *Dispone de versión digital en la página de la Fundación Foro.*
20. Martino, Diego; Gagliesi, Pablo; Bottini, Alejandro; Igoa, Ana. *Manual Psicoeducativo de Bipolaridad*. Buenos Aires, 2008. *Dispone de versión digital en la página de la Fundación Foro.*

21. Blum, N., Black, D.W.: "The STEPPS group treatment for borderline personality disorder", en Hoffman, P.D.; Steiner-Grossman, P.: *Borderline Personality Disorder: Meeting the Challenges to Successful Treatment*. Binghamton, NY, The Haworth Press, Inc, 2008, pp 171-186.

**Para obtener mayor información:**

Fundación Foro

- ◆ [www.trastornoborderline.com.ar](http://www.trastornoborderline.com.ar)
- ◆ [www.fundacionforo.com](http://www.fundacionforo.com)

Otras páginas de Internet recomendables:

- ◆ [usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm](http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm)
- ◆ [www.sin-limite.net](http://www.sin-limite.net)
- ◆ [www.acaip-tlp.com](http://www.acaip-tlp.com)
- ◆ [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov)
- ◆ [www.tara4bpd.org](http://www.tara4bpd.org)
- ◆ [www.dbtselfhelp.com](http://www.dbtselfhelp.com)
- ◆ [www.borderlinepersonalitytoday.com](http://www.borderlinepersonalitytoday.com)

**Agenda:**

Alcohólicos Anónimos (AA): 4325-1813 - [www.aa.org.ar](http://www.aa.org.ar)

ALANON - Ayuda al Familiar del Alcohólico: 4382-9229 / 4382-9311 o  
0800-333-0784 - [www.alanon.org.ar](http://www.alanon.org.ar)

Narcóticos Anónimos (NA): 4342-6659 o 4345-7445 - [www.na.org.ar](http://www.na.org.ar)

Jugadores Anónimos (JA): 15-4412-6745 - [www.jugadoresanonimos.org.ar](http://www.jugadoresanonimos.org.ar)

Centro de Atención al Suicida: 135 (teléfono gratuito)

FUBIPA - Fundación de Bipolares de Argentina: 5218-1638 - [www.fubipa.org.ar](http://www.fubipa.org.ar)

**Sugerencias:**

Te sugerimos que escribas tu propia historia clínica completa, sistematizada y actualizada (historia de tratamientos previos, medicación, cantidad, efectos positivos y secundarios, duración, entre otros datos). Los/as profesionales que te asisten pueden cambiar por múltiples razones, pero si conservás esta información te ahorrarás tiempo y facilitarás las consultas.

Si los datos del presente manual no corresponden o han cambiado, llamá al servicio de asistencia telefónica, no dejes de intentarlo. Avisanos de los cambios.

Para otros comentarios y sugerencias conectate con nosotros.



## Datos útiles

### Datos de mi psiquiatra y/o psicólogo/a tratante:

Apellido y nombres:

Teléfonos:

Apellido y nombres:

Teléfonos:

### Datos de mi obra social o prepaga:

Teléfonos:

Teléfono de emergencia:

Número de afiliado:

### Laboratorio de exámenes médicos:

Nombre:

Dirección:

Teléfonos:

### Datos sobre el sistema de salud público o de emergencias de mi ciudad/región:

Nombre:

Dirección:

Teléfonos:

### En caso de emergencia llamar a:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

Nombre:

Teléfono:

**Esquema farmacológico actual**

Nombre:

Dosis diaria:

Nombre:

Dosis diaria:

Nombre:

Dosis diaria:

Nombre:

Dosis diaria:

**FUNDACIÓN FORO**