

Trastorno límite de personalidad: un informe de caso desde la visión sistémica con el enfoque de la nutrición relacional

Borderline personality disorder: A case report from the systemic vision with the approach to relational nutrition

Octavio César Carrillo Flores¹

¹Maestro en Terapia Familiar Sistémica. Instituto Tzapopan. Psicólogo especializado "A" en Centros de Integración Juvenil, AC, Unidad de Hospitalización Zapopan. Correo electrónico: octaviocesar@hotmail.com

Historia editorial

Recibido: 04-03-2015

Primera revisión: 04-04-2015

Aceptado: 21-04-2015

Palabras clave

trastorno límite de personalidad, estilo de vínculos interpersonales y de pareja, nutrición relacional, estilo terapéutico contemplativo-evolutivo.

Resumen

Presentamos el informe de un caso clínico que analiza la relación entre las características individuales, familiares, relacionales y sociales de una paciente con algunas de sus parejas (características de su relación con ellos), asociadas al diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de la nutrición relacional con un estilo terapéutico propio y la evolución del caso a poco más de un año. Hacemos un recorrido circular con la persona, su desarrollo, identidad (personalidad), algunas particularidades de su familia de origen, sus vínculos con parejas que reproducen un cierto patrón o pauta relacional a partir de una identidad (personalidad) similar, hasta llegar a sus circunstancias de conflicto y formas de afrontamiento, la intervención clínica y su posicionamiento como madre ante nuevas identidades (personalidad) en gestación o desarrollo: sus hijos, para así reiniciar el ciclo de la vida.

Abstract

Analysis at the clinical case report of the relationship between characteristics individual, family, social, and some of the characteristics of her couples (and the characteristics of her relationships with them), associated with diagnosis and treatment of a patient from the perspective of the relational nutrition and her own therapeutic style, is analyzed and presented progress of the case just over a year. Making a circular path with the person, her development, her identity (personality), some characteristics of their family of origin, their relational links with couples with a certain pattern or relational pattern from an identity (personality) similar; her circumstances of conflict and ways of coping, clinical intervention, and its positioning as a mother in front to new identities (personality) in gestation or development: their children, and to restart the cycle of life.

Keywords

borderline personality disorder, interpersonal style and couple linkages, relational nutrition, therapeutic style.

El informe que aquí presentamos fue realizado en Zapopan, Jalisco, México, el 1 de junio de 2013, en respuesta a una petición tanto familiar como legal sobre el diagnóstico y tratamiento de la paciente. Es importante aclarar que no sólo se le atendía en aspectos relacionados con conductas que perjudican su salud (adicciones) o la salud de sus hijos (separación), sino también en el tema de violencia familiar.

La Organización Mundial de la Salud, al referirse al tratamiento contra el consumo de alcohol o drogas y la comorbilidad asociada como parte de una atención primaria en salud, define ésta como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Rodríguez y Minoletti, 2013, p. XV) y considera la atención primaria en salud mental como “... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Rodríguez y Minoletti, 2013, p. XV). Así, la atención a la salud mental adquiere una relevancia equivalente a la atención de la salud física.

Es importante un abordaje integral a partir de una comprensión compleja de los factores individuales (personalidad), familiares, relacionales, de pareja y sociales, a fin de alentar una mejora desde una intervención específica; en este caso, la perspectiva de la nutrición relacional del doctor Juan Luis Linares, con un estilo terapéutico propio: contemplativo-evolutivo. El estudio fue elaborado luego de casi tres meses y ocho sesiones combinadas de terapia familiar (con la madre, el padre y su hijo mayor) y terapia individual. Posteriormente, realizamos un seguimiento en agosto de 2014, en el que destacaron algunos elementos que señalaremos en el apartado final.

1. DESARROLLO

INFORME CLÍNICO (1 JUNIO 2013)

Paciente: SSB

Datos generales

Edad: veinticuatro años

Sexo: femenino

Escolaridad: bachillerato

Estado civil: soltera

Ocupación: desempleada

Estado mental

Paciente alerta, bien orientada, con lenguaje lógico y coherente, que muestra cierta labilidad afectiva asociada al proceso de reintegración a su familia y a las propias necesidades de la etapa en que se encuentra, al asumir una individuación responsable.

Antecedentes personales patológicos

Padecimientos respiratorios y enfermedades infecciosas en la infancia, tratadas y sin secuelas. Problemas de la conducta alimentaria manifestados desde la preadolescencia, alrededor de los diez años. Problemas de conducta en el ámbito escolar asociados a trastornos en el estado de ánimo con ideación suicida y fugas de casa en la adolescencia. A la edad de diecisiete años, inicio del consumo de sustancias psicoactivas: cannabis, cocaína, alucinógenos (“ácidos y hongos”) y anfetaminas (“tachas”).

Antecedentes de heredofamiliares

Por parte de la familia materna, existen antecedentes de diabetes e infartos. Se sospecha de “algun” trastorno psiquiátrico en la bisabuela materna, no diagnosticado ni atendido profesionalmente,

y manifestaciones en el abuelo materno de violencia y conductas “misóginas”. El tío materno, con antecedentes de crisis de ansiedad en tratamiento psiquiátrico, falleció por suicidio consumado, según el reporte legal emitido. La abuela materna padece problemas crónico-gastrointestinales. Los bisabuelos paternos murieron a consecuencia de la diabetes, y el abuelo paterno presenta problemas de hipertensión.

Tratamientos previos

Recibió atención psicológica particular durante la infancia y adolescencia por los problemas asociados a la conducta alimentaria y escolares, estado de ánimo e ideación suicida, además de las fugas de casa; no obstante, asistió a pocas sesiones.

A los veinte años, se integró a un programa de tratamiento para las adicciones en modalidad residencial profesional durante tres meses, y asistió dos meses a seguimiento en tratamiento ambulatorio.

A los veintiún años, estuvo en el programa de tratamiento y rehabilitación, en actividades diarias de hasta tres horas durante tres meses y en un “taller de encuentro” de fin de semana. Dejó el tratamiento debido a su relación con una nueva pareja sentimental (consumidor de drogas), con quien se fugó de casa para vivir juntos; se mantuvo en abstinencia del consumo de drogas y asumió mayor responsabilidad sobre la relación hasta que se embarazó de su segundo bebé; entonces, aumentaron los conflictos con su pareja y regresó a casa de sus padres. Recibió consulta psicológica particular en pocas sesiones.

Conformación familiar

SSB es la mayor de dos hijos: ella de veinticuatro años y un varón de veintidós. Entre ellos, su madre tuvo un aborto natural en el primer trimestre del embarazo. El padre tiene cuarenta y nueve años y su madre, cuarenta y ocho. La madre es arquitecta y el padre, comerciante. La paciente tiene dos hijos de dos parejas diferentes: el mayor de seis años y el menor, de nueve meses.

Motivo de consulta

La paciente solicitó tratamiento psicológico a causa de problemas de baja autoestima, asociados a un estado de ánimo depresivo y falta de motivación para cumplir sus metas de autorrealización; siente que su vida no tiene sentido, aunque la relación con sus hijos le brinda un cierto grado de aliento.

Reconoce conflictos en sus relaciones familiares y de pareja, y busca ayuda para tener una vida más responsable, independiente, satisfactoria y productiva, que le permita hacerse cargo de manera adecuada de sus necesidades y de sus hijos. El consumo de sustancias se encuentra en remisión desde hace tres años.

Es necesario mencionar que le han retirado la custodia de sus hijos durante algunos periodos; en el caso de su hijo mayor, éste quedó al cuidado de los padres de ella. Además, sufrió violencia familiar y agresión psicológica, física, sexual, económica, entre otras, por parte de sus parejas; ello afectó en mayor medida a su hijo de seis años, por lo cual los padres de la paciente le han brindado al niño atención profesional. Actualmente, el estado de salud física y emocional de la paciente es reportado como estable y adecuado.

Diagnóstico

Paciente que cubre el criterio para diagnóstico de personalidad límite, de acuerdo con el DSM IV, cuyas características se señalan en la tabla 1.

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

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre 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 son potencialmente dañinas para sí mismo (por ejemplo, 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 comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, 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 (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad F60.3 (301.83). Fuente: DSM IV APA, 1995.

La paciente muestra labilidad psicoafectiva relacionada con historia de vida de interacciones o pautas relacionales con figuras de autoridad de forma ambivalente, de dependencia y desafío, apego y evitación, desarrolladas desde sus vínculos primarios con ambos padres; es más cercana a su padre y tiene conflictos con la madre, en virtud de la actitud de exigencia y cierta competencia, al ser la madre la “figura fuerte” tanto en la relación de pareja como en el sistema familiar. La madre desempeña un rol de proveedora y administradora, así como de supervisora de las actividades domésticas y de crianza dejadas mayormente al padre; lo anterior se ha acentuado en especial en los últimos años.

SSB refiere en su historia personal antecedentes de consumo de sustancias que tienen vínculo con sus relaciones de pareja, situación significativa al demandar afecto y aceptación de sus pares (parejas y personas con quienes convive para el consumo) y, al mismo tiempo, ser presa de manipulaciones, provocaciones e intimidaciones, ante las cuales cede, porque se le dificulta establecer límites a conductas que la lastiman; le falla la contención interna y requiere supervisión, vigilancia y contención externa de parte de su red de apoyo sociofamiliar.

En lo concerniente al autoconcepto, parece estar deteriorado al expresar manifestaciones de inseguridad, temor, dificultad para tomar decisiones, limitación para aprender de la experiencia, poca tolerancia a frustraciones y a la crítica; le cuesta trabajo manejar emociones adversas. Asimismo, experimenta un estado permanente de insatisfacción y vacío que repercute en alteraciones de su ánimo, que la conducen a una actitud depresiva y falta de motivación intrínseca para desarrollar actividades.

Recomendamos un trabajo integral, no sólo individual y psicológico, que le brinde a la paciente atención médico-psiquiátrica para estabilizarla mental y psicosocialmente; trabajar en sesiones individuales y de terapia en red (con la familia y algunas personas significativas cercanas a ella);

favorecer, a la vez, recursos intrapsíquicos, como el desarrollo, la recuperación o construcción de recursos externos de apoyo, supervisión, contención y estructura, que la ayuden a lograr cambios en su estilo de vida para que recupere su capacidad de hacerse cargo de sí misma y de sus hijos.

Tratamiento

En el área psicoafectiva, iniciamos un proceso terapéutico en sesiones tanto familiares como individuales; en él destacamos el trabajo con la figura materna, y luego involucramos al padre; estamos en vías de un trabajo conjunto con los integrantes de la familia y, en seguida, extenderemos la intervención a aspectos de la red social de apoyo y contención.

En lo individual, resalta la estabilidad que la paciente comienza a tener en aspectos emocionales y la claridad de pensamiento para ser reflexiva, con capacidad de análisis, introspección, autocrítica y juicio de realidad; puede distinguir entre situaciones que la benefician y las que no, así como contener el surgimiento de sintomatología asociada a los trastornos adictológico y de personalidad. Sin embargo, continúa siendo frágil emocionalmente, con labilidad o carencia de recursos y en proceso de reconstrucción del autoconcepto, rescate de sus capacidades, y reorganización o reorientación de objetivos y metas personales y familiares que le brinden satisfacciones respecto a la autorrealización, autonomía e independencia para sostener un trabajo y una estabilidad psicoafectiva suficiente y hacerse cargo por completo de sí misma y de sus hijos.

Mientras tanto, orientamos a la familia con la idea de que construya un ambiente de estructura afectiva que genere experiencias de nutrición relacional, concepto del doctor Juan Luis Linares (Linares y Campo, 2000), y que representa elementos como la valoración, el reconocimiento, la aceptación y el afecto, que alimentan el surgimiento de posibilidades y recursos a partir del acompañamiento, la supervisión y vigilancia con afecto estructurado, es decir, sin caer en la sobreprotección y el sentimiento de actos irresponsables y autodestructivos o que lastiman a otros.

Un asunto específico en el tratamiento de SSB ha sido el abordaje del conflicto asociado a las relaciones afectivas de pareja y el alentarla a que reconozca y distinga entre sus deseos y el deseo del otro, y que no supedite su conciencia o sus conductas a dicho deseo y del otro; que pueda superar necesidades dependientes de aprobación, aceptación y afecto por parte de ese otro para crear un criterio propio; y que no se deje llevar por posturas intimidatorias, agresivas, dominantes, de violencia directa o indirecta o manipulación. Así, ella podrá distinguir emociones que no sean de inseguridad o temor y formular sus propios juicios y decisiones con base en la idea y el deseo propio de no lastimar a otros o de no dañarse a sí misma. El consumo de drogas en personalidades como la de SSB significan un daño a sí misma ocasionado por la necesidad de aprobación, aceptación y afecto por parte de otro; en este punto, las sustancias psicoactivas se convierten en catalizadores de una motivación o de un sentido para la vida, en relación con el deseo del otro y no con el propio.

Es importante señalar que en el discurso de SSB resaltan algunos elementos de justificación tanto de la conducta violenta de sus parejas como su apego a la relación con ellos; en ocasiones, es notorio cómo se culpa de la violencia cometida por el otro y se responsabiliza por el cuidado de ese otro, percibido por ella, en momentos, como frágil, necesitado de atención y afecto, lastimado por su propia historia; por ello, queriendo compensarlo, ella asume, en algunas ocasiones, una posición de dirección del vínculo y lo lleva hacia donde ella cree que es más conveniente para ambos; esto es acorde con algunos estudios con perspectiva de género que refieren una interacción similar en parejas que han vivido situaciones de violencia (Vega, 1998; Torres y Hernández, 2009).

La paciente decide, a veces, dónde y cómo vivir (residencia, economía, trabajos, entre otros) para encontrar en ese “cierto control” una forma de autoafirmación y satisfacción de sus propias necesidades o deseos, incluidos los que tienen que ver con el consumo de sustancias o de afecto y valía. Por eso, la pérdida de ese “cierto control” de la relación se vuelve tan doloroso para ella, al sentirse traicionada por infidelidades o rechazada por el abandono de la pareja; surge, así, la ambivalencia del repudio y la necesidad de estar con sus parejas, con encuentros ocasionales para tener contacto físico-sexual; esto le provoca un sentimiento de vacío, insatisfacción y culpa por traicionar

sus propios criterios, pero, a la vez, se siente gratificada, aceptada, al ser tomada por el otro que no la rechaza y le consiente “caprichos” que ella piensa que nadie más le tolerará, nadie que no sea como ellos, nadie que sea “normal” y no tenga los problemas que ellos han tenido, pensamientos que son reforzados verbalmente por sus parejas. Esta situación nos lleva a lo que a continuación planteamos.

Epidemiológicamente, el consumo de sustancias distingue entre el uso en las mujeres de sustancias llamadas suaves (como las de prescripción médica) y el uso por parte de los hombres de las llamadas sustancias duras (como la cocaína) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2012); por ello, cuando una mujer, como SSB, incurre en el consumo de sustancias duras se explica que son motivadas por las necesidades dependientes ya referidas y son depositadas en la pareja. Este consumo puede ocasionar la pérdida de una conciencia de los propios actos y atenuar aspectos de culpa sobre decisiones tomadas o conductas lesivas, sin dejar de tener un cierto grado de responsabilidad sobre el consumo y algunos de sus actos.

También se explica epidemiológicamente (APA, 1995) que el consumo de sustancias está más relacionado (prevalencia, síntomas y trastornos asociados) en las mujeres con un diagnóstico de personalidad límite, a diferencia de los hombres, en los que se presenta una prevalencia, síntomas y trastornos asociados con el diagnóstico de personalidad antisocial correlacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.

En la experiencia de trabajo en el campo clínico de las adicciones, las relaciones más frecuentes entre parejas de consumidores de sustancias son entre un hombre con características de personalidad antisocial (ver tabla 2) y una mujer con características de personalidad límite; aquí, las características de personalidad de uno y otro se complementan, y se conforma una relación complementaria desde una visión teórica sistémica, que lleva a la mujer a incurrir en diferentes conductas autolesivas o delictivas, en las que son implicadas por su pareja; ellas buscan con estas conductas una aprobación, una aceptación y afecto de parte de sus parejas, quienes se convierten en una figura fuerte para ellas y representan protección, sentimiento de seguridad y apoyo que no encuentran en sí mismas.

- | |
|--|
| <p>A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde los quince años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales respecto al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención. 2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer. 3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro. 4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones. 5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás. 6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o hacerse cargo de obligaciones económicas. 7. Falta de remordimientos, como lo revela la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros. <p>B. El sujeto tiene al menos dieciocho años.</p> <p>C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de quince años.</p> <p>D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.</p> |
|--|

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad F60.2 (301.83). Fuente: DSM IV, APA, 1995.

El tratamiento busca que este tipo de pacientes, mujeres, puedan restablecer en ellas un empoderamiento que les permita distinguirse o diferenciarse, o individualizarse, y reconocerse como

personas capaces y con fortalezas para desarrollar proyectos personales; que distingan entre situaciones que las lastiman o lastiman a otros y situaciones que construyen relaciones de crecimiento, nutrición y afecto.

Existen dos posibilidades de desarrollo muy generales de este tipo de cuadros clínicos: uno tiene que ver con la evolución en un tratamiento prolongado integral y el otro, con relaciones afectivas con personas de una red social o familiar más constructivas y empoderadoras, o en grupos de apoyo o relaciones de pareja con personalidades más “sanas” o constructivas.

Desde la perspectiva de la “nutrición relacional” del psiquiatra y terapeuta familiar sistémico (Linares y Campo, 2000), el doctor Juan Luis Linares refiere, retomando a los teóricos constructivistas Humberto Maturana y Francisco Varela, que los seres humanos somos primariamente amorosos y, en segundo lugar, maltratantes (Carreras y Linares, 2006), cuando las vías de la nutrición afectivo-relacional quedan bloqueadas por algunas circunstancias, en este caso, el consumo de sustancias psicoactivas y el alejamiento de la red familiar y social de apoyo constructivo y cuidados para acercarse a relaciones emocionales intensas con parejas consumidoras de sustancias psicoactivas y personalidad antisocial (de acuerdo con las narraciones que hace la paciente y su familia sobre la conducta de sus parejas y comparándola con los criterios señalados en el DSM IV, descritos en la tabla 2, para diagnosticar la personalidad antisocial como trastorno). Estas vías de nutrición psicoafectiva-relacional deberán ser desbloqueadas para generar cuatro elementos: valoración, reconocimiento, aceptación y amor.

Personalidades como las de SSB son proclives al consumo de sustancias y a relaciones de pareja con personas disfuncionales; esto se debe a que sus mismas características de personalidad (entre las que sobresale la inestabilidad, ambivalencia, sentimientos de vacío o insatisfacción con voracidad demandante de atención y afecto) hacen difícil que las personas convivan y comprendan a este tipo de mujeres; ello dificulta, a su vez, crear una estructura de tolerancia, aceptación y valoración. El consumo de sustancias genera en estas personas un cierto mecanismo de control que da una aparente estabilidad originada por la identificación con otros consumidores (con su consecuente contraposición a personas no consumidoras) y procesos de regulación, control o sometimiento a la presión del grupo o la pareja consumidora de sustancias; esto, incluso, encierra una cierta motivación para la acción que no se consigue de manera natural en otros momentos o relaciones, aunque con costos y consecuencias graves al presentarse procesos de deterioro físico, mental y socioafectivos severos.

2. DISCUSIÓN

SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DEL CASO (AGOSTO DE 2014)

El tratamiento concluyó debido al cambio de residencia de la familia y las limitaciones económicas que hicieron difícil continuar el tratamiento profesional. El informe que aquí presentamos fue comentado con los padres de la paciente; esto les permitió tener mayor entendimiento y comprensión de la vida intrapsíquica de su hija y actuar al respecto.

Entre los avances de este proceso, se destacan las palabras y los actos de reconocimiento, afecto y motivación que brindaba la madre a SSB, además del amor y aceptación incondicional de su padre; esta combinación ayudó a restablecer la estabilidad emocional de la paciente, que pudo regresar a casa a vivir con la familia y organizarse junto con ellos para el cuidado de los hijos y el sostenimiento económico.

En lo personal, la paciente pudo cuestionar sus relaciones de pareja, convenientes e inconvenientes, y enfocarse a sus propias necesidades; recuperó la capacidad de autodeterminación para elegir terminar sus relaciones con personas que le presentaban más contras que pros; fue más selectiva en cuanto a sus contactos interpersonales y comenzó nuevas relaciones de pareja con hombres más funcionales que conocía en empleos que tomó de manera provisional.

Un año después, en agosto de 2014, el padre se acercó a nosotros para comentar los avances que han tenido en cuanto a los aspectos legales de la custodia de los hijos de SSB. Nos expresó que la paciente estuvo viviendo con ellos hasta hace pocas semanas, cuando se independizó y empezó a alquilar un espacio junto con un primo, con quien comparte gastos. Ella trabaja como subgerente en una empresa pequeña y tiene a su cuidado a su hijo menor; el hijo mayor permaneció en casa de los padres de SSB por acuerdo de todos, al confirmar que el niño se ha encariñado con sus abuelos y muestra un desarrollo normal y adecuado.

Al hablar con la paciente, nos refiere estar sintiendo de nuevo crisis de angustia precisamente porque comenzó a vivir de modo independiente y a obtener logros significativos en aspectos productivos y de estabilidad económica, que le implican, por otro lado, responsabilidad y autodeterminación. La alentamos a mantenerse en un camino que parece ser difícil para ella y a valorar más sus logros y a sí misma como “lo correcto” en este momento de su vida; ella respondió con un “sí, me tomaré mis cápsulas de me vale y seguiré adelante”, que significa que no le dará tanta importancia a las dificultades y pensará en los beneficios que está obteniendo.

Obviamente, quedan aún muchas circunstancias por vivir en la historia de SSB, que construirá su vida junto con las personas que encuentre en su camino. Vendrán situaciones adversas y favorables, así como personas, unas más convenientes, positivas o nutricias que otras. Con el tratamiento, buscamos que ella pudiera ahora vivir y escoger ya no guiada por las necesidades inconscientes o primarias insatisfechas (aceptación, valoración, reconocimiento y amor), sino con decisiones conscientes, elecciones que consideren la posibilidad de relaciones con personas y entornos que le brinden aceptación, valoración, reconocimiento y amor, al menos en forma temporal o lo más permanentemente posible según el grado o nivel del vínculo, la respuesta en el otro y las circunstancias.

Ahora que ella puede leer este escrito (de hecho, que pueden leerlo otras jóvenes que viven situaciones similares, o sus familias), sería conveniente que se percatará de que, al igual que todos los seres humanos, ella busca lo que ya ha tenido, tiene y tendrá, en sus años de bebé, niña, adolescente, adulta y adulta mayor: aceptación, valoración, reconocimiento y amor, en diferentes momentos, algunos demasiado breves o con muy poca intensidad como para que los pudiera percibir o valorar por sí misma.

3. CONCLUSIONES

Desde la postura que como terapeutas sistémicos mantenemos y de la que referimos en un artículo anterior (Carrillo, 2014), hay dos elementos que fueron importantes durante el proceso para la intervención con SSB: la aceptación y la integración.

La aceptación de lo que ella dice, piensa, siente y vive, de su perspectiva del mundo, sus problemas y sus relaciones implica entender y comprender, conocer y reconocer, aceptarse a sí misma, aceptar lo que le agrada y lo que no; con ello, aprende a aceptar la perspectiva de los otros, de sus padres, sus parejas, sus hijos y de otras personas a su alrededor. La cuestionamos sobre lo que no ha podido aceptar para invitarla a hacerlo; es el caso de su adicción como una enfermedad y los cuidados que ésta requiere; sus conductas autodestructivas como síntomas de un padecimiento por el cual es tratada y está aprendiendo a cuidarse, a vivir con él y a poner más atención a su vínculo con personas y circunstancias que le brinden un entorno más saludable, positivo o nutricional.

La integración es una consecuencia de la aceptación; es la integración de ambas partes, la que agrada y la que no, en una sola vida, aprendiendo a resaltar lo que le ayuda a crecer o construir y cuidándose de lo que la destruye o limita en su desarrollo hacia una vida que le sea más satisfactoria, aunque sólo sea transicional o por etapas hacia nuevas formas de crecimiento y bienestar constructivo. Se trata de aprender a vivir con sus síntomas, con sus propias emociones, pensamientos, conductas y actitudes que le causan conflicto, y comprenderlas como la otra parte de su ser, que conviven con emociones, pensamientos, conductas y actitudes que le producen entusiasmo o motivación.

En este caso, utilizamos el mecanismo de sublimación para transformar aquello que le crea conflicto en actos que sean socialmente más aceptables y en lo personal más tranquilizadores. Un ejemplo de ello lo encontramos en el manejo de su vida sexual y sus temores asociados a perder el control, desbordarse o lastimar y lastimarse; la alentamos a expresar sus emociones e ideas en formas de arte que le resultan agradables y socialmente aceptables. Le sorprendió saber que quien escribió el popular libro *Cincuenta sombras de Grey* es una mujer.

Respetamos aspectos de su vida que ella considera intocables por su vida sexual adulta, como su vínculo con sus hijos en la inocencia de la infancia y, en especial, con la ternura de su bebé; ello denota un alto nivel de sublime funcionalidad relacional con una personalidad en gestación.

FUTUROS DESAFÍOS

La intención de este trabajo no fue profundizar en la descripción del trastorno límite de la personalidad; para ello, recomendamos leer el artículo “El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica,” de Carmen Campo (Campo y Ascenzo, 2011); nuestro interés se centró en revisar cómo se relacionan aspectos de la vida intrapsíquica con el estilo de vínculos relacionales que establecen las personas con este trastorno y abordarlos desde la teoría del doctor Linares.

Para ser suficientemente justos y sistémicos, es necesario hacer una descripción del trabajo, desde el diagnóstico y el tratamiento hasta la reinserción social y el seguimiento que se hace en la clínica de adicciones con pacientes que presentan un trastorno de personalidad antisocial, a fin de comprender sus motivaciones intrapersonales y sus vínculos interpersonales; esto, como una tarea para un próximo artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, SA.
- Campo, C. y Ascenzo, I. (2011). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *REDES*, (24), 23-52.
- Carreras, A. y Linares, J. (2006). Diálogos sobre personalidad, identidad y narrativa. *REDES*, (16), 83-95.
- Carrillo, O. (2014). Un estilo terapéutico sistémico (contemplativo-evolutivo) aplicado en adicciones: teorización y resultados. *REDES*, (29), 67-90.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones. México: INPRFM.
- Linares, J. y Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós.
- Rodríguez, J. y Minoletti, A. (2013). *Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. OPS, Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares núm. 25.
- Torres, B. y Hernández, E. (2009). Recuperando la imagen de sí misma: abordaje sistémico de las mujeres con interacciones difíciles. En R. Giraldo y M. González. *Violencia familiar* (pp. 52-68). Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Vega, J. (1998). El problema de las mujeres que sufren maltrato en la relación de pareja. *Revista de Investigación en Psicología*, 1(2), 75-98.

