

Dolores Mosquera

Psicóloga. Directora de los centros de psicología y logopedia LOGPSIC.

Laura Ageitos

Psicóloga y Terapeuta Familiar. Centro LOGPSIC.

www.centrologpsic.com

Patrones frecuentes de relación en familiares de personas con trastorno límite de la personalidad

El objeto de este artículo es reflexionar acerca de algunos patrones de relación familiar que nos encontramos con frecuencia en las familias con un miembro diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. Cada familia tiene unas "normas", una estructura y una manera de relacionarse únicas. Dada la complejidad de esta cuestión y los diferentes estilos que nos podemos encontrar en la práctica clínica, nos planteamos dar una respuesta orientativa a la siguiente pregunta: ¿Cómo se relacionan los pacientes afectados de trastorno límite de personalidad con los familiares y viceversa?

La respuesta será única para cada caso y dependerá de muchos factores. De hecho, la manera de relacionarse puede variar en función de cada situación, del estado emocional de cada miembro del sistema familiar e incluso en función de las personas que estén presentes en un determinado momento. Es decir, cada caso será único y variable en su manera de relacionarse pero ¿existen similitudes de las que podamos extraer una información general? Creemos que sí. Aunque el tema es lo suficientemente denso o complicado como para escribir uno o varios libros y sabemos que extraer conclusiones concretas es difícil, por lo general se pueden observar patrones que de alguna manera pueden ser representativos y que nos parece interesante señalar. En nuestra práctica clínica nos solemos encontrar con mayor frecuencia los siguientes "estilos" de relación por parte de los familiares:

Autoritario: Personalidad fuerte y poco flexible. Las cosas van bien mientras todo se haga según su criterio. Por lo general, toma decisiones sin acordarlas previamente con los demás miembros de la familia. Los problemas surgen cuando algún miembro de la familia, intenta opinar o cambiar alguna de las normas en la convivencia.

Mientras el paciente es pequeño no suele haber problemas pero en el momento que comienza a cuestionarse el porqué de las cosas y querer dar su propia opinión o que se tenga en cuenta su criterio, comienzan los problemas.

Una respuesta frecuente es: *“Esto es así porque lo digo yo y punto”*. El paciente aprenderá que es mejor no protestar pues tendrá presentes las posibles consecuencias de los desacuerdos. Por ejemplo: paciente que quiere pasear al perro cuando llega del colegio. El padre no está de acuerdo y considera que sólo hay que sacarlo por la mañana y por la noche. El hijo intenta convencerle de que no pasa nada por sacarlo más veces. Al día siguiente, al llegar a casa no tiene perro; su padre se lo ha regalado a unos familiares. A partir de ahí “demostrará” que no dice las cosas por decir y que hay que hacerle caso.

Reivindicar valores como tolerancia, libertad y respeto será impensable. Esta situación puede dar lugar a la indefensión aprendida o a que el resto de los miembros de la familia, intenten imitar este patrón (incluido el paciente). Si esto ocurre, es probable que se generen escaladas emocionales y conflictos muy intensos en la familia, en los que nadie estará dispuesto a ceder y en los que el coste psicológico y emocional será muy alto a la hora de llegar a acuerdos, aunque sean mínimos.

Controlador: Da lugar a “interrogatorios” incómodos y violentos en la familia. Los intentos de averiguaciones continuas pueden ser vividos por el paciente como falta de confianza hacia su persona y pueden “atacar” de manera directa su autoestima. *“Cómo va a confiar en mí si soy un auténtico desastre”*. También puede ocurrir lo contrario, que el paciente cada vez se rebele más o se meta en más líos pero que no los comente en casa o incluso mienta, para evitar seguir siendo controlado. En ambos casos, el resultado es negativo y dificulta la comunicación.

Instigador y/o Presionador: Es muy fácil de detectar este tipo de interacción si nos fijamos en la manera de comunicarse del familiar *“Él, lo que tiene que hacer es”* y otras sentencias que transmiten explícitamente el sentido del deber y de la obligación en forma de imposición. El paciente puede percibir una gran impotencia cuando el familiar le dirige hacia metas que no puede alcanzar *“si no apruebas todo con diez, no saldrás en todo lo que queda de año”*

Negativista o “Quejica”: contagia el ambiente familiar de un “halo” pesimista. Suele realizar enumeraciones desde un estilo centrado en quejas (y casi nunca en soluciones). Ej: *“Me levanté, tuve que hacer el desayuno, tomar un café con una amiga, fui a dar un paseo, después tuve que ir a la compra; está todo tan caro: mira el Kilo de manzanas subió y... estoy agotada porque después tuve que hacer la comida para todos y es que nadie me echa una mano”*. Un aspecto muy curioso de este estilo es que por lo general, en el momento que alguien le propone ayuda o se centra en soluciones, las rechaza, desviando el tema hacia una nueva queja. Además, es frecuente que intente desanimar al paciente en su proceso para conseguir objetivos porque le transmite que nada compensa el *“esfuerzo que hay que hacer para conseguir algo”*, le transmite que la vida es demasiado complicada y muy difícil de tolerar. De hecho, existe una gran desproporción entre el *“sacrificio inmenso que el familiar le transmite que es necesario para conseguir una mínima cosa en esta vida”* y la realidad de la situación.

Catastrofista: Muy similar al estilo anterior pero aún más extremo e intenso. Se trata de verdaderos expertos en anticiparse a consecuencias negativas, generalizando situaciones puntuales muy negativas cuya probabilidad de que se repitan en la situación presente, es casi nula (o muchísimo menor de lo que se transmite). *“Quedé con una amiga para tomar un café pero llueve tanto y hace tanto viento que no voy a ir. A ver si va a empeorar aún más el tiempo y hay un huracán como pasó hace un año en Florida, que murieron 30 personas y aún no encontraron a muchas”.*

Otro ejemplo:

Paciente: “Me invitó un amigo a ir a la nieve con él”

Familiar: “Mejor que no vayas, está la carretera muy mal ¿No te enteraste del accidente que hubo de autobús por culpa del tiempo y un esquiador que se mató hace poco?”, “algo me dice que si vas te puede pasar algo”. Es decir, transmiten al paciente miedo y la percepción de amenaza. Y esto es así, independientemente del objetivo que se plantee en la familia, lo que hace que muchas veces, el paciente paralice sus planes y tenga serias dificultades para relacionarse con los demás de manera natural sin estar “alerta” a todo lo que puede pasar. Este estilo de relación genera una gran inseguridad en el paciente que dudará acerca de cada propuesta que le planteen, anticipándose y temiendo lo peor (resultado del aprendizaje).

Pasivo-agresivo: a primera impresión la actitud es complaciente pero existe una agresividad latente. Es el familiar que curiosamente traspapela algo importante para el paciente. Por ejemplo: certificado necesario para pedir un traslado cuando se acaba el plazo y no hay forma de conseguirlo. Otro ejemplo: te deja el coche sin gasolina sin avisar. Cuando se le pregunta por eso curiosamente se ha despistado. Prepara tu plato favorito cuando el dentista te ha dicho que no puedes comer nada durante unos días. El paciente se puede sentir agredido pero no tiene “pruebas” que le permitan llegar a una conclusión certera. Este estilo interfiere en el paciente a la hora de discriminar las buenas o malas intenciones del familiar y le suele generar una gran confusión y un sentimiento de ambivalencia. Ej. *No creo que lo haga a propósito si se supone que es mi madre y me quiere vs. Si me quisiera realmente se fijaría más y no me haría esto.*

El “enrollado”: Transmite una “libertad enmascarada”. Se hace “colega” del hijo/a aparentemente dando todo tipo de facilidades. Le dice que puede salir y hacer lo que quiera siempre que “se lo diga” pero en realidad pretende conocer cada aspecto de la intimidad del paciente. Después se las arreglará para boicotear los planes del paciente sin que esté sea consciente de lo que está ocurriendo. Es una variante del controlador pero la apariencia es mucho más sutil y más difícil de percibir aunque no faltan las incoherencias implícitas ya que por un lado transmite una libertad “aparente” y por otro, está intentando controlar, recurriendo al chantaje emocional y a presiones sutiles cuando no se siguen sus indicaciones. Ej. *“ Mi padre no me habla desde ayer porque le dije que en vacaciones me voy con un amigo. Creo que no se encuentra bien y que no se atreve a decirme que necesita que me quede, es tan bueno que sólo piensa en mí. He decidido quedarme”.* En definitiva, consigue sus objetivos

generando confusión y sentimientos de culpa. El paciente se siente tan agradecido que inconscientemente está “obligado” a moverse por las necesidades del familiar frente a las suyas propias.

Chantajista emocional: Consigue sus objetivos haciendo que los demás se sientan mal, culpables, malos, desconsiderados o desagradecidos. Si sus propuestas son rechazadas sacará sus “mejores armas” hasta que sean aceptadas.

Familiar. *“Os invito a comer fuera hoy sábado y pasamos toda la tarde juntos toda la familia”*

Paciente. *“Es que ya te dije ayer que mi pareja y yo quedamos para salir por la tarde”*

Familiar *“dile que venga. A mí no me molesta”*

Paciente *“Es que hicimos planes para ir al cine que le hace mucha ilusión ver una película que quitan hoy de la cartelera. Lleva semanas pidiéndome que vayamos pero como yo no me encontraba bien aún no pudimos ir”*

Familiar. *“Si crees que es más importante una película que tu familia, vete”*

Paciente *“Le llamo y le digo que no voy”*

Familiar. *“Luego no me digas que yo no te dejé ir”.*

Este estilo genera en el paciente un gran sentimiento de culpa hasta el punto de ceder a y renunciar a sus planes ya que se transmite: “lo que uno hace, anula lo que uno siente o es”. *“Si voy al final al cine, no quiero suficientemente a mi familia o dejo de ser buen hijo”.*

Anticipatorio: Divaga sobre lo que sería bueno conseguir para un futuro, sermonea, se anticipa y se mueve por sus necesidades y preferencias, sin tener en cuenta las circunstancias específicas de la situación, del paciente y del resto de los familiares. Es frecuente que se anticipe tanto que se encargue de solucionar problemas que ni siquiera han surgido, manejando situaciones individuales de los demás miembros de la familia que les corresponderían a cada uno. De esta forma invalidan y restan eficacia a la autonomía personal del paciente transmitiendo la sentencia casi continua de “ya hice o ya resolví yo por ti” Ej. *“Llamé a su amigo para decirle que durante un tiempo no le llame, que no va a poder salir porque necesita recuperarse”.* Es decir, tenderá a anticiparse a todo aquello que puede ocurrir y a intentar solucionarlo para que el paciente “vea todo lo que hace por él”. Además en es un estilo que suele hacer uso de imperativos, sin dar margen a las opiniones ni deseos de los demás “lo que tienes que hacer es...” y que en muchas ocasiones da por hecho que las necesidades del paciente son las mismas que las que puede tener el familiar Ej. *“Yo en su lugar también necesitaría un tiempo de reposo”.*

Evitador: Se caracteriza por mirar para otro lado justo cuando se le necesita. Intenta evadir los problemas o la toma de decisiones importantes. Siempre se las arregla para delegar estas responsabilidades en los demás miembros del sistema familiar. Paciente: *“Papá, estoy muy triste, no me encuentro bien”* Familiar: *“Espera que ya le digo a tu madre que venga ahora mismo”* El paciente puede percibir un ambiente frío y una distancia que hace que intente

complacer a este familiar. A veces incluso lo llega a idealizar pues nunca está presente en las situaciones difíciles. Este estilo de patrón suele inhibir la expresión de sus emociones o sólo las muestra cuando se siente presionado o “explota”.

Cuidador/protector: En alerta ante cualquier dificultad de salud o para cubrir cualquier necesidad básica de su familia. El paciente percibe que “estar mal” significa tener a su disposición una atención constante. Este tipo de patrón refuerza la dependencia del paciente que inconscientemente puede acomodarse a que hagan todo por él. En el paciente, las repercusiones más directas son: miedos y ansiedad desproporcionada, ante cualquier situación nueva que requiera un mínimo de independencia o responsabilidad, dificultad para desarrollar su libertad y autonomía, dificultad en las relaciones interpersonales y el miedo a la mejoría.

Sobreimplicado: está pendiente de cada detalle. Atento a las necesidades del paciente y el resto de los familiares en todo momento. Suele dar prioridad a los demás e incluso puede dejar de trabajar y pedir bajas laborales para poder cuidar del paciente o de algún miembro enfermo.

Inestable: produciendo un efecto vaivén similar al del paciente con trastorno límite. No tiene casi nada claro, a la vez que intenta transmitir (para autoconvencerse) que lo tiene todo claro. En realidad nunca se sabe cómo va a reaccionar o por dónde va a salir la persona con este patrón. El paciente puede haber aprendido e interiorizado mucho, acerca de este estilo predominante.

Políticamente correcto o “Queda bien”: Con una doble moral. Por un lado, apoya al paciente, llevándole a sus citas, se encarga de las facturas, de alimentarle y de cubrir sus necesidades básicas. Pero cuando no hay “testigos” invalida al paciente. De esta forma el paciente no puede compartir lo que está ocurriendo, pues nadie le creerá o, si lo comparte, corre el riesgo de ser invalidado nuevamente y de quedar de mentiroso. En ocasiones el paciente puede llegar a confundirse hasta tal punto que cree que se ha vuelto loco o ha perdido la noción de lo que es real o no, generándole miedo e inseguridad.

Sumiso y/o dependiente: Acepta las propuestas sin cuestionarlas por miedo al abandono o a enfrentamientos. Puede estar bajo las “órdenes” o indicaciones de otra figura del sistema familiar con un estilo autoritario, sobreimplicado o narcisista entre otros. Aquí el paciente puede aprender por imitación y adoptar este mismo estilo. Incluso puede adoptar el estilo de la otra figura y unirse para despreciar al “débil”.

Victimista: Es muy parecido al chantajista emocional en las formas en las que se manifiesta pero no tiene porque perseguir objetivos más allá de quejarse y de buscar un desahogo o que los demás le protejan, le cuiden o le hagan compañía. El familiar puede conseguir que alguien de su entorno inmediato esté muy pendiente de él, creando una dependencia. Por lo general, este papel lo asume el paciente que se hace responsable del cuidado del familiar “víctima” renunciando a necesidades propias.

Competitivo: Pretende establecer un nivel superior o privilegiado respecto a algún miembro de la familia. Son muy frecuentes las comparativas. Ej. *“Yo me paso el día trabajando y llego a casa y tú en el sofá. No haces nada”*. Ejemplo: Madre que se cela desde que su hija es pequeña de la relación con el padre y se siente molesta cuando observa muestras de cariño entre ambos. Después, cuando la hija se convierte en mujer compete para ver quién está más atractiva, quién es más inteligente o más resolutiva, por ejemplo. A veces resulta una competitividad de lo más infantil (por ejemplo: competir por quien cocina mejor o hace los mejores postres). No es uno de los estilos más frecuentes pero en ocasiones nos lo encontramos y nos parece interesante mencionarlo.

Narcisista: Demanda valoraciones constantes de su entorno pero no responde recíprocamente. Es incapaz de atender a las necesidades de los demás y suele cometer negligencias por omisión de ayuda o de colaboración en la familia. El paciente siente que no puede contar con él, que no empatiza. Para que la relación esté equilibrada, el paciente ha de adular al familiar y estar pendiente de sus necesidades en todo momento.

Superficial o distante: Se centra en aspectos poco existencialistas y profundiza poco en las emociones. El paciente suele quejarse de falta de interés hacia su persona *“Llamé a mi madre porque me encontraba fatal y me preguntó por el color de pelo que más le favorecía”, “le dije que me encontraba mal y me dio dinero para comprarme ropa”*.

Crítico: Frustra ilusiones y motivaciones. Se centra en “lo malo de lo bueno” y a veces lo generaliza. Se ilustra en el siguiente ejemplo:

Familiar: *“¿Cuántas suspendiste?”*

Paciente: *“Aprobé todas menos una”*

Familiar: *“Siempre igual”, ¿Cuál suspendiste?”*,

Paciente: *“Historia”*

Familiar: *“A ver déjame ver las notas. Y... en naturales, ...suficiente”*

Paciente: *“es que tengo 14 asignaturas”*

Familiar: *“¿Y qué? Que desastre si os piden lo mínimo de lo mínimo y aún así no hay forma de que apruebes. Con el nivel que tienen en ese instituto, tendrías que sacar todos diez”*

Genera en el paciente expectativas inalcanzables y la sensación de que haga lo que haga nunca será suficiente para obtener una valoración.

Democrático: Con los límites bien claros puede ser un estilo ideal. El paciente puede percibir un referente estable en este familiar que respeta, al mismo tiempo que deja libertad sin invadir su espacio y con el que se puede compartir, negociar, cambiar opiniones sin perder las formas y en definitiva; se puede contar con él y sentirse entendido y apoyado.

En las primeras sesiones de terapia, estos rasgos o estilos predominantes no siempre son evidentes pero a medida que profundizamos en la forma en que se relacionan los miembros de la familia, encontramos patrones de relación que se

repiten. Por lo general se llevan repitiendo durante años y a pesar de no ayudar a que la situación cambie o mejore, los siguen utilizando. Todos los estilos mencionados, a excepción del estilo democrático, suelen generar conflictos, tensiones, sufrimiento y discusiones. En definitiva no sólo contribuyen a que exista un ambiente tenso en casa, sino que interfieren en la posible mejoría que pueda conseguir el paciente y por lo tanto, la familia.

Además de lo anterior, nos encontramos patrones muy divergentes que transmiten incoherencia y dificultan el establecimiento de unos objetivos comunes entre todos los miembros de la familia. Los patrones de relación familiar divergentes, además de ser una fuente de conflictos familiares, generan confusión en el paciente y por tanto, más inestabilidad (tanto a nivel individual como familiar).

Por último, nos gustaría resaltar que aunque no hay una única forma de hacer las cosas, ni de transmitir las de manera efectiva, sí hay una única manera de ayudar a que el entorno del paciente sea percibido por éste como estable; que se le transmita un mínimo de coherencia en el sistema familiar y que se cuiden las formas, pues aunque no siempre se puede pedir que un familiar siga determinadas pautas (por ejemplo reforzar los logros), sí podemos pedirle que suavice su manera de dirigirse al paciente (algo que beneficiará a todas las partes implicadas).

Bibliografía:

“Más allá de lo aparente. Un acercamiento a los comportamientos, pensamientos y actitudes de familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad”. Mosquera D., Ageitos L. Ediciones Pléyades S.A. 2005