

UNIVERSIDAD DE PALERMO  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

“Modelo DBT aplicado en grupo de padres y familiares de pacientes con  
Trastorno Límite de Personalidad”

Alumno: Hernán Carlos Perrotta

Tutor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

## **Tabla de contenido**

<a href="#">1. Introducción</a>	4
<a href="#">1.1 Institución</a>	4
<a href="#">1.2 Propuestas Institucionales</a>	4
<a href="#">1.3 Taller de Grupo de Familiares</a>	5
<a href="#">1.4 Trascendencia del presente</a>	5
<a href="#">2. Objetivos</a>	5
<a href="#">2.1 Objetivo general</a>	5
<a href="#">2.2 Objetivos específicos</a>	5
<a href="#">3. Marco Teórico</a>	6
<a href="#">3.1 Trastorno Límite de Personalidad</a>	6
<a href="#">3.1.1 Introducción</a>	6
<a href="#">3.1.2 Diagnóstico y síntomas</a>	7
<a href="#">3.1.3 Etiología</a>	11
<a href="#">3.1.4 Prevalencia y comorbilidad</a>	12
<a href="#">3.1.5 Tratamiento</a>	13
<a href="#">3.2 Terapias Cognitivo Conductuales</a>	15
<a href="#">3.3. Modelo DBT para el TLP</a>	17
<a href="#">3.3.1 Trabajo con familiares</a>	21
<a href="#">4. Metodología</a>	26
<a href="#">4.1 Tipo de estudio:</a>	26
<a href="#">4.2. Participantes</a>	26
<a href="#">4.3. Instrumentos</a>	26
<a href="#">4.4. Procedimientos:</a>	27
<a href="#">5. Desarrollo</a>	27
<a href="#">5.1 Objetivo: Describir los objetivos del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT. en la fundacion</a>	28
<a href="#">5.2 Objetivo: Describir las habilidades enseñadas durante el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.</a>	33
<a href="#">5.3 Objetivo: Describir las técnicas utilizadas en el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación .</a>	37
<a href="#">5.4 Objetivo: Analizar los cambios en la relación con los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, a partir del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y</a>	

familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación, según la mirada de los mismos padres y familiares.40

6. Conclusiones43

7. Referencias Bibliográficas46

## 1. Introducción

### 1.1 Institución

Este trabajo se realizó a partir de la exigencia de la Universidad de Palermo en lo relacionado a la práctica de habilitación profesional. La misma implicó llevar a cabo una pasantía en una fundación entre los meses de agosto y diciembre del 2013.

La fundación trabaja para promover la formación, asistencia y prevención, fomentando asimismo la investigación en el área de la salud mental; cuenta para ello con un equipo multidisciplinario de psiquiatras, psicólogos y psicopedagogos, que aplican el modelo terapéutico denominado “Terapia Dialéctica Comportamental” (DBT por sus siglas en inglés), creado por la psicóloga estadounidense Marsha Linehan (1993) que originariamente la pensó para el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad.

En la actualidad, el modelo antedicho ha sido ampliamente validado para el tratamiento de pacientes graves con trastornos del control de impulsos, trastornos alimentarios, abuso de sustancias, trastorno límite de personalidad, juego patológico, riesgo suicida, depresión crónica y bipolaridad.

El tratamiento se enfoca tanto en los pacientes como en sus familiares.

### 1.2 Propuestas Institucionales

La institución ofrece una amplia gama de propuesta. Entre las que se pueden mencionar:

a) El curso de psicoterapias cognitivas contemporáneas, donde se pudo apreciar diferentes modelos de psicoterapias cognitivas.

b) Encuentros de Supervisión a cargo del psiquiatra y director de la fundación.

c) Reuniones de equipo, en las que estaban invitados a participar una vez a la semana, por la mañana, todos los miembros de la fundación y cuyo fin era tocar temas de gestión de la institución.

d) Videos con reconocidos terapeutas aplicando diferentes modelos.

e) Asistencia y participación en grupos de aprendizaje de habilidades sociales para pacientes con desregulación emocional.

### 1.3 Taller de Grupo de Familiares

A este taller concurren familiares, expuestos a conductas disfuncionales por parte de los pacientes. En el taller se trabajó en psico-educación, en el aprendizaje de temas básicos de psicología principalmente desde la óptica conductista y en las denominadas “Habilidades de DBT”, siempre reforzando el hecho de validar el sufrimiento de los mismos sin dejar de insistir en modificar sus conductas problemáticas (llamadas en DBT “conductas problema”). El mismo tenía lugar una vez por semana en horario nocturno y se trabajaba con un formato grupal a cargo de dos terapeutas especializadas.

### 1.4 Trascendencia del presente

El motivo de la mencionada elección de tesis se debe a la importancia reconocida al rol que ocupan los familiares y allegados de los pacientes con trastorno límite de personalidad en la posibilidad de mejoría de los mismos, ello a través de una mayor comprensión de dicha patología y la adquisición de herramientas aplicables al devenir diario.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo general

- Describir el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.

### 2.2 Objetivos específicos

- Describir los objetivos del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.

- Describir las habilidades enseñadas durante el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.

- Describir las técnicas utilizadas en el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.

- Analizar los cambios en la relación con los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, a partir del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación según la mirada de los mismos padres y familiares.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1 Trastorno Límite de Personalidad

##### 3.1.1 Introducción

Un trastorno de la personalidad se encuentra asociado con formas de pensar y sentir sobre uno mismo y los demás que afectan de manera negativa y significativa al funcionamiento del individuo en diferentes aspectos vitales (APA, 2013).

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un marcado patrón de inestabilidad tanto en las relaciones interpersonales, la imagen personal y la regulación emocional, en conjunto con la presencia de conductas impulsivas (APA, 2013), como también la presencia de una falta de estabilidad de la identidad personal en quien lo padece (Stanley & Siever, 2010). Normalmente se caracteriza también por la presencia de intentos suicidas, ya sea como una gran cantidad de los denominados de bajo riesgo o algún intento de alto riesgo (Brodsky, Groves, Oquendo, Mann & Stanley, 2011).

El término de trastorno límite tiene sus orígenes a finales del siglo XIX, momento en el cual el psiquiatra inglés C. H. Hughes lo utiliza para describir a aquellos pacientes con una dolencia mental que no puede ser categorizada como neurosis ni psicosis (Hasler, Hopwood, Gitta, Brändle & Schulte-Vels, 2014). Una definición similar a la actual se puede encontrar en la realizada por Stern en el año 1938, donde se utiliza para describir a pacientes con baja funcionalidad y dificultosos para tratar, presentando falta de integración social, inestabilidad en las relaciones personales y en la regulación de las emociones (citado en Ogrdniczuk & Sierra Hernández, 2010).

El TLP adquiere entidad formal dentro del DSM-III en el año 1980, con el mismo nombre con el cual se conoce actualmente, sufriendo variaciones no tan significativas entre entonces y la actual definición presente en el DSM-5 indicada en la tabla 1.

### 3.1.2 Diagnóstico y síntomas

**Tabla 1. Criterios diagnósticos para el trastorno límite de la personalidad (APA, 2013).**

---

Un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen personal, y afectos, junto con marcada impulsividad, empezando en la adultez temprana y presente en una variedad de contextos como se indica en cinco ( o más) de los siguientes:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar abandono real o imaginado. (Nota: No incluye comportamiento suicida o auto-mutilante que se cubre en el criterio 5).
1. Un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizadas por alternancias entre extremos de idealización y devaluación.
2. Distorsión de la identidad: marcada y persistente inestabilidad en la auto imagen o en el sentido del Yo.
3. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas

---

para sí mismo (Ej.: gastos, relaciones sexuales, abuso de sustancias, conducción imprudente). (Nota: No incluye comportamiento suicida o auto-mutilante que se cubre en el criterio 5).

4. Conducta suicida recurrente, gestos o amenazas, o conducta auto mutilante.
5. Inestabilidad afectiva debido a una marcada reactividad del ánimo (Ej.: Disforia episódica intensa, irritabilidad, o ansiedad que usualmente dura unas horas y raramente más de unos pocos días).
6. Sentimientos crónicos de vacío.
7. Inapropiados e intensos sentimientos de ira o dificultad para controlarla (EJ.: demostraciones frecuentes de temperamento, enojo constante, peleas físicas recurrentes).
8. Ideas paranoides o síntomas disociativos severos transitorios relacionados con el estrés.

---

La falta de regulación emocional se presenta como una gran sensibilidad ante estímulos emocionales negativos acompañado por una intensa reacción en la respuesta y una vuelta lenta hacia la calma emocional (Soler, Pascual, Soler, Pérez, Armario, Carrasco, Sanz, Villamarín y Borrás, 2012). Normalmente se considera esta dificultad como la característica principal y de mayor disfuncionalidad para el individuo, estando presente desde la niñez y observándose en el desarrollo madurativo inicialmente como conductas impulsivas y más tardíamente como inestabilidad emocional (Salsman & Linehan, 2012).

De acuerdo a Mosquera, González y Leeds (2014), los inconvenientes interpersonales presentes en el TLP se explicitan en los criterios 1 y 2, donde se indican las conductas para evitar el abandono y la predisposición a alternar entre un análisis de idealización hacia devaluación de los demás.

No sólo las presencias de la sintomatología expresada en estos dos criterios son consideradas como los inductoras hacia relaciones sociales dificultosas, ya que, en diferente medida, todas las características del trastorno tienden a generar un contexto dificultoso para que una relación social prolifere de manera funcional (Mosquera, González & Leeds, 2014).

La imagen personal también se encuentra afectada, como se indica en el criterio 3 del DSM-5, en la falta de una percepción estable del Yo, esta característica, de acuerdo con diferentes investigaciones se encuentra relacionada con la falta de validación sobre la respuesta emocional propia, siendo la misma necesaria para la correcta identificación de sí mismo por contraste y comparación con los demás (Kalpakci, Venta & Sharp, 2014), a su vez, diversos estudios han encontrado evidencias de una fuerte relación entre la sensibilidad al rechazo de los otros, rechazo social, y una menor autoestima, la cual es un constructo fundamental dentro de la noción de imagen personal (Downey & Feldman, 1996).

De acuerdo a Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz y Swann (2001) la impulsividad ha sido conceptualizada de diferentes maneras dentro de diferentes aproximaciones desde los estudios psicológicos, siendo importante poder incluir a todos ellos para lograr una definición abarcativa de la misma, siendo los mismos: I) Impulsividad como la presencia de conductas que no han sido recompensadas o han sido castigadas, II) La preferencia por una recompensa inmediata frente a una planificación de una mayor en el futuro y III) Falta de capacidad para inhibir la respuesta o la efectiva acción conductual prematura. Dentro de los criterios expuestos en el DSM-5 pueden observarse los puntos I y II dentro de la mención de impulsividad propiamente dicha, el punto II dentro de los comportamientos suicidas y el punto III en las dificultades para controlar la ira (Lawrence, Allen & Chanen, 2010).

La conducta suicida es común dentro de los pacientes que presentan TLP, siendo aproximadamente el 75% de los individuos los que intentan efectuar el acto suicida y aproximadamente el 10% quienes efectivamente lo logran, siendo importante que los terapeutas no realicen la errónea

interpretación que la presencia de variados intentos improductivos significa que existe un deseo de la persona por aferrarse a la vida, sin real intención suicida (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004).

De acuerdo al DSM-5 (APA, 2013), los intentos suicidas y las conductas auto lesivas se acentúan ante amenazas de separación o rechazo y suelen ocurrir a su vez durante experiencias disociativas. Cabe destacar también que los primeros intentos suicidas suelen observarse cuando el individuo se encuentra en el rango etario entre los 20 y los 25 años, mientras que en el rango observado a partir de los 30 años es donde se presenta mayor cantidad de pacientes muertos por suicidio (Paris, 2005).

Matusiewicz, Weaverling y Lejuez (2014), han encontrado evidencias que refieren la presencia de un sesgo atencional en personas con TLP donde los mismos presentan mayor velocidad de respuesta ante la detección de emociones relacionadas al rechazo, como es el miedo o el enojo. También la presencia de esfuerzos para evitar el abandono, sea este real o imaginario y pensamientos dicotómicos extremos.

Con respecto al sentimiento crónico de vacío, se da a partir de la extrema falta de estabilidad que se da tanto cognitiva como emocionalmente, sumado a la dependencia permanente que refieren para con los demás, la baja autoestima y la falta de un sentido del Yo, se presenta una sensación crónica de disconformidad que no permite el flujo de los afectos positivos llevando a perpetuar la presencia de los afectos negativos (Linehan, 1993).

La presencia de síntomas cognitivos como la disociación o experiencias de tipo psicóticas también son comunes en el TLP, habiendo evidencias que certifican que casi la mitad de quienes padecen el trastorno experimentan estas experiencias, siendo las mismas predictores confiables de la ideación suicida (Paris, 2005).

Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke (2011) indican que la aparición del trastorno se da normalmente durante la adolescencia o adultez temprana, siendo la detección y tratamiento temprano importantes para una

reducción de la severidad de los síntomas y la mejora del funcionamiento general del individuo. Así mismo, no se conocen con certeza los predictores biológicos y comportamentales del trastorno, lo cual sería facilitador de la detección temprana del trastorno.

Los mecanismos causales se encuentran actualmente en discusión, considerando principalmente a los factores genéticos, eventos traumáticos de la niñez y alteraciones neurológicas como centrales en el desarrollo del mismo (Whalley, Nickson, Pope, Romaniuk, Bastin, Semple y Mc. Intosh, 2015).

Sin embargo, las teorías que involucran la interacción compleja entre todos los mencionados anteriormente son las que cuentan con mayor aceptación en la actualidad, siendo la relación entre cierta predisposición biológica y un contexto invalidante lo que proporciona la aparición del trastorno (Kalpakci, Venta & Sharp, 2014).

### 3.1.3 Etiología

Como contexto invalidante se puede mencionar tanto a la presencia de situaciones traumáticas durante la infancia temprana en los individuos, la cual puede tratarse de un evento de gran intensidad emocional negativa para el sujeto como también circunstancias de menor intensidad pero que se encuentran repetidas en el tiempo en la interacción familiar con el infante, como puede ser la presencia de apegos de tipo desorganizado o inseguro (Mosquera, González & Leeds, 2014). Los autores mencionan a su vez, que las características que presenta el medio son determinantes de la manifestación que el individuo evidencia posteriormente.

Linehan (1993) menciona que es importante la interacción familiar ya que las respuestas funcionales con respecto a la conducta son en gran medida aprendidas por el individuo durante la infancia y adolescencia, para esto describe 3 tipos de familia que presentan las personas con TLP: las familias caóticas, las perfectas y las típicas.

Las familias caóticas son aquellas que presentan una disfuncionalidad marcada en la interacción interna, presencia de adultos con trastornos severos

como abuso de sustancias, trastornos afectivos o bien con conductas abusivas tanto físicas como sexuales para con el niño, ambiente en el cual aún sin la presencia de una deficiencia biológica para controlar las emociones, un individuo se encuentra en riesgo de desarrollar un TLP (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Las familias denominadas perfectas tienden a invalidar al individuo a partir de forzarlo a ocultar y controlar sus experiencias emocionales de manera exagerada, se le niega al individuo la posibilidad de expresarse de manera auténtica, llevando a la persona con cierta predisposición a una falta de regulación emocional a manejarse de manera desadaptativa (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Por último Apfelbaum y Gagliesi, (2004), indican que las familias típicas, donde se busca el aprendizaje del auto control de una manera esperada, sin grandes inconvenientes de interacción pueden también ser invalidantes para un individuo con gran predisposición biológica hacia una falla en la regulación emocional.

#### 3.1.4 Prevalencia y comorbilidad

La prevalencia del TLP varía de acuerdo a diferentes investigaciones, encontrándose los mismos entre 1,6% (APA, 2013) y 5,9% (Grant, Chou, Goldstein, Huang, Stinson, Saha, Smith, Dawson, Pulay, Pickering, & Ruan, 2008), con diversos resultados que se encuentran entre ambos que la ubican más cercana al orden del primero indicado (Cloninger & Svarkic, 2005;).

Por otra parte, con una prevalencia del 10% se trata del trastorno de personalidad más frecuentemente observado dentro de la población clínica (Atefi, Dolatshahi, PourShahbaz & Reza Khodaie, 2011).

Segun Paris (2005) no existen evidencias significativas que denoten una mayor prevalencia en ninguno de los dos sexos, aunque si el trastorno es más probable de encontrarse en individuos con menor nivel de educación y de ingresos; sin embargo, otros estudios muestran que el trastorno es más frecuente en el sexo femenino con una ratio entre 2.1 y 4.1 (Mosquera 2009).

De acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) la prevalencia decae en grupos de mayor edad, lo que evidencia una remisión al menos parcial del trastorno hacia la mediana edad, cuando los contextos individuales suelen presentar menor variación y ser más estables en aspectos importantes del individuo como son el vocacional y el laboral.

Mosquera, González y Leeds (2014) indican que el TLP suele presentarse más frecuentemente de manera comórbida con trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con el abuso de sustancias y trastornos del estado de ánimo.

Con respecto a su relación con la presencia de trastornos del estado de ánimo, es importante a su vez el poder realizar un diagnóstico diferencial entre los mismos, ya que los síntomas específicos del paciente no deben ocurrir solamente durante una alteración del estado de ánimo, ya que de esa manera entraría dentro del diagnóstico de un trastorno del estado ánimo (Brodsky, Groves, Mann y Stanley (2011). Se han encontrado evidencias que la presencia del TLP junto con un trastorno depresivo mayor se encuentra correlacionado de manera positiva con la presencia de intentos de suicidio de alto riesgo, con presencia también de mayor número de eventos de agresión e impulsividad.

Cabe resaltar la dificultad que generan los diferentes síntomas experimentados por el individuo que presenta TLP para poder realizar un proceso psicoterapéutico que se prolongue en el tiempo, siendo la discusión de cuál es el tratamiento más adecuado una actual y recurrente (García Bernardo, 2007).

### 3.1.5 Tratamiento

En general, se considera que los tratamientos para los trastornos de la personalidad deben ser llevados adelante mediante un tratamiento conjunto de psicoterapia y farmacología (Hoffman & Fruzzetti, 2007).

Los fármacos utilizados suelen ser similares a los tratamientos de la esquizofrenia o el trastorno bipolar, siendo la elección de antipsicóticos de segunda generación los de mayor uso en la actualidad (Boggiano et al, 2013).

Sledge y otros (2014) presentan cuatro psicoterapias diferentes que han demostrado efectividad en el tratamiento del TLP: la terapia centrada en esquemas, la terapia centrada en la transferencia, la terapia centrada en la mentalización y la terapia dialéctico conductual (DBT).

La terapia centrada en esquemas se trata de una terapia cognitivo conductual que resalta la importancia de los esquemas nucleares del individuo, buscando que el paciente reconozca los esquemas que el mismo presenta para luego poder descartar los negativos mientras se promueven los positivos (Sledge et al, 2014). A su vez, la terapia es utilizada como un medio de entrenamiento para poder mejorar la relación con otro.

Por parte de la terapia centrada en la transferencia se basa en la baja identificación yoica que presenta el TLP, siendo importante la interpretación permanente de la transferencia efectuada por el paciente para con el analista (Kernberg & Foelsch, 2011).

En la terapia basada en la mentalización se busca el poder traer a conciencia la imagen mental propia y de los demás, evitando hacer foco en la transferencia y la asociación libre. De esta manera se busca modificar las visiones del individuo y, a su vez, intentar modificar sus relaciones personales a través de cuáles son los sentimientos del paciente para con cada una de ellas y no en la búsqueda de patrones comunes en las mismas (Sledge et al, 2014).

La DBT, desarrollada por Marsha Linehan (1993), desarrolla una terapia específica que demuestra grandes avances en el tratamiento de personas con presencia de conductas automutilantes, enfatizando la desregulación emocional y la impulsividad dentro del TLP. Habiendo gran cantidad de investigaciones que demuestran la efectividad de esta última terapia mencionada, siendo posible la desaparición de la sintomatología clínica en

pacientes con TLP luego de un tratamiento de mediana duración (Stiglmayr et al, 2014).

Se trata de un tratamiento cognitivo conductual que ha demostrado gran efectividad en ensayos clínicos controlados (Boggiano, Gagliesi, Mombelli, Pechon & Stoewsand, 2013).

### 3.2 Terapias Cognitivo Conductuales

Las terapias cognitivas y conductuales estándares fueron pensadas y desarrolladas ad initio sin tener en cuenta pacientes con trastornos graves de personalidad siendo sólo posteriormente aplicadas a pacientes con trastornos incluidos el trastorno límite de la personalidad. (Linehan, 2003).

La terapia cognitivo conductual es una aproximación terapéutica caracterizada por ser orientada hacia la resolución de problemas, mediante la premisa fundamental de que los pensamientos y la emoción se encuentran fuertemente relacionados, siendo los primeros quienes determinan a los segundos (Rector, 2010).

Knapp y Beck (2008) indican que la psicoterapia cognitiva surge durante los primeros años de la década del sesenta con la llamada revolución cognitiva, siendo los más significativos de los primeros teóricos en presentar sus pensamientos dentro de esta perspectiva el mismo Beck (2011) y Ellis (1994).

Para mediados de la década del 80 puede caracterizarse a la Terapia cognitivo conductual como una construcción madura de un sistema de psicoterapia formal, ya que cuenta con una teoría de la personalidad y la psicopatología con sustentos empíricos, un modelo psicoterapéutico con principios y estrategias que provienen de la teoría y sustentos empíricos confiables que demuestran la eficacia de los tratamientos en diferentes situaciones (Beck, 2011).

Cully y Teten (2008) mencionan que los objetivos fundamentales de cualquier terapia con esta orientación es que el paciente pueda tener

conciencia de sus pensamientos y emociones, pueda también entender como las situaciones, los pensamientos y las conductas influyen a las emociones y mejorar la situación individual a partir del cambio de las conductas y creencias que son disfuncionales.

El procesamiento de la información a partir de la cognición se da en diferentes niveles de profundidad, siendo los más superficiales los pensamientos automáticos, aquellos que inmediatamente se hacen presentes para el individuo al referirse a una situación determinada y que dan cuenta de una estructura de pensamientos más profunda (Rector, 2010).

En el nivel inmediato de profundidad se encuentran los pensamientos intermedios, los cuales son reglas o actitudes cognitivas que presentan conexión directa con las creencias nucleares, que se encuentran en el más profundo nivel del pensamiento, como son ideas que las personas mantienen de sí mismos y del mundo que los rodea, debiendo los mismos ser inferidos y testeados por el terapeuta a fin de poder confrontar aquellos que sean necesarios (Beck, 2011).

De acuerdo a Cully y Teten (2008), la TCC cuenta con una amplia variedad de técnicas que intervienen en los diferentes niveles de pensamiento, emocionalidad y conducta del individuo como son la identificación de pensamientos automáticos, emociones y la diferenciación entre ambos, el reencuadre cognitivo o las diferentes técnicas de la terapia conductual como son la exposición o el sistema de refuerzos y castigos, mediante la utilización de tareas de sesión a sesión como parte central del tratamiento.

Se pueden encontrar en la actualidad diferentes tipos de terapias cognitivas conductuales que comparten estos principios básicos arriba descritos mientras que, de acuerdo a la problemática específica que tiene como objetivo se adicionan nuevas concepciones y técnicas que sean consideradas necesarias. Siendo un ejemplo la Terapia dialéctica comportamental (Beck, 2011).

### 3.3. Modelo DBT para el TLP

La terapia dialéctica conductual cuyo acrónimo es DBT (por sus siglas en inglés derivadas de *dialectical behavior therapy*) es un tratamiento cognitivo conductual desarrollado específicamente para el trastorno límite de personalidad, siendo el primer tratamiento que demostró efectividad en ensayos clínicos controlados (Boggiano, et al., 2013).

El modelo DBT está centrado en la enseñanza de habilidades psicosociales y la psicoterapia individual, se basa en una visión dialéctica del mundo y de la conducta humana con 3 características principales: la primera es que la conducta humana y las acciones conjuntas entre los diferentes individuos tiene a la realidad como campo (idea que sostienen los enfoques dinámicos), la segunda es que la realidad no es algo estático sino un conjunto de fuerzas en oposición permanente siendo los pensamientos dicotómicos propios del trastorno límite de la personalidad fracasos dialécticos debiendo llegar el paciente a una síntesis viable. La tercera se apoya en que la naturaleza fundamental de la realidad es el cambio. (Linehan, 2003)

La terapia dialéctico conductual es desarrollada inicialmente para aplicar a individuos con riesgo suicida, siendo la aplicación específica para TLP debido al gran solapamiento que tiene el riesgo suicida y este trastorno (Meygoni & Ahadi, 2011).

Hoffman y Fruzzetti (2007) destacan el carácter vincular e interaccional con el que se conceptualiza el TLP ya que se lo considera como Biosocial de acuerdo a las palabras de Linehan (1993), ya que como se menciona anteriormente, el trastorno se da en una interacción entre la parte biológica y el contexto en el cual se encuentra inmerso el sujeto con esta predisposición.

Se pueden mencionar 3 grandes grupos teóricos que aportan mayoritariamente para la DBT: La terapia cognitivo conductual, el mindfulness y la dialéctica (Linehan, 2003).

Por parte de la terapia cognitivo conductual, se puede mencionar que la DBT utiliza muchos de los recursos que la misma propone, como pueden ser el

análisis comportamental, la exposición, el manejo de contingencias y la reestructuración cognitiva o cualquier técnica de la misma que pueda integrarse dentro de la TCC (Suarez Sarmiento, 2008). Resaltando la importancia de la aceptación por parte del individuo como punto clave para el tratamiento del trastorno como así también la importancia de la alianza terapéutica y el entrenamiento permanente de habilidades también para el terapeuta (Gagliesi, 2008).

El mindfulness, o conciencia plena, aporta la búsqueda de una mayor conciencia de sí mismo y del ambiente, la adopción de posturas que busquen neutralizar la valoración afectiva negativa a partir de concentrarse en el aquí y ahora (Linehan, 2003).

Sarmiento Suárez (2008) indica 3 principios dialécticos fundamentales que se aplican sobre el TLP: la importancia de la interrelación entre las partes y el todo, la noción de que el cambio es lo fundamental de la existencia frente a la estructura y el contenido y, por último, la existencia de una realidad que no es estática e invariante.

La aplicación terapéutica del primer principio lleva a perseguir no sólo el cambio del individuo en sí, sino la interpretación e interacción que el mismo tiene con su contexto, con su medio social (Lineham, 2003).

El segundo principio se observa en la práctica en la búsqueda de que el paciente aprenda a sentirse cómodo con el cambio, dejando de lado las posiciones extremas y dicotómicas, buscando soluciones ante la aparición de nuevos desafíos (Sarmiento Suárez, 2008).

En cuanto al último principio dialéctico mencionado dentro de la terapia para el TLP, lleva a observar la presencia de 3 polaridades básicas en los individuos que lo padecen, siendo las mismas: la aceptación personal contra la búsqueda del cambio, el obtener nuevas herramientas contra perder la asistencia y mantener el punto de vista personal contra el aprendizaje de nuevas ideas (Linehan, 2003).

La polaridad encarnada en la lucha entre la aceptación y la búsqueda del cambio representa una de las características principales en la DBT para pacientes con el trastorno ya que se busca validar las emociones percibidas por el individuo en cada una de las situaciones, dando cuenta de que las mismas tienen sentido en el contexto en el cual ocurren. A su vez, al buscar el cambio de conducta, se proporcionan herramientas básicas de resolución de problemas para que el paciente pueda sortear las diferentes situaciones que le suceden en su vida diaria (Gagliesi, 2008).

La DBT es un tratamiento amplio e intensivo en cuanto al tiempo, que consta de diferentes modalidades que abarcan todas las deficiencias que pueden encontrarse en el TLP, la terapia en sí cuenta con modalidades: I) Terapia individual, II) Terapia para adquisición de habilidades, III) Asistencia telefónica, IV) Reuniones de equipo y V) Asistencia a familiares y allegados (Sarmiento Suárez, 2008).

En cuanto a la terapia individual, se busca en principio la eliminación de las conductas que ponen en riesgo la salud del paciente, como son las autolesivas o suicidas. En segundo lugar, se centra en aquellos factores que afectan la calidad de vida del paciente, como el abuso de sustancias, las conductas impulsivas y demás. A su vez, se busca que el paciente pueda trasladar lo aprendido a su ambiente cotidiano, para que lo lleve a enfrentar su problemática particular (Gagliesi, 2008).

La terapia para el desarrollo de habilidades es en sí una intervención pedagógica que tiene como fin que los individuos puedan adquirir capacidades necesarias para lograr una mejora en su funcionamiento general (Linehan, 2003).

Sarmiento Suárez (2008) menciona que la misma debe ser de carácter grupal a fin que la interacción dentro del grupo sirva como medio para una mejor adquisición de las mismas, esto es altamente recomendado pero puede no ser la mejor opción en la totalidad de los casos como es indicado por Feigenbaum (2008), ya que algunos pacientes con graves deficiencias en las

relaciones interpersonales pueden experimentar un gran sufrimiento que incremente las posibilidades de que abandone el proceso terapéutico antes de tiempo

El desarrollo de habilidades se encuentra separado en 4 módulos diferenciados de acuerdo a las principales deficiencias que se observan en el TLP, utilizando diferentes recursos de acuerdo al objetivo específico de cada uno (Dimeff & Linehan, 2001), Los diferentes módulos se indican en la tabla 2.

**Tabla 2. Módulos para la adquisición de habilidades (Linehan, 2013).**

- 
- a. Mindfulness: Se considera como la piedra angular de las otras habilidades enseñadas durante la DBT ya que permite a los individuos el aprendizaje de estrategias para poder tolerar el malestar que viene aparejado con situaciones cotidianas.

Las habilidades de mindfulness se dividen en dos: el que y el cómo. Donde el primer ítem intenta que se realicen observaciones de la realidad quitando la valoración emocional, mientras que el cómo apunta a que se realicen juicios de la misma manera.

- 
- a. Tolerancia al estrés: se enfatiza el poder tolerar el dolor, el afecto negativo de manera funcional, buscando que los clientes puedan aceptar y encontrar significado en la situación, a fin de poder reducir el malestar.

- 
- b. Regulación emocional: se busca que el paciente pueda identificar cada una de las emociones, identificando los obstáculos que no permiten la posibilidad de cambio. Se busca que el paciente pueda hacer análisis en forma de cadena para poder analizar las situaciones complejas, para también poder identificar las reacciones corporales y los pensamientos que ocurren al sentirlas.

- 
- c. Efectividad interpersonal: las habilidades enseñadas en este módulo son similares a las que se imparten en muchos grupos de asertividad,
-

---

en donde se incluyen estrategias a fin de poder pedir la necesidad, poder negarse y afrontar el conflicto interpersonal.

---

En cuanto a la asistencia telefónica, es utilizada para momentos determinados en donde el paciente se encuentra ante una circunstancia que siente que no puede controlarse, tiene como principal objetivo el evitar las conductas suicidas o autolesivas. A su vez, esta intervención puede colaborar en situaciones de menor gravedad para el fortalecimiento de la transferencia desde el consultorio hacia la acción específica como también para mejorar la relación terapéutica (Ben-Porath, 2004).

Las reuniones de equipo tienen como objetivos tanto la típica supervisión del progreso del paciente de acuerdo a las observaciones del terapeuta y la discusión de diferentes inconvenientes o dudas que puedan presentarse como también el incremento de las habilidades del terapeuta para el manejo del paciente, a fin de poder descargar afectos negativos que son comunes al tratar pacientes tan demandantes (Sarmiento Suárez, 2008).

La intervención sobre allegados y familiares tiene por objetivo el proveer herramientas para que tengan un acercamiento efectivo hacia el individuo que padece el TLP, siendo este el objetivo pedagógico y, además contando con otro terapéutico que intenta disminuir las emociones negativas que vivencian las personas cercanas, a fin de que de esta manera se pueda promover un medio validante para la mejora del paciente (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

### 3.3.1 Trabajo con familiares

Apfelbaum y Gagliesi (2004) indican que la inclusión de este tipo de aproximaciones dentro de la práctica actual en el tratamiento para TLP tiene relación con la migración generalizada que se da en el ámbito de la psicología de abandonar el modelo médico para pasar a una concepción comunitaria de los trastornos.

Esta percepción de los trastornos y los inconvenientes lleva a quitar al paciente como el causante del problema y empezar a desarrollar una visión compleja de la conducta humana (Gagliesi, 2008).

Sumado a esto, es importante el tratamiento de los allegados y familiares a fin de evitar que los mismos desarrollen diversas patologías como producto de una interacción conflictiva o la asunción de roles específicos a fin de intentar sobrellevar la problemática relación familiar (Hoffman & Fruzzetti, 2007). El trastorno en este caso pasa a ser vincular, ya que el medio social pasa a verse involucrado bajo las conductas del paciente con TLP (Sarmiento Suárez, 2008).

Los problemas que suelen observarse dentro del núcleo familiar son la presencia de una interacción disfuncional a partir de respuestas irracionales por parte del paciente con TLP sumado a la respuesta que ayuda a mantener esta interacción por parte de la familia como resultado de una deficiente habilidad de los miembros para poder enfrentar a las mismas. A esto se suma el patrón de emociones negativas que se generan dentro del grupo familiar, generando estrés y una desregulación emocional muchas veces pronunciada (Pechón & Stoewsand, 2013).

Se encuentra evidencia de una gran variedad de estudios desarrollados para los trastornos del eje 1 a fin de constatar la eficacia de las intervenciones familiares, no así en el caso de los trastornos de personalidad, los cuales curiosamente son, por definición los de mayor influencia negativa sobre la vida cotidiana y las relaciones de los individuos que lo padecen. Dentro de los trastornos del eje 1 se han encontrado resultados efectivos en pacientes con trastorno bipolar como con esquizofrenia, ambos relacionados con la sintomatología del TLP (Hoffman, Fruzzetti & Buteau, 2007).

En el caso específico de los familiares de las personas con TLP está práctica se vuelve sustancial desde la perspectiva bio-social que se le adjudica al mismo, teniendo como premisa la idea de que el contexto que invalida al

sujeto se da en gran medida por la desinformación que la familia tiene del trastorno en sí (Regalado, Pechón, Stoewsand & Gagliesi, 2011).

La importancia de un acercamiento grupal hacia la problemática de los familiares se basa también en la ventaja que la interacción con personas que padecen inconvenientes similares pueden unificar los objetivos individuales a fin de que se conviertan en los del grupo, lo cual ayuda a la exitosa aplicación de un proceso terapéutico (Framo, 2004).

En un estudio conducido por Gagliesi, Pechón, Regalado y Stoewsand (2009), se indica que puede observarse una disminución considerable en el malestar psicológico presentado por los familiares y en la sintomatología relacionada con la depresión y los obsesivo-compulsivos.

Para la intervención efectiva sobre el grupo familiar se recomienda la utilización de dos procesos separados para con la familia, donde uno conste de una terapia en donde se busque la reducción de la carga psicológica, el estrés relacionado con la interacción con el paciente y los síntomas relacionados con trastornos afectivos o bien del TLP, como también un módulo psicoeducativo que permita comprender el motivo de las conductas del familiar afectado (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Cuando se lleva adelante este tratamiento, se utilizan las directivas de la terapia cognitivo conductual para identificar los pensamientos habituales de los familiares de los pacientes con TLP, a fin de poder observar cómo influyen en las reacciones que los mismos presentan, identificando los disparadores habituales, para luego poder buscar el cambio mediante el proceso terapéutico (Boggiano et al, 2013).

Apfelbaum y Gagliesi (2004) mencionan 5 etapas diferenciadas dentro del tratamiento, siendo las primeras 4 las relativas al tratamiento terapéutico, mientras la quinta es el entrenamiento en habilidades específicas mencionando:

- Transformación de la queja en un problema: se busca que los malestares presentes dejen de ser simples comentarios para poder llegar a elaborar un objetivo concreto de solución, que sea contrastable en la realidad.
- Reestructuración: esto se da mediante la aplicación de la psico-educación, donde se busca que los participantes puedan observar al trastorno y la interacción de manera diferente, modificando sus creencias sobre el mismo.
- Reducción de la emoción expresada: este ítem se basa en estudios sociológicos de mediados de siglo XX, donde la alta emoción expresada era un factor de riesgo para la posterior recaída de pacientes que padecen esquizofrenia.
- Aceptación: en concordancia con lo expuesto para el tratamiento individual, se resalta la importancia de aceptar los inconvenientes aparejados al TLP, indicando que algunas cuestiones pueden permanecer a pesar de las mejoras que proporcione la terapia. En este apartado pueden incluirse prácticas de Mindfulness (Lineham, 2003).
- Entrenamiento en habilidades: como un taller psico-educacional propiamente dicho.

Dentro de este último ítem se pueden incluir una amplia variedad de técnicas a fin de poder concretar el objetivo, como son escenificación de situaciones para luego debatir entre todos con el terapeuta de mediador, donde se plantea la posibilidad de una observación diferente de las situaciones ocurridas, reestructuración cognitiva, también puede utilizarse para poder evaluar las reacciones de los familiares en las situaciones como por ejemplo si pueden ser capaces de poner algún límite o reducir la emocionalidad observada (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Herman y Pechón (2002) mencionan que es importante el trabajo por parte del facilitador especialmente durante las escenificaciones, siendo importante la modificación conductual desde una exposición pedagógica en busca de un aprendizaje significativo.

Para estos talleres también se realiza una evaluación previa al ingreso, y una inmediatamente después de finalizado, con el objetivo no sólo de analizar conocimientos específicos sino también evaluar como funcionó a nivel de la carga emocional negativa experimentada (Hoffman & Fruzzetti, 2007).

Boggiano et. al. Sostienen que específicamente se busca reducir ciertas conductas y aumentar otras. Conductas a reducir son: el caos interpersonal, la inestabilidad emocional y del estado de ánimo, la impulsividad, la confusión en la identidad y la desregulación cognitiva. Las conductas a aumentar son: las habilidades básicas denominadas de “conciencia plena”, habilidades para la efectividad interpersonal, las habilidades en la regulación de emociones, y habilidades para tolerar el malestar (2013).

En cuanto a la necesidad de un taller de psico-educación y habilidades para familiares, se entiende que las familias son agentes receptores de conductas disruptivas que no logran comprender por parte de los pacientes y que pueden tener reacciones inapropiadas y altamente perjudiciales. También las familias necesitan información apropiada, fuentes de apoyo, llegan desreguladas emocionalmente al grupo. Este taller tiene por meta mejorar la calidad de vida de los familiares a través de una disminución en el estrés familiar, un incremento en la comunicación, el apoyo de los participantes del grupo y el aprendizaje de habilidades que mejoren la relación con el familiar que sufre el trastorno (Pechón & Stoewsand, 2013).

El taller en sí consta de doce sesiones semanales estructuradas, a cargo de dos psicoterapeutas con entrenamiento en DBT y se trabajan diez módulos de contenido, a saber relaciones interpersonales, validación, temas básicos de psicología conductual, estrategias de compromiso, solución de problemas, límites personales, tolerancia al malestar, afrontamiento de

conductas de riesgo, aceptación radical y dialécticas. El objetivo final pretende que lo aprendido y puesto en práctica tenga impacto real y positivo sobre la persona con TLP (Gagliesi, Pechon, Regalado & Stoewsand, 2012).

#### 4. Metodología

##### 4.1 Tipo de estudio:

Descriptivo basado en una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

##### 4.2. Participantes

Los participantes del estudio son dos profesionales a cargo del grupo y diez familiares de pacientes con TLP. Todos los familiares tienen algo en común y es el estar estrechamente vinculados por motivos de parentesco y convivencia con pacientes con trastorno límite de personalidad.

##### 4.3. Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Entrevistas semiestructuradas con los terapeutas a cargo del grupo de padres y familiares de pacientes con trastorno límite de personalidad.

Observación participante de los doce encuentros grupales durante todo el curso con inicio en agosto y fin en diciembre.

Registros personales tomados durante el dictado del curso.

Encuesta estructurada y de carácter voluntario con los padres y familiares que concurren al grupo de padres y familiares de pacientes con trastorno límite de personalidad. La misma se identifica como *Encuesta de evaluación del curso*, en anexo, y consta de 4 apartados diferenciados: Las temáticas que abarcan las diferentes clases, la evaluación del material de lectura, la evaluación de las coordinadoras y la efectividad del curso.

#### 4.4. Procedimientos:

Se realizaron entrevistas con ambos profesionales a cargo del grupo de padres y familiares de pacientes con trastorno límite de personalidad en la sede de la Fundación.

Se realizaron encuestas grupales estructuradas con los asistentes al grupo de padres y familiares de pacientes con trastorno límite de personalidad en la sede de la Fundación.

Se concurrió personalmente a los encuentros semanales de dos horas de duración del grupo para padres y familiares de pacientes con trastorno límite de personalidad, todos los martes en la sede de la Fundación.

Durante los encuentros se colaboró con organización y preparación del dispositivo, espacio y materiales, lectura de textos y participación en debates y ejercicios.

#### 5. Desarrollo

A continuación, se describe el desarrollo tipo de los encuentros grupales que son objeto de este estudio.

El encuentro comienza con un ejercicio de conciencia plena. Luego se abre un espacio para que los participantes puedan expresar lo que hubiesen vivido en la semana y se indagaba acerca del uso de las herramientas adquiridas la clase anterior y su efectividad.

Luego se procedía a enseñar el tema correspondiente al módulo. En algunos casos se proponían tareas a realizar de una semana a la siguiente, vinculada al tema de la clase. Por ejemplo, una de las tareas propuestas por la coordinadora fue llevar un registro durante la semana de frases de validación utilizadas por cada participante. Los encuentros eran reforzados por lecturas, uso de ejemplos y ensayos conductuales.

Los encuentros se organizan en 12 módulos, y a cada uno de ellos corresponde la enseñanza de una nueva temática que busca el desarrollo de habilidades en los participantes. Las temáticas desarrolladas por clase fueron:

Encuentro 1: Introducción a los encuentros (se comunica a los participantes las metas y objetivos del programa, los cambios esperables en el grupo familiar y la modalidad de trabajo)

Encuentro 2: Conciencia Plena.

Encuentro 3: Las respuestas emocionales.

Encuentros 4 y 5: Validación.

Encuentros 6 y 7: Técnicas conductuales

Encuentro 8: Efectividad Interpersonal

Encuentro 9: Conductas de Riesgo.

Encuentro 10: Límites personales.

Encuentro 11: Aceptación radical

Encuentro12: Integración.

5.1 Objetivo: Describir los objetivos del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT.

Dentro de esta sección se describen los objetivos propuestos para el proceso terapéutico llevado a cabo con los familiares de personas diagnosticadas con TLP a partir del modelo de la DBT. Los mismos son indicados por Pechón y Stoewsand (2013) en “Temas Básicos de Psicología y entrenamiento en habilidades para parientes y allegados de personas con desordenes en la regulación de las emociones”, Disminuir el estrés de la familia, incrementar la comunicación, reconstruir la confianza entre los miembros de la familia, cambiar el enojo por la empatía, ayudar a los participantes a entender este desorden, enseñar habilidades para mejorar la relación familiar y brindarse ayuda entre los participantes. Acorde a la entrevista realizada a las coordinadoras los objetivos que ellas persiguen en su trabajo son coincidentes con los descriptos por Pechón y Stoewsand (2013).

En cuanto a disminuir el estrés de la familia, el trabajo apunta a cambiar la manera de interactuar dentro del medio familiar, a fin de lograr interacciones que sean más funcionales. La reducción del estrés familiar se da a partir de una puesta en común de los inconvenientes que todos los participantes experimentan, la descarga emocional y el aprendizaje de las características del TLP y de entender como experimentan las emociones de manera desregulada los pacientes.

Dentro de los encuentros se observa la intención mencionada al realizar una puesta en común de las situaciones vivenciadas durante la semana por todos los pacientes, se busca externalizar la situación al poder realizar un análisis de la situación, también cuando en el encuentro número seis se indica como poder realizar un análisis desprejuiciado de las situaciones vivenciadas, se busca reducir la tensión experimentada por los participantes durante la misma. Esto también fue trabajado en los encuentros sobre validación y mindfulness. Por ejemplo, en el caso de una de las participantes angustiada por los desbordes emocionales de su hija, que eran acompañados por conductas autolesivas, se le explicó que podía validar la emoción presente en su hija sin validar la conducta perjudicial.

Durante el primer encuentro, una de las facilitadoras también menciona que, al proveer diferentes habilidades para eventos en relación con el TLP, se busca reducir la experiencia negativa que los participantes experimentan al no poder afrontarlas con eficiencia.

Esto forma parte de uno de los procesos mencionados por Apfelbaum Gagliesi (2004) que, en conjunto con la facilitación de habilidades, conforma un acercamiento terapéutico exitoso para el tratamiento de este estilo de trastornos. También encontrando resultados similares en los estudios mencionados por Regalado, Pechón, Stoewsand y Gagliesi (2009), donde se observa una reducción considerable del malestar experimentado por el grupo familiar.

Al mencionar el objetivo de incrementar la comunicación, se busca la mejora del funcionamiento de los vínculos familiares a fin de poder conseguir una interacción de mayor estabilidad y contención al paciente. Se busca el cambio dentro de las relaciones familiares en general y la respuesta frente al trastorno en particular.

El intento de apuntar directamente al medio más cercano del paciente es congruente con la concepción bio social que se tiene del TLP. Esta concepción indica que el medio actúa como invalidante dentro de la patología y se debe actuar a fin de buscar convertirlo en un medio que proporcione herramientas para el buen funcionamiento tanto individual como grupal (Sarmiento Suarez, 2008).

La mejora en la comunicación es una necesidad primordial a fin de poder superar las emociones negativas que suelen presentarse dentro de las familias en las que se encuentra un miembro con diagnóstico de TLP, buscando que el cansancio o desesperanza experimentado por la familia pueda transformarse en una forma de vinculación positiva (Pechón & Stoewsand, 2013).

En resumen, dentro de este objetivo se busca la transformación desde una familia considerada caótica a una funcional a partir de la descripción realizada por Linehan (1993).

Se observa esto dentro de la tarea de la carta de validación, correspondiente al quinto encuentro, como también en un ejercicio del sexto encuentro donde, tras invitar a los participantes a formar díadas entre ellos para que cada uno, por turno, relate alguna experiencia personal frente al allegado con TLP en donde hayan experimentado una emoción negativa, luego deben comentar la misma historia pero de manera neutra, sin emitir juicio de valor sobre la situación, observando luego si el cambio en el relato generaba un cambio en la predisposición personal frente a la situación en sí. Luego se realiza una puesta en común de lo experimentado, donde se observan diferentes relatos por parte de los participantes de poder experimentar la

situación como “una nueva”, como menciona uno de los participantes durante su rol como observador.

A modo de ejemplo, uno de los participantes expresó su enojo con su hermana porque recibía más atención de sus padres. En un segundo momento realizó un relato puramente descriptivo de las acciones en las cuales sus padres se ocupaban de su hermana. Según el participante manifestó luego del ejercicio, esto lo ayudó a liberarse de la carga emocional.

Se busca modificar la interpretación negativa que se tiene hacia la conducta del paciente con TLP ya que, como mencionan Pechón y Stoewsand (2013), las familias actúan como agentes receptores de las conductas disfuncionales que efectúan los pacientes con TLP, las cuales muchas veces son comprendidas por el medio familiar como hechas con la intención de perjudicar a los miembros en sí o como una falta de cariño por parte del paciente hacia ellos.

La ayuda para la comprensión del desorden se basa en la psico-educación de las diferentes características del trastorno, intentado dar cierta previsibilidad para el medio familiar a fin de poder comprender las actitudes que el paciente ejecuta son producto de una predisposición que no puede controlar.

Se puede observar esto en todos los momentos del tratamiento donde se encuentra la psico-educación para los participantes. Específicamente puede mencionarse dentro del sexto encuentro donde se busca explicitar el proceso de las conductas como una cadena donde un estímulo externo desencadena en una conducta personal que tiene un efecto específico. Aquí, las facilitadoras hacen hincapié al relacionar los diferentes síntomas del TLP con sus patrones de reacción conductual, por ejemplo, el estallido emocional relacionado con su falta de capacidad para la regulación de emociones.

Para esto, se realiza una explicación específica de los diferentes síntomas del trastorno, explicando las características que los pacientes que experimentan el TLP suelen tener (Apfelbaum & Gagliesi, 2004). En cuanto

entender la forma en que experimentan las emociones de manera desregulada el paciente favorece el cambio del enojo por la empatía. Se les pide a los concurrentes que expliquen el ejemplo de las emociones como una ola de mar que arrasa a su paso con todo, pero se genera y se desarma rápidamente.

El entrenamiento en habilidades con el fin de mejorar la relación familiar apunta a poder brindar diferentes herramientas a los allegados y familiares para que puedan hacer frente a las situaciones que se presentan en la interacción con el paciente.

Durante las diferentes clases se exponen diferentes habilidades para que los participantes puedan utilizar para hacer frente a los eventos de la vida cotidiana. Un ejemplo es la posibilidad de estar presente desde un estado de conciencia plena que se expone durante la clase de mindfulness y el poder comunicarse de manera descriptiva intentando apartar los juicios de valor propios, mencionado en el octavo encuentro. Por ejemplo a uno de los participantes comento que en vez de enojarse con su hijo cuando no volvía a cenar sin aviso, pudo acordar con el que lo llamara al celular cada vez que no viniese, este cambio en la comunicación alivio la tensión entre ellos.

Dentro de este objetivo, Apfelbaum y Gagliesi (2004) mencionan cuatro importantes características a destacar: la transformación de la queja en problema buscando un ambiente que proporcione la búsqueda de cambio por sobre la actitud pasiva del simple cuestionamiento, la reestructuración del problema en donde se busca que la familia pueda interpretar de una manera diferente a como lo hace actualmente al trastorno, reducción de la emoción expresada intentado promover un ambiente estable para que el paciente pueda implementar mejoras en su conducta y la aceptación que busca la validación por parte de la familia de las emociones experimentadas por el paciente y el grupo familiar.

Este objetivo es primordial dentro de la DBT, al tener la misma una concepción bio-social del trastorno. El dar mayores herramientas al grupo familiar permite una modificación del entorno en búsqueda de una mayor

funcionalidad dentro de las interacciones que los diferentes actores realizan en el mismo (Linehan, 2003).

La ayuda recíproca entre los diferentes participantes refiere a la utilización del dispositivo grupal como facilitador de experiencias, opiniones y demás material personal que permita enriquecer la experiencia de cada una de los participantes de la terapia para los familiares.

Como ejemplos observados se puede mencionar los role playing realizados por los diferentes participantes cumpliendo diferentes roles, ya sea con uno como observador como se menciona más arriba en este mismo apartado, o como participantes activos dentro de la conversación grupal, en donde los facilitadores siempre especifican que no se brinden consejos desde el lugar de un experto, sino desde una posición de observador neutral en donde se verbalizan las opiniones sin emitir juicios de valor. Otro ejemplo es el de identificar las propias emociones y se trabaja con los participantes del grupo para que tomen conciencia de lo que están sintiendo, ubicarlo corporalmente, buscar los pensamientos que acompañan esa emoción. También aceptar lo que siente el otro y dar una respuesta empática.

Esto es consecuente con lo mencionado por Framo (2004), donde se menciona la importancia del grupo para poder lograr los diferentes objetivos de cada individuo que participa dentro del mismo, ya que además de los intereses individuales de cada familiar se suman los objetivos en conjunto del total de participantes.

**5.2 Objetivo:** Describir las habilidades enseñadas durante el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación.

Dentro del presente objetivo se realiza la descripción de las habilidades enseñadas a lo largo del proceso terapéutico, siendo las mismas las siguientes: Mindfulness, respuestas emocionales, validación, efectividad interpersonal, límites personales, como afrontar conductas de riesgo e integración (Pechón & Stoewsand, 2013).

Para el segundo encuentro, destinado a mindfulness, se busca explicar la perspectiva teórica sobre la cual se basa esta práctica y se realizan ejercicios simples que intentan ejemplificar y ser herramientas para enfrentar situaciones estresantes. Como herramientas específicas se busca que las personas comprendan que lo que llamamos realidad va a variar en cuanto a los efectos que tenga en nosotros de acuerdo a como es interpretada, las facilitadoras proveen diferentes datos que puedan ser utilizados por los participantes como el estar presente, el centrarse en una tarea a la vez, estar enfocado hacia los objetivos particulares, entre otros. Se observa que los mismos son congruentes con la búsqueda de reducción del estrés (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Las facilitadoras, exponen a los participantes los diferentes conceptos indicados más adelante. La exposición, a su vez, se encuentra acompañada por diferentes ejercicios vivenciales, uno mencionado en el apartado 5.1, en donde se les propone la interpretación de un evento a partir de poder relatarlo desde una posición neutral, sin emitir juicios de valor.

Asimismo, como ejemplo de aceptación plena se les pide que acepten que el suicidio es una posibilidad dentro del trastorno límite de personalidad en muchos casos para actuar a partir de allí. Uno de los participantes refiere que aceptar que haga lo que haga quizás no pueda evitar que su hijo se suicide, le brinda una sensación de alivio que le era desconocida hasta ese momento.

Dentro de la explicación teórica se explican de manera concreta cuatro conceptos dentro de la práctica: la aceptación, la relación dialéctica entre la misma y el cambio, la mente sabia y la conciencia plena como objetivo vital.

Las facilitadoras indican que aceptación es entendida como la comprensión de la realidad desde una posición abierta y centrada en el presente, sin juzgar, donde se busca el reconocer como son las situaciones actualmente y aceptarlas. Esto se utiliza como punto de partida para luego proceder hacia la búsqueda de cambio.

La importancia de la aceptación es destacada por Linehan (2003) como fundamental dentro de la DBT, ya que los parientes deben aceptar que ciertas predisposiciones y conductas que el paciente con TLP puede seguir expresando a pesar de lograr mejoras significativas con el tratamiento.

Las facilitadoras hacen hincapié en la importancia de aceptar la postura del otro ya que el mismo posee valores, creencias y predisposiciones conductuales diferentes. Explica también que se validan las emociones experimentadas, no las conductas, ya que una conducta agresiva, sea verbal o conductual no debe ser validada, consultando con los participantes si los mismos habían experimentados situaciones violentas con el paciente que padece TLP.

De los cuadernos de notas surge que durante la puesta en común de la validación uno de los participantes pregunta cómo es posible validar un intento de suicidio y se le explica que lo que se valida es la emoción que en ese momento sufre el paciente que es tan dolorosa y parece interminable que el suicidio se ve como una alternativa viable, lo que no se va a validar es el suicidio en sí, sino que se le van a ofrecer alternativas.

Luego se pasa al concepto de dialéctica entre la aceptación y el cambio, expuesto durante la misma sesión, en donde se busca no generar una aceptación descrita como radical, diferenciándola de una interpretación cercana a la resignación, sino que aceptando que los hechos son como son, pero bajo la propuesta de una búsqueda activa de resultados diferentes ante las experiencias disfuncionales.

Aquí las facilitadoras trabajan con un ejemplo propuesto por uno de los participantes, que menciona que no entiende cómo se puede aceptar que la persona (por el paciente con TLP) se enoje cada vez que alguna situación no resulte como él espera, se vuelve a la diferenciación entre la conducta y la emoción que el paciente experimenta, indicando que se debe buscar activamente la posibilidad del cambio conductual, pero validar la emoción experimentada por el paciente.

Se pasa luego al concepto de mente sabía, la cual busca una integración superadora entre la respuesta totalmente emocional y la respuesta totalmente racional. Se basa en la posibilidad de tomar decisiones a partir de una cooperación total entre las diferentes fuentes de información que forman parte de ambos sistemas.

La interpretación de respuestas emocionales fue el tema tratado durante el tercer encuentro, dentro del cual se busca que los participantes puedan reconocer las emociones propias, a fin de poder rotularlas de manera correcta, identificar cuales se presentan en mayor medida y que efecto tiene sobre cada uno de los participantes de manera subjetiva.

El encuentro nuevamente tuvo una disposición de exposición teórico-práctica, iniciando en una explicación por parte de ambas facilitadoras como en las demás temáticas y encuentros. Se explica que el objetivo de estos conceptos busca que cada participante pueda identificar los pensamientos, la experiencia corporal y la intensidad de cada emoción que se experimenta mediante una tarea durante la semana. Esto es como lo indica Beck (2011) que se realiza dentro de la concepción de la TCC.

La validación fue tratada durante el cuarto encuentro específicamente, aunque a su vez, fue motivo recurrente a lo largo de todo el proceso terapéutico. El concepto había sido introducido durante el segundo encuentro, como se menciona anteriormente, donde se ha indicado la diferencia entre validar no las conductas sino las emociones del paciente.

Las facilitadoras explican que el objetivo es que los participantes puedan estar presentes en la interacción con el otro, aceptando lo que ocurre a partir de una observación que no busque juzgar sino describir los eventos que suceden. No tiene como fin el comprender o valorar positivamente la conducta, sino validar que, dentro del contexto presente, la conducta del otro tiene sentido. También se menciona que la validación se efectúa sobre las emociones del otro y no sobre las consecuencias conductuales que estas producen.

Esta manera de entender las conductas del paciente con TLP es la que hace mención Gagliesi (2008) como un método a seguir con el fin de modificar las interacciones entre los miembros de la familia y el paciente, buscando que el mismo pueda salir de ser considerado el problema. También se relaciona con dejar de lado las invalidaciones constantes que sufren las personas con desregulación emocional (Kalpakci, Venta & Sharp, 2014)

Al enseñar cómo se afrontan conductas de riesgo se busca diferenciar cuales son los diferentes tipos de conductas de riesgo: la ideación suicida, las amenazas, el plan de suicidio, la conducta suicida y la conducta de auto daño. Dentro de la manera de afrontar las mismas, se propone el poder discutir de manera concreta y abierta sin buscar intentar ocultar las mismas.

5.3 Objetivo: Describir las técnicas utilizadas en el trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación Foro.

Las técnicas utilizadas durante la intervención terapéutica hacia los familiares y allegados de pacientes con TLP son descritas dentro de este objetivo. Las mismos son, casi en su totalidad, provenientes de la TCC, como se menciona dentro de los fundamentos de la DBT (Linehan, 2003).

Durante el tratamiento, se determinan actividades a realizar durante la semana, ejemplos de las mismas son el escribir una carta de validación para una conducta del familiar con TLP, el observar y describir emociones experimentadas durante la semana indicando diferentes aspectos de la misma y el nivel de intensidad experimentado o el recuento de frases invalidantes durante la semana y el poder volver a expresarlas de manera validante. Todas las semanas se observaron tareas para las diferentes temáticas de cada encuentro.

En el segundo encuentro, donde se trata el tema de la conciencia plena, se propusieron 3 ejercicios para hacer durante la semana hasta la siguiente oportunidad. El primero constaba el poder experimentar el comer o beber desde la conciencia plena, el segundo consiste en poder practicar la

conciencia plena por unos minutos cada uno de los días mientras que en el último se pide el expresar en palabras las sensaciones experimentadas, que luego se usa también durante el encuentro de respuestas emocionales (tercer encuentro). En la siguiente oportunidad, de los participantes comentó que comenzó a practicar durante el desayuno la conciencia plena a partir de focalizar en la respiración primero y los sabores de la comida posteriormente, logrando un estado de presencia y tranquilidad. Notando durante el día una disminución en su percepción del stress.

En la semana que se extiende tercera, que trata sobre las respuestas emocionales y la cuarta, se pide a los participantes completar una planilla respondiendo qué emoción se experimenta, qué fue lo que desencadena la misma, qué cambios corporales, interpretaciones y acciones se experimentaron durante el suceso. Esto, a su vez también es una técnica en sí, donde se busca explicitar las condiciones y experiencia subjetiva de cada emoción experimentada por el participante (Beck, 2008).

A su vez, la búsqueda de una identificación de las emociones y su intensidad son congruentes con las deficiencias que suelen observarse en el TLP (Soler et al, 2012), lo cual sirve como una posibilidad de educar y ayudar a los integrantes tanto a identificar sus propias emociones que promueven ciertas interacciones en el medio del paciente con TLP (Linehan, 2003).

Aquí se insta a los participantes a que uno por vez puedan identificar dentro de la mencionada escala de conductas relativas al suicidio, que conductas han tenido sus familiares con TLP. La importancia de este ejercicio también fue puesta de manifiesto en la entrevista con las facilitadoras.

En la cuarta semana, que se enfoca en la validación, se provee como actividad para tarea el realizar una lista de frases validantes e invalidantes que hayan utilizado, para luego reflexionar sobre los resultados que las mismas tuvieron tanto para el prójimo como en la interacción en general. Está tarea es reforzada en la propuesta durante la siguiente clase, donde se propone que realicen una carta de validación para su ser querido, resaltando que se debe

hablar de hechos sin valorarlos, buscar generar acuerdos a futuro y generar confianza dentro de la relación. Se busca entonces que los individuos reflexionen sobre cómo sus acciones influyen sobre el paciente y el medio, siendo también congruente con lo expresado por Kalpakci, Venta y Sharp (2014), donde los individuos que padecen el TLP suelen sentirse invalidados por su entorno inmediato.

También las profesionales relatan en la entrevista que es de suma importancia que los participantes logren tomar conciencia de frases invalidantes que dicen habitualmente y en los encuentros trabajen para reemplazarlas por frases validantes.

De los cuadernos de notas surge que durante la puesta en común de la validación uno de los participantes pregunta cómo es posible validar un intento de suicidio y se le explica que lo que se valida es la emoción que en ese momento sufre el paciente, que es tan dolorosa y parece interminable que el suicidio se ve como una alternativa viable; lo que no se va a validar es el suicidio en sí, sino que se le van a ofrecer alternativas.

Las prácticas de tareas semanales son pertenecientes a la TCC de acuerdo a lo mencionado por Cully y Teten (2008). Donde se busca no sólo aprovechar los momentos semanales dentro de un proceso terapéutico de corta duración como también llevar a la vida cotidiana lo aprendido durante los encuentros.

Durante la sexta semana, se observa una técnica para comprender las conductas, haciendo hincapié en las disfuncionales. Para ello se busca realizar un análisis en cadena que empieza por la comprensión de las características personales que, al encontrarse con un evento desencadenante, generan una acción negativa particular que tienen como consecuencia una situación no agradable. Se promueve la posibilidad de acción que se tiene sobre los diferentes puntos de la cadena en sí.

Esta propuesta es el modelo de resolución de problemas propuesto por la TCC, donde se busca identificar y promover posibilidades de acción sobre las propias conductas (Gagliesi, 2008).

Una vez expuesto el modelo, se determina como tarea el análisis de alguna conducta problema personal para luego, durante la siguiente sesión proponer métodos para modificar conductas del paciente con TLP. Con este propósito se introducen los conceptos de la terapia conductual de técnicas para aumentar o disminuir una conducta determinada.

Se introducen los conceptos de refuerzo positivo, refuerzo de alivio y moldeamiento para la promoción de conductas, mientras que la extinción y los castigos son los propuestos en la búsqueda de disminuir alguna conducta. Lo cual se adapta a las técnicas de terapia cognitiva utilizadas dentro de la DBT de acuerdo a lo propuesto por Boggiano y otros (2013).

Otra técnica observada durante la sesión de efectividad interpersonal es la búsqueda de una comunicación efectiva que brinde un contexto no violento de interacción entre los miembros y el paciente con TLP. La técnica consiste en la observación de eventos sin la evaluación valorativa de los mismos. Uno de los familiares relató que pudo expresar a su hijo de manera descriptiva y sin enojo ni violencia como no le permitía descansar por las noches y rendir en su trabajo que él escuchara música a alto volumen todas las noches.

Otras tecncias fueron escribir sin juzgar lo que se negaban a aceptar y decirlo luego con voz sonora.

Estos ejercicios son congruentes tanto con la técnica de re encuadre mencionada por Beck (2011) dentro de la TCC, como con la necesidad de la observación no valorativa que propone los principios de mindfulness (Pechón & Stoewsand, 2013).

5.4 Objetivo: Analizar los cambios en la relación con los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, a partir del trabajo llevado a cabo en un grupo de padres y familiares de pacientes con Trastorno Límite de

Personalidad aplicando el modelo DBT en la fundación Foro según la mirada de los mismos padres y familiares.

Se describen los cambios observados dentro del grupo de familiares y allegados observados, sumando a su vez las experiencias de los mismos a partir de las respuestas proporcionadas en la encuesta final, contrastando con los cambios esperables para los participantes.

Los cambios esperados para los participantes son mejorar la calidad de vida, una actitud de esperanza frente al paciente con trastorno, la experiencia de una sensación de respaldo y contención y la mejora de la persona con TLP a partir de la puesta en práctica de lo aprendido dentro del taller.

A partir de lo observado durante las sesiones, los cambios dentro de la interacción grupal fueron creciendo progresivamente a medida que se avanzaba en la cantidad de encuentros. De acuerdo a las notas de clase, se empiezan a identificar experiencias individuales que son más funcionales de acuerdo al relato de los participantes. Se observa también una mayor cantidad de personas que participan, exponiendo temáticas de una manera más específica, como un evento de agresión que sufrió uno de los participantes con el paciente con TLP.

Este aumento en el nivel de satisfacción individual como en el nivel de interacción grupal es congruente con lo expuesto por Framo (2004), quien sostiene que el dispositivo grupal funciona a su vez de manera terapéutica, al alinear los objetivos individuales con los del grupo. También se encuentra alineado con los objetivos propuestos para un tratamiento para los allegados y familiares de un paciente con TLP (Pechón & Stoewsand, 2013).

En las devoluciones finales, los participantes refirieron que, habían notado una gran diferencia en su propia conducta principalmente, comentando que sentían un fuerte alivio en la emocionalidad negativa que ciertas actitudes del paciente con TLP le generaban.

Uno de los ejemplos relatados en clase fue el de un padre que contó que anteriormente cuando su hija lo llamaba al trabajo para decirle que se iba

a matar, el corría a su casa y la llenaba de regalos. Comprendió que así estaba reforzando dicha conducta con lo cual la última vez que la hija lo llamó al trabajo, lo que él hizo fue mandar la ambulancia a la casa como una forma de buscar la extinción de dicha conducta al evitar un refuerzo positivo y proveer una consecuencia desagradable.

También, comentaron que perciben una menor disconformidad y “roces” entre ellos y el paciente con TLP. Comprendiendo que la actitud propia incide en la relación familiar de manera evidente.

Las experiencias subjetivas también indican los cambios expresados en los diferentes ámbitos, ya que a partir de las respuestas proporcionadas a la encuesta llamada “evaluación del curso”, donde dentro del apartado 4 contiene 5 preguntas para responder y un apartado de comentarios generales, dentro de las cuales 3 preguntas responden a los cambios percibidos por el participante, siendo las mismas si después del curso se han notado cambios en:

- La interacción familiar.
- Su propio comportamiento
- El comportamiento de su ser querido.

De las dieciocho encuestas realizadas, once notaron cambios significativos tanto en la interacción familiar, como en el comportamiento de los pacientes con TLP y en sus propios comportamientos. En el resto de los participantes se registran cambios en alguno de estos aspectos. Ningún participante expreso no haber notado ningún cambio en al menos uno de los aspectos mencionados. Es destacable que el ítem referido al propio comportamiento fue respondido en todos los casos manifestando cambios relevantes. Algunos expresaron sentirse más calmados, más optimistas, haber modificado mucho su actitud o sentirme con mayores herramientas. El ítem en el cual los participantes notaron menores cambios es en el referido a los pacientes.

En las encuestas los participantes expresaron respecto de la interacción familiar que la percibían menos violenta, más armoniosa, más manejable, relajada.

Se puede mencionar la efectividad en el grupo de lo descrito como objetivos por Apfelbaum y Gagliesi (2004), donde se busca la reducción del estrés en la interacción y la carga negativa con la que experimentan la conducta problema los familiares del paciente. A su vez, la importancia de que la noción de ver al TLP como un trastorno que se cristaliza dentro de la interacción con el medio más cercano (Linehan, 2003).

## 6. Conclusiones

El presente trabajo tuvo como fin la descripción del desarrollo de un grupo terapéutico para familiares y allegados de pacientes con TLP. Para esto, se analizaron los objetivos terapéuticos dentro del mismo, las habilidades y temáticas impartidas durante cada sesión grupal y los resultados que experimentan subjetivamente los participantes.

Los objetivos propuestos durante la planificación de este trabajo final integrador fueron cumplidos, realizándose un análisis de los diferentes ítems mencionados en el párrafo anterior.

A partir de la observación participante del proceso grupal, se pudo ver cómo se realizan intervenciones a partir de la técnica DBT con las diferentes personas que forman parte del grupo familiar de los pacientes que padecen el Trastorno Límite de Personalidad. A su vez, la realización de encuestas a los participantes y entrevista a las coordinadoras permitió analizar los resultados del proceso grupal acorde a las percepciones de los involucrados.

Entre los objetivos establecidos para las sesiones se encuentra el mejoramiento de los vínculos entre familiares y pacientes con TLP, disminuir el stress familiar y enseñar herramientas para mejorar la relación familiar. Lo mismo fue logrado a lo largo de los encuentros. La sección IV del instrumento

utilizado para encuestar a los participantes nos permite conocer su percepción en torno a los resultados y el logro de los objetivos.

Acorde a lo relevado los participantes aseguran que hubo cambios en la interacción familiar, aunque los mismos fueron percibidos en distintos grados en cada caso. Para algunos la mejoría fue leve, pero aun así perceptible, en otros casos aseguran que la relación se volvió “menos violenta” o “más manejable”. Donde más notoria ha sido la efectividad del curso, acorde a las encuestas es en los cambios auto percibidos en el propio comportamiento de los familiares y allegados participantes.

En relación al objetivo vinculado a la enseñanza de habilidades relacionado al uso de la técnica DBT en el trabajo con padres y familiares de pacientes con TLP, observamos que las mismas han resultado efectivas para el logro de este objetivo, coherente con la concepción bio-social del TLP, permitiendo a los participantes mejorar las relaciones familiares y poseer mejores herramientas para interactuar con los pacientes, generando un entorno más funcional. La experiencia grupal se observa enriquecedora en este sentido.

Entre las habilidades que los familiares lograron desarrollar, acorde a los resultados de las encuestas y las entrevistas con las coordinadoras, se encuentra el estar presentes en las situaciones, reconocer las emociones, entender las conductas a través del análisis en cadena, afrontar conductas de riesgo, reconocer límites personales y la aceptación radical.

Para ellos las técnicas utilizadas fueron el mindfulness, respuestas emocionales, validación, efectividad interpersonal, límites personales, cómo afrontar conductas de riesgo e integración, acorde al modelo de Pechón & Stoewsand (2013). Para integrar estos aprendizajes algunos conceptos han sido de gran relevancia, acorde a como muestra la observación participante: la dialéctica entre aceptación y cambio; el concepto de mente sabia y la diferenciación entre la validación de emociones de la de conductas.

Finalmente, observamos que las técnicas provenientes de la TCC que han sido implementadas han permitido promover posibilidades de acción sobre las conductas. Como resultado del trabajo general se han observado cambios en la interacción grupal, y un aumento en el nivel de satisfacción individual (alivio en la emocionalidad negativa, principalmente), y una mejor interacción entre los padres y familiares con los pacientes, según lo manifestado por los mismos.

Cabe destacar este método de intervención utilizado como parte de una corriente innovadora dentro del ámbito psicológico que, como se menciona durante el marco teórico, ha proporcionado buenos resultados en trastornos similares en cuanto a sintomatología o dificultad para la adaptatividad del sujeto.

Dentro de las limitaciones de este estudio cabe mencionar la imposibilidad de chequear los resultados obtenidos con una observación de la interacción real, entre los participantes del grupo y los pacientes TLP aunque sea dentro del marco de la terapia (no siendo en un ambiente libre y cotidiano), teniendo que remitir a las expresiones que los participantes dan durante el cierre y dentro de la encuesta, en los que no se expresan de una manera muy amplia.

Siguiendo la perspectiva crítica y para nuevas investigaciones se podría realizar, un seguimiento más personalizado de la evolución de la relación entre los participantes del grupo y los pacientes como forma de retroalimentación del programa con reuniones post curso. En concordancia con lo expresado hubo comentarios surgidos en la encuesta a familiares donde se hizo hincapié en la dificultad de los temas tratados en cuanto al tiempo que se dispuso para abordarlos.

Sería muy importante para poder expandir la propuesta del taller realizar convenios con instituciones dependientes del estado nacional y estados provinciales a fin de poder hacer llegar la misma a personas de menores recursos.

Continuando con la experiencia personal, la misma fue muy buena, el personal a cargo se mostró bien dispuesto y abierto a brindar tanto soluciones y apoyo al pasante como brindar espacios para la participación activa del mismo.

Desde todo punto de vista fue una experiencia enriquecedora y que permitió integrar lo aprendido durante la carrera.

## 7. Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association.

Apfelbaum, S. & Gagliesi, P. (2004). *El Trastorno Límite de la Personalidad: Consultantes, familiares y allegados*. *Vertex*, 15, 295 – 302.

Atefi, M., Dolotshahi, B., PourShahbaz, A. & Khodaie, M. R. (2011). Pattern of temperament and character factors in hospitalized patients with Borderline Personality Disorder. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30(1), 583 – 589.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.

Ben-Porath, D.D. (2004). Managing intersession telephone contact with clients diagnosed with borderline personality disorder: Lessons from dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 222 – 230.

Black, D. M., Blum, N., Pfohl, B. & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18 (3), 226 – 239.

Boggiano, J. P., Gagliesi, P., Mombelli M., P., Pechon, C. y Stoewsand, C. (2013). *Manual de entrenamiento en habilidades*. Buenos Aires: Foro.

Brodsky, B. S., Groves, S. A., Oquendo, M. A., Mann, J. J. & Stanley, B. (2006). *Interpersonal Precipitants and Suicide Attempts in Borderline*

*Personality Disorder. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 313 - 322.

Cloninger, C.R., & Svrakic, D. M. (2005). Personality Disorders en Sadock, B. J., & Sadock...

Cully, J. A. & Teten, A. L. (2008). *A therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. Houston: Department of Veterans Affairs.

Dimeff, L & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.

Downey, G. & Feldman, S. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal Personality and Social Psychology*, 70, 1327-43.

Ellis, A. (1994). El tratamiento de las personalidades límite con terapia racional emotivo conductual. *Revista de Toxicomanías (RET)*, 15-26.

Feigenbaum, J. (2008). *Dialectical Behaviour Therapy*. *Psychiatry*, 7 (3), 112 – 116. doi: 10.1016/j.mppsy.2008.01.007

Framo, J. L. (2004). The Integration of Marital Therapy with Sessions with Family of Origin en *Alan S. Gurman & David P. Kniskern (eds.) Handbook of Family Therapy*. Taylor & Francis.

Gagliesi, J. (2008). Terapia dialéctico conductual en el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. Cuadernillo de clase: Fundación Foro Argentina.

Gagliesi, P., Pechon, C., Regalado, P. y Stoewsand, C. (2012). *Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal*. Buenos Aires: Foro.

García Bernardo, E. (2007). *Tratamiento Psicoterapéutico de los Trastornos Límite de la Personalidad*. *Clínica y salud*, 18(3), 347 – 361.

- Grant, B.F., Chou, P. S., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A., Pickering, M & Ruan, J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533 – 545.
- Hasler, G., Hopwood, C. J., Gitta, J. A., Brändle, L. S. & Schulte-Vels, T. (2014). Patient-reported outcomes in borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16, 255-266.
- Hermán, L. & Pechón, C. (2002) Taller de psicoeducación para familiares y allegados de pacientes con trastornos límite de la personalidad. Tesis Julio 2002, UBA.
- Hoffman, P. D. & Fruzzetti, A.E. (2007). Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9 (1), 68 – 73.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An Education, Skills and Support Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental health*, 16(1), 69-82.
- Kalpakci, A., Venta, A. & Sharp, C. (2014). *Beliefs about unmet interpersonal needs mediate the relation between conflictual family relations and borderline personality features in young adult females. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(11). doi:10.1186/2051-6673-1-11
- Kernberg, O & Foelsch, P. A. *Modelo de la Psicoterapia basada en la Transferencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia para el Niño y el Adolescente*, 51/52, 7 – 40.

- Knapp, P. & Beck, A. (2008). *Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 54 – 64.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. & Chanen, A. M. (2010). *Impulsivity in Borderline Personality Disorder: Reward-Based Decision-Making and its Relationship to Emotional Distress*. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 786–799.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. (2011). *Borderline Personality Disorder*. *The Lancet*, 377 (9759), 74 – 84.
- Linehan M (1993). *Skills training manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Espana: Paidós Ibérica.
- Matusiewicz, A., Weaverling, G. & Lejuez, C. W. (2014). *Emotion Dysregulation Among Adolescents with Borderline Personality Disorder* en Sharp, C. (ed) *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, 177 – 194.
- Meygoni, A. K. M. & Ahadi, H. (2012). *Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 35 (1), 230–236.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. & Swann, A. C. (2001). *Psychiatric Aspects of Impulsivity*. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Mosquera, D. (2009). *Trastorno límite de la personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM IV TR*. Centro Logpsic. Recuperado de: <https://www.trastornolimites.com/tlp/criterios-diagnosticos-trastorno-limite-de-la-personalidad-tlp>

- Mosquera, D., González, A. & Leeds, A. (2014). *Early Experience, Structural Dissociation, and Emotional Dysregulation in Borderline Personality Disorder: The Role of Insecure and Desorganized Attachment*. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(15).
- Ogrodniczuk, J. S. & Sierra Hernández, C. A. (2010). *Borderline Personality Disorder*. en J. H. Stone & M. Blouin (eds.) *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Recuperado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/223/>
- Paris, J. (2005). *Borderline Personality Disorder*. *Canada Medical Association Journal*, 172(12), 1579 – 1583. Doi: 10.1503/cmaj.045281
- Pechón, C. & Stoewsand, C. (2013). *Temas Básicos de psicología y entrenamiento en habilidades para familiares y allegados de personas con desórdenes de la regulación de emociones*. Buenos Aires: Foro,3-4.
- Rector, N. A. (2010). *Cognitive-behavioural therapy: an information guide*. Canada: Centre for Addiction and Mental Health.
- Rizvi, S., Dimeff, L. A., Skutch, J., Carroll, D. & Linehan, M. M. (2010). *A Pilot Study of the DBT Coach: An Interactive Mobile Phone Application for Individuals With Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder*. *Behavior Therapy*, 42(4), 589-600.
- Salsman, N. L. & Linehan, M. M. (2012). *An Investigation of the Relationships Between Negative Affect, Difficulties in Emotional Regulation, and Features of the Borderline Personality*. *Journal of Psychopathology and Behavior assessment*, 34, 260-267. doi: 10.1007/s10862-012-9275-8
- Sarmiento Suárez, M. J. (2008). *Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (1), 149 – 163.
- Soler, A., Pascual J.C, Soler J, Pérez,V., Armario, A., Carrasco,J., Sanz,A.,Villamarín,F.Borras,X. (2012) *Emotional responses to a*

*negative emotion induction procedure in borderline personality disorder.*  
International journal of clinical and health psychology,13 (1),9-17.

Sledge,W.,Plakun,E.M, Bauer,S., Brodsky,B., Caligor,E.,Clemens,N.A.,Deen, S.,Kay, J.,Lazae, S.,Mellman, L.A.,Myers,M.,Oldham, J., Yeomans,F.(2014).*Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies.* Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation,1-16.

Stanley, B. & Siever, L. J. (2010). *The interpersonal Dimension of Borderline Personality Disorder: Toward a Neuropeptide Model.* The American Journal of Psychiatry, 167(1), 24-39.

Stiglmayr, C., Stecher-Mohr, J., Wagner, T., Meißner, J., Spretz, D., Steffens, C., Roepke, S., Fydrich, T., Salbach-Andrae, H., Schulze, J. & Renneberg, B. (2014). *Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study.* *Borderline Personality Disorder an Emotion Dysregulation*, 1(20)

Whalley, H. C., Nickson, T., Pope, M., Nicol, K., Romaniuk, L., Bastin, M. E., Semple, S. I., McIntosh, A. M. & Hall, J. (2015). White Matter Integrity and its Association with Affective and interpersonal symptoms in Borderline Personality Disorder. *NeuroImage: Clinical*, 7 (1), 476 – 481.

## ANEXO. MODELO DE ENCUESTA A FAMILIARES.

### A. Evaluación del curso

1. ¿De cuál de los temas tratados quisiera Ud mayor información práctica?
1. ¿Cuál de los temas tiene más valor para Ud.?
2. ¿Cuál de los temas tiene menos valor ?
3. ¿Tiene sugerencias para cambios en las horas y duración del curso?
4. ¿Considera útiles los role-playing hechos en clase?

### A. Evaluación del material de lectura

1. ¿Qué relevancia le adjudica?
1. ¿Estaba claro?
2. Tiene Ud. alguna sugerencia?

### B. Evaluación de las coordinadoras

#### 1 Sugerencias y comentarios

### C. Efectividad del curso.

1. Observa Ud. Algún cambio a partir del curso en:
  - 1.1 Interacción Familiar
  - 1.2 Su propio comportamiento
  - 1.3 1.3 El comportamiento de su ser querido.
  - 1.4 ¿Recomendaría Ud. este curso a otras personas?
  - 1.5 ¿Le gustaría volver a hacer el curso?

