

Universidad de Palermo
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales



Trabajo Final Integrador

*“Análisis de Intervenciones del grupo de familiares de pacientes con
Desorden Límite de la Personalidad”*

Autor: Lucía Astudillo

Tutora: María Laura Lupano

1. INTRODUCCIÓN

Se llevaron a cabo las pasantías en una fundación que se dedica a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental.

Dicho lugar fue elegido luego de analizar las diferentes ofertas de instituciones, los horarios, actividades y fundamentalmente, los intereses y expectativas que se tenían sobre la residencia.

En la fundación , se trabaja con un modelo de tratamiento aplicado específicamente al Trastorno Límite de Personalidad (TLP), y en algunos casos al Trastorno Bipolar. La Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) es la teoría con la que abordan dichas patologías.

La institución cuenta con una amplia gama de actividades que enriquecieron la experiencia, tales como participar del grupo de entrenamiento en habilidades para pacientes con Desorden Límite, el grupo de familiares de pacientes con TLP, las reuniones de equipo, las supervisiones, los posgrados de Terapia Cognitiva y Terapia Dialéctica comportamental, charlas abiertas a la comunidad sobre diversos temas y la práctica de Conciencia Plena. Asimismo, todas las semanas se indicaban realizar tareas extras, dentro de las cuales se encontraban: pasar los papers a una base de datos, hacer los power points de las clases de los posgrados, buscar historias que transmitan algún mensaje para enviárselas a las pacientes, etc.

Durante el transcurso de las prácticas, se fue buscando definir el tema a desarrollar en el Trabajo Final Integrador. Resultó dificultoso concretarlo debido a la existencia de una gran cantidad de posibles cuestiones interesantes, con las cuales trabajar. Otra limitación era que luego de haber leído varios textos, se tenía la sensación de que lo más atractivo era lo relacionado al contexto social de las pacientes con el trastorno, especialmente el familiar. Sin embargo pasaron unos meses hasta que culminó el grupo de familiares que estaba en curso, y se pudo concurrir al próximo que se inició. Cuando éste hecho sucedió, se tuvo la certeza de que sería el tema elegido para trabajar.

Finalmente, se participó durante tres meses de dicho grupo, con el objetivo recabar el material suficiente para llevar a cabo el Trabajo Integrador Final.

2. OBJETIVOS

Objetivo general: analizar las intervenciones realizadas en el grupo de familiares de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad desde la Terapia Dialéctica Comportamental.

Objetivos específicos:

- Analizar las intervenciones psicoeducativas en el grupo de familiares que aumenten el entendimiento del trastorno de su familiar.
- Describir la enseñanza de habilidades destinadas a familiares de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad con el objetivo de incrementar la comunicación, la empatía y mejorar el vínculo.
- Evaluar si se manifiesta una disminución en la sobrecarga del familiar luego de completar los tres meses de duración del grupo.
- Evaluar si los miembros de la familia manifiestan cambios en su sintomatología psiquiátrica, a partir de concurrir al grupo durante los tres meses de duración.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ¿Qué es Desorden Límite de la Personalidad?

Para poder comprender todos los conceptos mencionados, se considera necesario definir brevemente que se entiende por Desorden Límite de la Personalidad. Existen numerosas formas de conceptualizarlo, pero en este caso, se lo hará desde los criterios del DSM IV. El mismo lo define como un patrón general de inestabilidad en la auto imagen, las relaciones interpersonales y la efectividad, caracterizado principalmente por una alta dosis de impulsividad, que comienzan frecuentemente en la edad adulta y se presentan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes de ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario

2. un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables. caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: auto imagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable
4. Impulsividad que es potencialmente dañina para si mismo.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva.
7. Sentimientos de vacío crónicos.
8. Ira intensa inapropiada e incontrolable.
9. Ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos severos.

El Desorden Límite de la Personalidad se presenta en el 2 % de la población general, siendo que tres de cada cuatro afectados son mujeres. Su comienzo suele remontarse a la adolescencia, perdurando durante la adultez, y mejorando en la cuarta década de vida, particularmente lo que serían las dificultades en el control de los impulsos. Este trastorno no discrimina por religión, clase social o raza (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Si bien no existen estudios contundentes que afirmen sobre si el Desorden Límite es hereditario, se refiere que la mayoría de las personas que lo padecen, tienen cinco veces más posibilidades que la población general, de tener algún familiar con igual trastorno u otros diagnósticos en el orden de lo afectivo tales como depresión, bipolaridad, entre otros (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

3.2 Terapia Dialéctica Comportamental

3.2.1. Características generales

La Terapia Dialéctica Comportamental (Dialectical Behavioral Therapy, DBT) surgió en el intento de crear un tratamiento para pacientes gravemente perturbados y multiproblemáticos, particularmente mujeres con tentativas de suicidio y auto lesiones. Linehan utilizaba la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y se encontraba con muchos conflictos tales como la dificultad en establecer una alianza terapéutica, así como la gran cantidad de

abandono de tratamientos por no encontrar el alivio esperado. Otro de los obstáculos era la comorbilidad con otros trastornos como pánico, adicciones, depresión, etc. Haciéndolo aun mas complicado de tratar (Manning, 2007).

El DBT comenzó siendo una modificación del tratamiento de TCC, utilizando técnicas dentro de las cuales se encuentran: entrenamiento en habilidades, asignación de tareas, escala de evaluación de tareas y análisis conductual. Pero aún así las pacientes seguían manifestando sentirse incomprendidas y subestimadas. La situación empezó a revertirse cuando fueron agregándose las estrategias de aceptación a las de cambio. Las mismas aumentaron la sensación de entendimiento por parte de los terapeutas y mejoraron el vínculo. El balance entre el cambio y la aceptación forman la dialéctica que le da el nombre al tratamiento (Manning, 2007).

Finalmente, DBT se convirtió en un tratamiento complejo que combina intervenciones cognitivas conductuales con prácticas de meditación oriental y mantiene aspectos comunes a enfoques psicodinámicos, gestalt, terapia centrada en el cliente, terapia paradójica y terapia estratégica. La filosofía dialéctica ejerce influencia sobre cada elemento del DBT, tanto, como ya se ha dicho, en las técnicas de cambios y aceptación, así como en el estilo del terapeuta siendo por momentos irreverentes, y por otros, cálido y sensible (Linehan, 1993a).

El tratamiento integral aumenta las capacidades y la motivación al cambio, promueve a que las habilidades adquiridas se generalicen al contexto natural, incrementa la eficacia y motivación del terapeuta y estructura el ambiente. Dichas funciones se llevan a cabo en diferentes modos de ofrecer el servicio dentro de los cuales se encuentran, el aprendizaje de habilidades de regulación emocional, tolerar el malestar cuando el cambio es lento o difícil de ocurrir, efectividad en los conflictos interpersonales, y el control de la atención para poder participar de forma activa en el momento presente. Dichas cuestiones se trabajan de forma cooperativa en la terapia individual, y se profundizan en el grupo de entrenamiento en habilidades. Se le suman de ser necesario, la consulta telefónica y la medicación (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991).

El foco principal de la terapia consiste tanto en enseñarle al paciente a validarse así mismo como a cambiar. Su objetivo es ayudarlo a comprender que

sus conductas pueden ser apropiadas y válidas, y a la vez, disfuncionales y necesarias de ser cambiadas (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991).

3.2.2 Conciencia Plena

Una de las habilidades centrales en DBT que la distinguen de cualquier otra teoría es la práctica de la Conciencia Plena o *Mindfulness*. Es un entrenamiento de la función de la atención orientándola al momento presente. Incluye observar y atender sin emitir juicios de valor, describir los hechos o experiencias de una situación y participar activa y completamente de la actividad, prestándole atención a una cosa por vez y focalizándola en las conductas eficaces más que en las correctas. Se puede aplicar tanto a sucesos corporales como mentales (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000).

Es necesario diferenciarla de la meditación, la cual es una de las tantas prácticas, y consiste en aquietar el cuerpo y prestar atención a la entrada y salida del aire. En cambio, la conciencia plena es una actividad que se puede hacer *haciendo*. Se la puede llevar a cabo lavando los platos, almorzando, caminando, entre otras cosas (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby & Lau, 2000).

Ma y Teasdale (2004) establece que puede practicarse en cualquier tipo de espacio, y es recomendable hacerlo en la psicoterapia e incluso, en la vida personal tanto de los pacientes como de los terapeutas. *Mindfulness* es un recurso válido para reducir el estrés, trayendo excelentes beneficios en la salud.

3.2.3 La filosofía dialéctica

A modo de comprender aún mas el DBT se desarrollará brevemente la Filosofía Dialéctica, dado que es lo diferencia radicalmente de la Terapia Cognitiva Conductual.

Gagliesi (2007) plantea que esta filosofía existe desde hace miles de años por la tradición budista Zen. En este contexto, la realidad consiste en oposiciones, fuerzas polares que se encuentran en permanente tensión. Cada polaridad está incompleta en sí misma y se mueven hacia una síntesis, la cual se convierte en una nueva dialéctica. De aquí es donde surge en DBT la dialéctica de Aceptación y Cambio. Esto indicaría que tanto focalizar exclusivamente en

una u otra son estrategias incompletas por sí solas. Este modo de pensar influye en el estilo de los terapeutas, debido a que continuamente en la práctica están pensando en ambas fuerzas, sea para trabajar con los pacientes como con los familiares.

El DBT hace hincapié en el uso del movimiento, la velocidad entre sesiones, la variación del estilo y la intensidad. El terapeuta debe ser cálido e irreverente, tolerar el incremento de la intensidad de las emociones y aumentar el tono cuando disminuye inhibitoriamente (Gagliesi, 2007).

3.2.4 Influencia del Conductismo en DBT

Se considera relevante destacar brevemente el rol que juega el Conductismo en la Terapia Dialéctica Comportamental. El mismo refiere a una serie de estrategias o principios utilizados para incrementar las conductas deseadas y reducir aquellas indeseadas tanto en uno mismo como en los demás. Dicha teoría toma muchos principios conductistas para desarrollar el tratamiento y cumplir los objetivos.

Se utiliza fundamentalmente para poder modificar conductas disfuncionales y no deseadas y aumentar aquellas que serán más efectivas para la persona. Los *reforzadores* son consecuencias que resultan en un aumento de la conducta y proveen información sobre lo que se busca que la persona haga. Se deben seleccionar en función de la motivación del paciente (Linehan, 1993b).

Dentro de los mismos, se pueden distinguir los *positivos* los cuales incrementan la frecuencia de la conducta al proveer una consecuencia recompensante, sea un elogio, una felicitación, un regalo, y los *negativos* los cuales aumentan la frecuencia de las conductas quitándole una consecuencia negativa como por ejemplo tomar una aspirina para deshacerse del dolor de cabeza, generando un alivio. Se considera fundamental desde el DBT, tomando dichos conceptos, estimular al paciente a autoreforzarse en las ocasiones que considere propicio, como una forma de ser agradecido con uno mismo (Linehan, 1993b).

Otro principio conductista que Linehan (1993b) considera tener en cuenta y utilizarlo en el tratamiento es el *modelado* el cual indica reforzar pequeños pasos que llevarán a la conducta deseada, al objetivo último. Es especialmente importante debido a que las pacientes con Desorden Límite tienen

serias dificultades en cumplir con sus metas, con llevar a cabo lo que se proponen. A eso se le suma el juicio de valor del entorno que descalifica su comportamiento por no ser el buscado, en lugar de valorar el acercamiento a conductas más efectivas.

Asimismo, se utiliza la *extinción* al negar el reforzamiento con la intención de disminuir la frecuencia de una conducta. Es fundamental, que paralelamente se refuerce conductas más adaptativas que el individuo esté realizando. Otra de las opciones es el *castigo* siendo una consecuencia aversiva que repercute en la conducta, disminuyéndola. Va a resultar efectivo si se utiliza para cuestiones específicas, limitadas en el tiempo y apropiadas para el daño hecho. Se debe tener en cuenta que el castigo no enseña conductas nuevas, y puede llevar al auto castigo (Linehan, 1993b).

3.3. Etiología. Teoría Biosocial de la Personalidad

Linehan (1993a) plantea que la Terapia Dialéctica Comportamental, modelo creado específicamente para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, encuentra sus fundamentos teóricos en la Teoría Biosocial de la Personalidad.

Según esta perspectiva, en relación al Desorden Límite, se podría establecer que los síntomas y conductas de dichas personas, se explicarían por la *desregulación emocional*. La misma sería el resultado de una alta *vulnerabilidad emocional*, de origen biológico, que dificultaría el control de las emociones, y un *ambiente invalidante*. Es decir, surgiría de la particular forma de interacción entre estas dos variables a través del tiempo en la vida de las personas (Linehan, 1993a).

Para definir la Vulnerabilidad emocional, es necesario referirse a una gran sensibilidad a los estímulos emocionales, una muy intensa respuesta y un lento retorno a la calma, a su nivel basal, luego de la activación (Gottman & Katz, 1989).

Es frecuente que se activen emociones en situaciones en las que no es esperable que aparezcan, produciendo una respuesta más fuerte de lo predecible y siendo muy lento el retorno a la calma. Durante estos momentos el dolor es vivido como insoportable, sintiendo la necesidad de serenarse de forma inmediata, provocando las llamadas Conductas Problemas. La ideación suicida,

las conductas autolesivas y los intentos de suicidio pueden ser concebidos como un intento de solución a un problema, siendo muchas veces formas exitosas en el corto plazo en la resolución de ese conflicto. En general producen alivio, lo que aumenta la probabilidad de que la conducta vuelva a producirse (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

En cuanto al ambiente invalidante, se considera a un contexto en el que recurrentemente se responde de forma inapropiada a las demandas de una persona, donde existe una discrepancia marcada y persistente entre las experiencias privadas del individuo y aquello que los otros hacen o interpretan de esas vivencias (Linehan, 1993a).

En un ambiente validante óptimo el individuo es tratado de forma tal que fomenta las respuestas efectivas y que les permiten alcanzar sus objetivos. Se considera a la persona como relevante y significativo y se le valida las reacciones emocionales válidas e invalida las invalidas (Linehan, 1993a).

Hoffman y Mcglashan (2003) plantean que existen vulnerabilidades genéticas que predisponen a la persona a desarrollar el trastorno. De igual manera los problemas prenatales y postnatales pueden generar cierta anormalidad en el cerebro, produciendo desordenes neuro-comportamentales. Asimismo, el entorno, que incluye a los padres y se extiende hacia la familia en general, los amigos, la comunidad en la que viven, puede agravar y amplificar las vulnerabilidades a través de diferentes formas de maltrato.

Muchas de las personas con TLP se caracterizan por haber padecido un abuso emocional en su desarrollo temprano, consistiendo en las fallas por parte de las figuras paternas al brindar protección y cuidado, al satisfacer las necesidades del niño. Los mismos han sido tratados de forma inconsistentes generándole pensamientos y sentimientos ambivalentes (Hoffman & Mcglashan, 2003).

Linehan (1993a) afirma que los ambientes invalidantes son un componente necesario para el desarrollo de muchas de las características del Trastorno Límite de la Personalidad. En dichos entornos, las experiencias penosas para la persona, son trivializadas, disminuidas e incluso, atribuidas a características negativas del individuo, siendo castigadas y criticadas. Se le resta importancia a los pensamientos, emociones y preferencias de la persona. La

enseñanza de habilidades de regulación emocional es inadecuada y en cambio, se producen aprendizajes disfuncionales.

Este tipo de ambientes puede potenciar la vulnerabilidad biológica. Se produce una falla al confirmar las experiencias individuales y son incapaces de transmitir que tipo de repuestas que pueden ser efectivas para alcanzar sus objetivos. Consideran las reacciones incorrectas, patológicas e incluso que no deben ser tomadas seriamente. Este hecho conlleva a sobresimplificar la resolución de problemas, generando que este ambiente no logre enseñar al individuo a tolerar el estrés y formarse metas alcanzables. Del mismo modo, al castigar la expresión de emociones negativas, y solo responder a ellas cuando se cometen actos extremos tal como las autolesiones, el individuo aprende a oscilar entre la inhibición emocional y la comunicación extrema de sus emociones (Linehan, 1993a).

De esta manera, las personas con TLP comienzan a invalidar sus propias experiencias y a buscar en el entorno las señales para saber como deben sentirse o pensar. La principal consecuencia del ambiente invalidante es castigar las conductas autogeneradas, las cuales refieren a respuestas individuales únicas no censuradas que no están bajo control de las consecuencias sociales aversivas (Linehan, 1993a).

Sarmiento Suárez (2008) establece que en cierta forma, el Desorden Límite es un trastorno *vincular*, siendo característico en él, la inestabilidad en las relaciones interpersonales, causando un malestar significativo en su entorno, el cual, al estar expuesto a las conductas frecuentes de estos pacientes pueden, sin saberlo y sin quererlo, transformarse en parte del problema.

Este tipo de ambiente, denominado invalidante, puede favorecer la desregulación de las emociones, debido a que fracasa en enseñarle al individuo a ponerle nombre a sus emociones, a modular la activación, a tolerar el malestar y a tener confianza en sus propias respuestas emocionales, las cuales son validas frente a las interpretaciones que realizan de los eventos (Sarmiento Suárez, 2008).

3.3.1. Características de familias de personas con Desorden Límite

En relación a las familias de personas con Trastorno Límite de la Personalidad, Apfelbaum y Gagliesi (2004) describen tres tipos de familias:

1. Familias caóticas: existen problemas severos tales como patología psiquiátrica en alguno de sus miembros, violencia física o verbal, abuso sexual, padres ausentes que destinan poca atención y tiempo a sus hijos. Las necesidades de ellos, son constantemente invalidadas e ignoradas.

2. Familias perfectas: los padres no pueden tolerar la expresión de emociones negativas de sus hijos. No logran comprender porque no pueden regular sus emociones, y confían que “con voluntad” pronto las dificultades desaparecerán. Puede deberse al haber sido exigidos previamente en otras instancias, y temen no educar bien a sus hijos, si consienten todas sus conductas provenientes de su temperamento difícil.

3. Familias típicas: en esta ocasión, los niños con temperamentos difíciles de calmar, y problemas de atención, suelen desorganizar y sobrepasar los recursos de los padres, que en otras circunstancias podrían ser efectivos.

Para continuar con las cuestiones respecto a las familias de personas con Desorden Límite, Herta Guttman (2002) plantea en uno de sus estudios que existen una gran cantidad de casos en los que ocurren historias de abuso sexual, físico o psíquico.

Clarkin, Marziali y Munroe- Blum (1991) indican que de veintiún pacientes con Desorden Límite, catorce han sido abusados sexualmente, y que aquellos que hayan pasado tanto por abuso sexual como psíquico, manifiestan un mayor nivel de intensidad en los síntomas del trastorno tales como las autolesiones. Del mismo modo son ellos de quienes existen más casos de abuso de sustancia, alucinaciones recurrentes, despersonalización, desrealización y daño a sí mismos, que quienes no han sido abusados.

De igual manera, *Bradley, Jenei, y Westen (2005) sostienen mediante un estudio sobre la etiología del Desorden Límite de la Personalidad, que el abuso sexual y psíquico por parte de los padres, tienen correlación directa con la adquisición del trastorno, a lo que se le suma con una notable influencia en el mismo, la presencia de psicopatología en algún familiar, indicando vinculación directa con los síntomas del TLP.*

Asimismo, Guttman (2002) establece que se evidencian falta de cuidado, protección y dedicación por parte de los padres, en edades tempranas de sus hijos. Otro dato a destacar fue las evidencias de que dichos familiares podrían

presentar Alexitimia – incapacidad de reconocer sus propios sentimientos y de no poder ni saber responder a las emociones de los demás- lo que podría contribuir a los comportamientos extremos de sus hijos como una forma de ser entendidos.

Del mismo modo, estas experiencias en la infancia podrían generar altos niveles de malestar en el niño, quién aprende mecanismos desadaptativos, llevándolo a padecer síntomas disociativos o Alexitimia (Guttman, 2002).

Existen muchos casos de relaciones conflictivas entre las pacientes y sus respectivos padres. Puede deberse como se dijo previamente, a la falta de cuidado y dedicación, así como también a la sobreprotección, particularmente en la madre, generando a sus hijas una sensación de ahogo o de ser percibidas como incapaces para resolver sus problemas. Otro factor que se visualiza frecuente en la familia de las personas con Desorden Límite es una separación escandalosa de los padres en edades tempranas, o en la adolescencia, períodos que marcan fuertemente, y pueden repercutir en la génesis del trastorno (Clarkin, Marziali & Munroe- Blum, 1991).

Otro de los factores que en diferentes estudios se puede traslucir es la presencia de psicopatología severa en las familias de las personas con Desregulación Emocional, particularmente en alguno de los padres o en ambos. Dentro de la sintomatología se encuentran casos de alcoholismo, drogadicción, depresión, bipolaridad, trastornos de ansiedad, psicosis, entre otros. Se estima que puede ser en gran parte causa de la manifestación del trastorno en sus hijos (Bradley, Jenei, EdM, & Westen, 2005).

Asimismo, la familia tiene dificultad de proveerle al adolescente que sufre la patología, un contexto en el cual pueda forjar una identidad segura y firme. En ese período, por falta de recursos, las familias se convierten en defensivas y regresivas. Cuando en ciertas familias, los miembros son pobres en su individualidad, y existen disrupciones emocionales en uno de ellos, repercute en todo el sistema familiar. De ahí la importancia de trabajar con la familia en su conjunto, incluirlos en el tratamiento (Clarkin, Marziali & Munroe- Blum, 1991).

Otras de las características que se pueden traslucir en dichas familias, es la dificultad en la comunicación clara, en la negociación de las formas de convivencia. Viven de forma desorganizada y caótica, siendo inefectivos en la resolución de problemas, y en mantener sus vínculos de manera sólida. Se considera necesario que los terapeutas que diagnostican de forma individual a sus

pacientes, tengan en cuenta el contexto que los rodea y como el mismo, influye en la génesis del trastorno (Guttman; 2002).

3.3.2. El nivel de Sobrecarga familiar

El concepto de carga surge en la década del sesenta, cuando Grad y Sainsbury (1963) se comenzaron a investigar cómo afectaba a la familia y a la vida cotidiana, la convivencia con pacientes psiquiátricos. Posteriormente, se produce el interés de evaluar los efectos de la misma, poniendo de manifiesto las dificultades conceptuales en torno al término “carga”, originando una diferenciación entre *carga objetiva* y *carga subjetiva* (Montorio, Izal, López & Sánchez, 1998). La carga objetiva se refiere a la dedicación y el desempeño del rol de cuidador y se vincula fundamentalmente con variables del paciente y con las características tales como el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresante. A su vez, la carga subjetiva se ha definido como las actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas (García, Mateo y Maroto, 2004).

En cuanto al modelo cognitivo-conductual del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986), la carga es vista como la evaluación que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol y capacidad como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas. Siguiendo este enfoque, Zarit (1980) diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ), uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la carga subjetiva del cuidador. Se ha comprobado a lo largo de diferentes estudios, que los cuidadores con mayor nivel de carga, muestran peor autopercepción de salud y mayor probabilidad de tener trastornos emocionales.

3.3.3. Eficacia del DBT con las familias de pacientes con TLP

Si bien existen muchos estudios acerca de la efectividad del DBT en el tratamiento de pacientes con Desorden Límite de la Personalidad, no hay tal cantidad en cuanto al trabajo con los familiares de los mismos. Sin embargo, Hoffman, Fruzzetti y Swenson (1999) han realizado una investigación acerca de la importancia de que se equipare la terapia individual de los pacientes, con el

grupo de familiares. Lo mencionado se debe a que se ha estudiado mucho el primer componente, el cual según la Teoría Biosocial, forma parte de la etiología del trastorno, es decir, la Vulnerabilidad Emocional. Pero no de igual manera, se ha trabajado con el Ambiente Invalidante.

A lo largo del estudio concluyeron que se debe abordar con la familia tanto las cuestiones psicoeducativas como las vinculadas a las relaciones interpersonales con su ser querido. Hoffman, Fruzzetti y Swenson (1999), llegaron a la conclusión que los mismos familiares, luego de recibir los conocimientos por parte de los profesionales, han manifestado un cambio y una mejoría en sus vínculos. Muchos de ellos, expresaron que haber pasado por grupos de familiares de pacientes con TLP, les brindó una oportunidad de encontrar una nueva forma de comunicarse con su familiar, y de adquirir una mejor calidad en sus relaciones interpersonales. En su mayoría, sintieron un impacto positivo en sus vidas, que les permitió encontrar una nueva manera de interactuar, generando un cambio tanto en el paciente con la patología como en la familia en su conjunto.

3.4. La validación en psicoterapia

Para poder desarrollar un poco más el concepto de ambiente invalidante, se considera relevante definir con mayor precisión la noción de Validación.

La misma consiste en un acto profundo de aceptación de las emociones de los demás, evitando juicios, consejos o ideas de cambio. Se corresponde a reconocer las respuestas emocionales del otro como auténticas y legítimas. Incluye gestos y palabras que expresen que sus sentimientos son importantes. Se lleva a cabo mediante la escucha con atención a lo que la otra persona dice, la observación y la empatía. No significa que para validar, haya que estar de acuerdo ni entenderlo, simplemente es aceptar (Gagliesi, 2007).

La validación no es dar alabanzas, consuelos ni soluciones. No es necesario entender ni comprender lo que la persona está sintiendo para validarle, la respuesta emocional es subjetiva, y no implica tener la misma forma de responder para validar su respuesta (Gagliesi, 2007).

Linehan (1993a) establece que a lo largo de las investigaciones descubrieron que cuando los terapeutas le otorgan la misma relevancia a la

validación que al cambio, las personas y pacientes en particular, se manifiestan más colaboradoras y con menos probabilidades a abandonar el tratamiento.

Los terapeutas pueden y deben validar las emociones de sus pacientes, encontrar el grado de verdad en lo que el paciente dice y hace por más descabellado que parezca, lo que no implica que consideren correctas las conductas o pensamientos de los mismos (Linehan, 1993a).

Se debe descubrir la validez dentro de la respuesta del paciente, amplificarla y reforzarla. Buscar el grano de sabiduría y autenticidad. Aceptarlo activamente, y comunicar dicha aceptación (Linehan, 1993a).

La validación adquiere relevancia debido a que le comunica al paciente que sus conductas tienen sentido y se corresponden con el contexto actual. Promueve a que logre entender sus acciones, emociones, pensamientos y reglas implícitas. Por el contrario, la desconfianza y la invalidación tanto sea autogenerada o proveniente de los otros, es extremadamente aversiva. La invalidación puede generar enojo, miedo, vergüenza, o una combinación de las mismas (Linehan, 1993a).

Marsha Linehan (1993a) sostiene que se pueden distinguir tres pasos para poder validar:

1. Observar activamente: obtener información sobre que es lo que le ha sucedido o le está sucediendo al paciente. Escuchar y observar que está sintiendo, pensando y haciendo. Para poder llevarlo a cabo, se debe despojarse de prejuicios, teorías y sesgos personales que van a obstaculizar la observación.

2. Reflejo: se debe ser capaz de reflejar exactamente las emociones, pensamientos y comportamiento del paciente. Para realizarlo es esencial mantener una actitud no juiciosa. Se requiere de una empatía precisa. Se trata de comunicarle que se lo está escuchando y comprendiendo. Al reflejar, muchas veces, se le dice a la persona lo que siente pero tiene miedo de decir o admitir. Puede ayudar a identificar, describir y etiquetar sus propios patrones de respuesta y convertirse en una forma poderosa de validación.

3. Validación directa: se busca y refleja la sabiduría en la respuesta del paciente, se le comunica que su conducta es comprensible. Sus acciones, pensamientos y emociones se corresponden y adquieren sentido con el contexto en el que se llevan a cabo. La respuesta se adapta al entorno. Si solo hay una pequeña porción de la respuesta que es válida, se trabaja a partir de ahí.

3.4.1. Niveles de validación

Existen muchas formas de validar , dentro de las cuales se encuentran ver y escuchar al otro, observar el cuerpo, los gestos, el contexto, escuchar el tono de voz y el contenido, poner toda la atención a la persona que se tiene en frente. Aceptar con mente abierta todo lo que siente el otro. Limitar reacciones defensivas de uno mismo, muchas veces los pacientes acusan e insultan, y existe un impulso muy fuerte por defenderse, pero no es efectivo. Se debe tener en cuenta que dichos agravios vienen de la ira, no de la persona, y para poder ser eficaz, se debe tratar el enojo con la validación. Otro de los niveles sería identificar la emoción del otro y ponerla en palabras, de forma respetuosa y calida. Dar una respuesta empática, sin aconsejar. Hablarle con cariño y respeto, evitando la tentación de dar consejos lo cual es un hecho invalidante, es creer que el otro no tiene la capacidad para resolver sus propios problemas. Acompañar al otro, ofrecerle lo que se percibe que la persona necesita, si no se está seguro preguntarle (Gagliesi, 2007).

En consecuencia a lo antemencionado, se cree necesario expresar la importancia de la Validación en las familias de personas con Trastorno Limite de la Personalidad, para que dicho ambiente deje de ser invalidante y colabore con el tratamiento.

Gagliesi (2007) afirma que validar es relevante debido a que fomenta la comunicación, construye confianza, aumenta el auto estima, disminuye la sensación de aislamiento, promueve la aceptación de los propios sentimientos de esas personas, y en especial, en los momentos de crisis, validando, se baja la activación emocional del individuo con Desorden Límite.

Debido a todo eso, se plantea que a partir de la Psicoeducación y el entrenamiento en habilidades, se va a transmitir a los familiares que es la validación y como se hace para llevarla a cabo.

4.5. La Psicoeducación en la familia

3.5.1. Definición de Psicoeducación

Apfelbaum y Gagliesi (2004) mencionan el surgimiento de un cambio en la perspectiva del rol de la familia en el Trastorno Borderline. Han dejado de ser observados como “pacientes colaterales” para asumir una función mas activa,

convirtiéndose en “asistentes colaterales” del tratamiento. Para poder fomentar a que los familiares cooperen con la evolución del paciente, es imprescindible la Psicoeducación.

La Psicoeducación es, esencialmente, la democratización del saber, como motor que acelera el cambio. Promueve un aumento de la comprensión del trastorno, brindándole mayor efectividad a la hora de manejar ciertas situaciones con el familiar con Desorden Límite. Proveer información sobre la enfermedad, modifica el vínculo entre profesionales, pacientes y familiares. Permite un vocabulario en común y un acuerdo de objetivos del tratamiento (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Asimismo, al proporcionarle mayor conocimiento, se les otorga la posibilidad de ejercer cierto control o dominio, inculcando la idea de que algo pueden hacer para ayudar a su ser querido y mejorar su propia vida (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

3.5.2. Calidad de la información

Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti y Bruce (2003) llevaron a cabo una investigación acerca de la correlación entre el conocimiento acerca del trastorno que tienen las familias de pacientes con TLP y el nivel de carga, malestar y depresión que manifestaban dichos familiares. Por el contrario a lo esperado, los resultados expresaron que quienes se encontraban más informados, eran los que inferían padecer en mayor medida la patología de su ser querido. Debido a la sorpresa, se indagó en las posibles causas de dicha situación.

Se pudo observar que no solo hay que tener en cuenta si las personas poseen información, sino que además es fundamental, distinguir de donde la obtienen, de que forma se la brindan y que contenidos. En dicho estudio, se concluye que es posible que la comunidad no se encuentre bien informada acerca de lo que es el Desorden Límite de la Personalidad, y se carezca de profesionales que puedan hablar de forma comprensible para la familia, dedicándole el tiempo que se requiera para incorporar el conocimiento de manera apropiada (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti & Bruce, 2003).

Se considera interesante haberlo mencionado brevemente, debido a que no solo es relevante la psicoeducación, y se sigue pensando que es

imprescindible para el mejor funcionamiento de la familia, sino que también se debe tener en cuenta la el contenido, el modo y el lugar donde se brinda.

3.5.3. Importancia de Psicoeducar

Las personas con Desorden Límite, muchas veces, poseen sentimientos e ideas incongruentes y contradictorias, que los llevan actuar en ciertas situaciones de forma tal, que es casi imposible para los familiares y allegados predecir su comportamiento. Ellos perciben el mundo como peligroso, manteniéndose en estado permanente de alerta y defensa. Al mismo tiempo se sienten vulnerables e impotentes, vacilando entre la autonomía y la dependencia. Paden un dilema crónico entre el rechazo hacia los otros, y la necesidad de contar con su apoyo y presencia (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Clarkin, Marziali y Munroe- Blum (1991) sugieren el uso de las intervenciones psicoeducativas a las familias de pacientes con Trastorno Límite. El estudio de casos de historias familiares en las que se encuentra dicha patología, ha sido usado para describir dos tipos de reacciones distintivas por parte de la familia: la falta de habilidad para entender y responder empáticamente a las necesidades y sentimientos de sus hijos, o un padre con Desorden Límite que toma a su hijo como fuente de proyecciones y realidades distorsionadas. Intervenir en las familias puede ser útil para activar las funciones protectoras que tienen los padres saludables.

Del mismo modo en que la familia se la puede considerar como una gran herramienta que debería contribuir en la mejora del familiar con Desorden Límite, también es la familia, la que padece cotidianamente dicho trastorno. Constantemente, éstas personas se hayan expuestas a las conductas del paciente, y sin tener las intenciones, comienzan a formar parte de la patología. Usualmente, toman los comportamientos del ser querido, como una cuestión personal, asumiendo la culpa y la responsabilidad del sufrimiento, sintiendo que no pueden hacer nada para revertir la situación. Sentimientos tales como la furia, la depresión, el aislamiento se hacen cada vez más intensos. Realizan intentos inapropiados por solucionar los problemas, y a largo plazo, terminan reforzando las conductas desadaptativas de la persona con Trastorno Límite. El nivel de

sobrecarga que padecen a diario, aumenta el malestar familiar, impidiéndoles ser efectivos en las interacciones (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Por el contrario, también sucede que la ira y las conductas impulsivas de las pacientes, son leídas por la familia, como agresivas y manipuladoras, produciéndoles un intenso dolor. Volviéndose “invisibles” los sentimientos de temor, desesperación, inadecuación y falta que se ocultan en dichos comportamientos. Esto mismo, forma un círculo que se retroalimenta, llevándolos a responder de forma invalidante, desestimando la experiencia interna de la persona con Desorden Límite (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

En estos casos, es sumamente útil ayudar a la familia a distinguir entre la verdadera intención de una conducta, y sus efectos. No siempre es exacta la interpretación que se realiza de los hechos, con la intención real por la que fue llevada a cabo por otra persona. En DBT no se consideran las conductas desadaptativas de los pacientes como manipuladoras, sino como formas inadecuadas de aliviar su malestar, y esta idea se debe dejar bien en claro en los grupos de familiares (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

3.5.4. Manejar los disparadores

En cuanto a lo antemencionado, se considera relevante conectarlo con los denominados *disparadores*. Se le atribuye ese nombre a ciertas situaciones que producen una reacción intensa y automática, generalmente causando malestar. Es importante tener en cuenta, que si se logran identificar los eventos que disparan estas reacciones, es más fácil poder anticiparlas e intentar que se vuelvan controlables. Es fundamental comprender que estas conductas no están dirigidas al familiar de forma intencional, sino que son parte del problema, es necesario despersonalizarlos. Una manera de psicoeducar a los familiares es enseñarles a reconocer estos disparadores para poder afrontar las situaciones conflictivas de forma más eficaz (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Dentro de dichos eventos se pueden encontrar el percibir un abandono, sentirse invalidado o criticado, vivenciar momentos donde el otro es el centro de la atención, sentirse estigmatizado etiquetado, sentir que los demás son

impredecibles generándole inseguridad (Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman & Kriwet, 2007).

Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman y Kriwet (2007) plantean que es crucial que la familia aprenda a comunicarse de *manera validante*. Dar una respuesta invalidante puede activar una emoción intensa y dolorosa desencadenando una crisis. Asimismo, el responder de dicha forma ante la crisis puede empeorar la situación. Tratar a su ser querido con validación es evitar ser el disparador de su malestar.

Si la forma de responder de los familiares es ineficiente o deficiente, las intervenciones familiares deben focalizarse en la enseñanza de habilidades a los padres. De esta forma, junto a la combinación con la terapia individual, se logra explicitar los objetivos acerca de disminuir la contribución por parte de dicho ambiente invalidante a la patología de sus hijos y a la interferencia en el tratamiento (Clarkin, Marziali & Munroe-Blum, 1991).

4.5.5. Entrenamiento de habilidades

Stoewsand y Pechon (2008) plantean que además de la Psicoeducación es fundamental para trabajar con los familiares y allegados es el Entrenamiento en Habilidades dentro de las cuales se encuentran:

- **Conciencia plena:** sobre la cual se ha mencionado anteriormente e incluye el observar todo lo que ingresa por los sentidos, describirlo, ponerlo en palabras y participar activamente de las experiencias. Se considera relevante la enseñanza de esta habilidad debido a que existe evidencia científica que demuestra que la conciencia plena produce una disminución de las emociones negativas y el estrés, aumentando la percepción y el aprendizaje. Para los familiares que tanto malestar padecen a causa del trastorno de su ser querido, puede ser una herramienta sumamente útil para generarle mayor bienestar.

- **Validación:** es otra de las habilidades que ha sido mencionada en varias ocasiones y por eso se le hará referencia brevemente. Se considera necesario enseñar a validar a los familiares de pacientes con Desorden Límite de la Personalidad debido a que fomenta la comunicación, construye confianza, genera auto-estima, disminuye la sensación de aislamiento, alienta a que el otro experimente y acepte sus sentimientos y fundamentalmente, baja la activación del

otro. Esto último es relevante dado que disminuiría las posibilidades de que palabras, gestos, conductas que realices puedan generar o aumentar la intensidad de una crisis. Validar en momentos de emociones intensas puede ser clave para mejorar la situación o al menos no empeorarla.

- Relaciones interpersonales: esta habilidad se le enseña para aumentar la efectividad interpersonal, problema que los pacientes con Trastorno Límite padecen en su mayoría. Los factores que la reducen pueden ser la carencia de la habilidad, las preocupaciones que manifiestan, sus propias emociones, la indecisión y el ambiente. Para las familias es fundamental debido a que les resulta útil para relacionarse de manera más funcional. Dentro de las técnicas se encuentra el DEAR MAN como una de las principales, la cual sirve para realizar pedidos de manera efectiva y cuando se desea decir que no poder mantener una postura segura ante esa decisión.

- Técnicas conductuales para cambiar conductas: utilizando conceptos mencionados anteriormente tales como el reforzamiento positivo y negativo para aumentar comportamientos o el castigo y la extinción para disminuir las respuestas indeseadas. Es fundamental que la familia distinga que conductas deben ser reforzadas y cuales extinguidas, dado que en muchas ocasiones se les dificulta el reconocimiento de las mismas.

- Estrategias de resolución de problemas: las habilidades para resolver problemas suelen ser sumamente útiles para los familiares, debido a que muchas veces, su ser querido reconoce el problema pero no sabe como solucionarlo. Es importante que la familia sepa que puede ayudarlo a resolverlo, pero no debe hacerlo por él. Asimismo, puede ocurrir que el individuo no reconozca sus problemas, lo cual la familia debe entender que plantearse es un proceso largo y lento, que requiere de paciencia. Es fundamental que manifieste un conflicto por vez. La estrategia de resolución de problemas se lleva a cabo a través de diferentes etapas, las cuales serían la Orientación hacia el problema, la Definición y formulación del problema, la Búsqueda de alternativas, la Toma de decisiones y la Ejecución y Verificación de las soluciones.

- Límites personales: los mimos refieren a lo que se puede tolerar de los demás, lo que se está dispuesto a hacer por otras personas de acuerdo con las necesidades individuales de cada uno. Es fundamental en las familias de

pacientes con Desorden Límite que aprendan a marcar cada miembro sus propios límites. En las relaciones familiares algún individuo puede ejercer tal presión sobre los límites de los otros que la motivación para ayudarlo de forma efectiva se ve disminuida. Cuando estas conductas son vistas por el familiar con extrema compasión se ignoran los propios límites personales, teniendo la creencia que cuando su ser querido mejore esos comportamientos desaparecerán. Por el contrario, puede ocurrir que un familiar como es el caso de los hermanos del paciente con el trastorno, tenga una respuesta de extremo rechazo, teniendo límites rígidos que impidan la colaboración con su ser querido.

La idea es que cada miembro de la familia se de cuenta de la situación antes que esos límites sean sobrepasados, que preste atención a las señales tales como la incomodidad, ira, frustración. Es importante que los allegados puedan comunicarlos de forma honesta y directa, aclarando sus deseos de satisfacer las necesidades de su ser querido.

A veces, debido a ciertas situaciones los familiares deben ampliar sus límites de forma temporal, y buscar ayuda profesional cuando se esté al borde de la resistencia, como por ejemplo en una crisis se flexibilizan, manifestando que una vez que pase, se volverá a la pauta establecida. Es útil combinar gestos cariñosos, validación y resolución de problemas junto al cumplimiento de los límites.

- Tolerancia al malestar: estrategia que indica como afrontar conductas de riesgo ante las personas con Desregulación emocional que presentan amenazas, ideación o conductas suicidas. Las familias necesitan tener un plan de acción ante estos casos para enfrentarlos de manera efectiva. Se les plantea que es necesario en esos momentos, hablar abiertamente del tema con su ser querido, de lo que sienten y piensan, preguntar que es lo que quisieran hacer, acompañar con validación y guiarlos en la resolución de problemas. No reaccionar con pánico o críticas. En caso de que el malestar aumente, deben comunicarse con el terapeuta.

- Aceptación radical: esta estrategia es de vital importancia para lograr efectividad en el vínculo con el familiar que padece el trastorno. Aceptar implica ver como son las cosas en este momento presente, siendo muy difícil cuando lo que sucede no es agradable ni deseado. Asimismo, no significa resignarse ni abandonar los deseos de cambiar. Aceptar refiere tener la voluntad

de ver las cosas tal como son, generando cierta efectividad en cada situación de la vida. Se busca intentar despojarse de los prejuicios, miedos y expectativas, los cuales impiden ver la realidad tal cual es. La liberación del sufrimiento requiere una Aceptación Profunda, dejar de luchar contra lo real. El dolor crea sufrimiento solo cuando existe una negación del mismo.

El aceptar implica una elección, un compromiso interno. Es tener buena disposición ante las situaciones.

Se debe trabajar arduamente con los familiares para que adquieran esta habilidad. La mayoría de ellos están muy enojados y dolidos con la enfermedad de su ser querido, se niegan aceptarlo, se pelean con la realidad y les resulta muy difícil actuar eficazmente. Es por eso, que es sumamente útil la estrategia de la Aceptación Radical para mejorar el vínculo y disminuir el malestar familiar.

Las intervenciones familiares en el entrenamiento de habilidades están orientadas tanto por estrategias de cambio como de validación. DBT incluye la adquisición de la habilidad mediante los períodos de instrucción en el grupo y la aplicación de la misma a su propio entorno y cotidianeidad, a través de las tareas dadas en los encuentros y las discusiones entre los integrantes del taller (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999).

Gagliesi (1997) propone que en el momento de psicoeducar a la familia se la entrene en la resolución de problemas a partir del sentido común, de un modo estratégico, utilizando problemas concretos como ejemplos. Se detalle los síntomas predictores de una posible recaída, para poder prevenir. Se promueva la disolución de dobles mensajes o malos entendidos. Para poder motivarlos en la cooperación, resulta útil mencionarlos como aliados del tratamiento. Se debe asegurar y testear la comprensión de todas las indicaciones dadas. Se debe lograr el compromiso a cumplir con lo propuesto, preferentemente de forma escrita. Es especial que se acompañe con la disminución tanto de comentarios críticos y negativos, sentimientos de culpas, invasión, dramatismo extremo, hostilidad, rechazo como de expectativas excesivas o compromiso emocional exagerado.

Apfelbaum, Gagliesi, Lencioni, Pechon, Herman y Kriwet (2007) indican que es de gran importancia los Grupos de Psicoeducación y Entrenamiento

en Habilidades para los familiares y allegados. El objetivo radica en que las personas cercanas al paciente conozcan las características del Desorden para tener una mayor comprensión de lo que le sucede a su ser querido, y de esta manera poder ayudarlo. Se sugiere profundizar en los temas relevantes para el entendimiento del trastorno, dentro de los cuales se encuentran las habilidades de comunicación interpersonal, validación, límites personales, aceptación radical, resolución de problemas. En dichos grupos se aprenden y adquieren habilidades que promuevan, en particular, a mejorar el vínculo y una disminución en la intensidad y frecuencia de las crisis, y a nivel general, que lleven a una mejora en la calidad de vida.

4. MÉTODO

Tipo de Estudio: Descriptivo

Diseño: No experimental transversal

Participantes: Inicialmente el grupo estaba constituido por 18 personas, 16 de las cuales realizaron evaluaciones al inicio y al final de la intervención. Se trabajó con el grupo de familiares de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad llevado a cabo en la Fundación , en los cuales se encuentran madres, padres, hermanos y parejas.

Sin embargo, no todos los sujetos completaron ambas evaluaciones, por lo tanto el n de la muestra variará para los resultados de cada área analizada.

Se trata de un grupo de familiares y/o allegados de personas con TLP, con una media de edad de 53,3 años, la mitad de los cuales son mujeres y la otra mitad hombres. La mayoría estaba casado o viviendo en pareja (75%) y, en menor grado, separados o divorciados (25%); casi todos tenían estudios universitarios (81,3%). La mayoría se dedicaba a una ocupación profesional (43,8%), en menor medida como empleados (18,8%) y la minoría eran empresarios, comerciantes o sin ocupación laboral. Aproximadamente la mitad convivía con su familiar afectado con TLP (53,8%), mientras que la otra mitad no vivía en el mismo hogar (46,2%). Del total de los participantes, todos eran padres

y madres, viniendo sólo el marido de una de las pacientes en un caso, y el hermano de otra de ellas.

Instrumentos:

- *Observación Participante:* se utilizó con el objetivo de analizar todas las intervenciones psicoeducativas y las destinadas al entrenamiento en habilidades. La misma consistió en escribir en un cuaderno de anotaciones, luego de cada uno de los encuentros en los que se participó y formó parte, todas las observaciones relevantes realizadas en los distintos días.

- *Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit:* consta de 22 ítems, y busca valuar la carga familiar a través una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). El entrevistado debe señalar la frecuencia con la que se siente identificado con las afirmaciones. Sumando los 22 reactivos, se obtiene un índice único de la carga con un rango de puntuación de 0-88. Se evalúa el grado en que los cuidadores perciben como sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional.

No hay puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 47, de "sobrecarga leve" entre 47 y 55, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

Respecto de la validez de constructo, existen datos en relación a tres dimensiones, que regularmente se refieren al impacto que tiene el cuidar de alguien, los recursos de afrontamiento para cuidar y la relación interpersonal cuidador-paciente. Las puntuaciones de carga correlacionan significativa y positivamente con la calidad de la relación entre el cuidador y el receptor de cuidados, los síntomas psiquiátricos, el estado de ánimo y la salud física

- *Inventario de Síntomas S.C.L-90-R:* consta de 90 ítems y busca evaluar patrones de síntomas en individuos. Puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo valora e interpreta en función de nueve dimensiones primarias (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de malestar psicológico (Índice global de Severidad, Índice positivo de Malestar y Total de síntomas positivos). Estos últimos indicadores reflejan

aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados. incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica (Poco apetito, Problemas para dormir, Pensamientos acerca de la muerte o el morir, Comer en exceso, Despertarse muy temprano, Sueño intranquilo, Sentimientos de culpa).

Se utilizó la versión adaptada al castellano de Casullo (2004) validada en población argentina.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de que se lleva a cabo. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Procedimiento: se observó y participó durante tres meses, todos los viernes de 19 hs a 21 hs, del grupo de familiares de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en la Fundación, para poder describir y analizar las intervenciones realizadas en dicho lugar.

Se les administró tanto al inicio como al final del grupo la Escala de sobrecarga de cuidador de Zarit y el Inventario de Síntomas S.C.L-90-R, con el objetivo de evaluar si se manifestaron cambios en el estrés familiar y en la calidad de vida, luego del paso por el grupo.

5. DESARROLLO

La vida de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ve regularmente afectada por crisis que resultan en consultas médicas, tratamientos, medicaciones e incluso internaciones. A largo plazo, estas personas requieren tratamientos prolongados y más medicación que otros trastornos de la personalidad (Soler, Pascual, Tiana, Cebriá & cols., 2009). Esta situación perjudica directamente a las relaciones interpersonales de las personas afectadas con este trastorno, repercutiendo principalmente en los familiares y allegados (Apfelbaum & Gagliosi, 2004). Se intuye que la calidad de las relaciones interpersonales es inicialmente perturbada por la desinformación y desconocimiento sobre el trastorno y su diagnóstico y posteriormente conflictiva

por la falta de habilidades para relacionarse asertivamente con personas diagnosticadas con TLP.

En el presente trabajo se decidió evaluar las repercusiones que tiene un taller en particular: *Grupo de Habilidades para Familiares y Allegados*, llevado a cabo los días viernes, durante tres meses en la Fundación . Se decidió focalizar el trabajo tanto en las intervenciones psicoeducativas, el entrenamiento en habilidades como en evaluar el malestar psicológico y otros síntomas psicopatológicos y el nivel de sobrecarga en un grupo de familiares, dentro de los cuales se encontraban en su mayoría padres de los pacientes, y en menor medida, parejas y hermanos.

Se considera pertinente dar algunas referencias acerca de las características propias del taller, así como de los objetivos y las razones por las cuales se lleva a cabo este grupo tres veces por año en la fundación.

Debido a que las familias son receptoras de conductas que no comprenden, y no saben como responder, pueden tener reacciones inadecuadas o crueles, sumado a que en algunas ocasiones, reciben consejos inapropiados de profesionales de la salud no dedicados a la patología, se manifiesta la necesidad de brindar este taller.

Asimismo, se plantean situaciones tales como que la familia cuenta con muy pocas fuentes de apoyo, información inadecuada y escaso acceso al aprendizaje de habilidades para sumar a la compasión, amor y preocupación que sienten por su ser querido.

Otras de los motivos por los cuales se organizó el grupo es que la familia se ve expuesta a conductas irracionales que los hacen sentirse invalidados e incompetentes para relacionarse con su familiar. Aumenta su malestar, cuando la invalidación se manifiesta del propio entorno incluyendo a los amigos y otros familiares, lo cual genera una sensación de aislamiento. Del mismo modo, las familias aprenden a suprimir su reacción emocional ante las personas con TLP, existiendo a la vez, un patrón de interacción de emociones negativas. Todas estas cuestiones mencionadas, determinan que las familias estén cansadas y emocionalmente desreguladas.

Las metas por las que se lleva a cabo dicho grupo de familiares y allegados, son las de disminuir el estrés familiar, reconstruir la confianza entre los integrantes, aumentar la comunicación, pasar del enojo a la empatía, colaborar con la familia a entender el trastorno de su ser querido y enseñar habilidades para mejorar la relación familiar.

Los cambios que se esperan a través del paso por el taller son mejorar la calidad de vida, revivir la esperanza, el incremento de la sensación de contención, y una generalización de las habilidades aprendidas a su realidad.

Los encuentros siguen un orden preestablecido y cada uno es semi-estructurado. Al comienzo del taller los participantes son recibidos con el “Manual de Desorden Límite” , como material de lectura inicial, además se les entrega el cuadernillo “Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados, de personas con desorden de la regulación de las emociones”, para utilizar a lo largo del taller

En cada clase se desarrollan los temas previamente programados, utilizando lectura, ejemplos y ensayos conductuales. Al final del encuentro, se le asignan tareas con el objetivo de aprender y practicar las habilidades enseñadas ese día. La siguiente vez, al comienzo de la clase, cada participante comenta su tarea, incluyendo la forma de llevarla a cabo, las dificultades que se le presentaron, y en caso de no hacerla, los motivos que impidieron su realización. Todos se sientan en una especie de ronda armada previamente por sillas y sillones. No hay un lugar determinado para cada miembro, siendo espontánea la ubicación en cada encuentro.

Cuando en el mismo grupo, concurren dos o mas personas de la misma familia, se les indica que todos deben hacer la tarea en forma individual.

Otro dato a destacar es que la práctica de Conciencia plena, se lleva a cabo durante cinco minutos, previo a comenzar cada encuentro, siendo los familiares guiados por los profesionales a cargo.

Objetivo Específico N° 1

Como ya se ha mencionado, el primer día se trabajó con el Manual de Psicoeducación. El mismo es totalmente destinado a generar una mayor comprensión y conocimiento del trastorno.

Se considera necesario, a modo de abordar uno de los objetivos específicos del presente trabajo, establecer todas las cuestiones que se mencionan con el fin de psicoeducar a la familia:

- Se le indicó de forma precisa, comprensible y detallada qué es un Desorden de la personalidad. Luego, y de manera profunda, se habló acerca del Desorden Límite de la Personalidad. Se refirió a sus características principales, su dificultad en regular sus emociones, sus conductas y sus pensamientos.

- Otra cuestión a la cual se le destinó una gran importancia, es a la génesis de la patología. En este caso, se explicó la Teoría Biosocial de la Personalidad, indicando la vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante. De igual manera, se les contó todas las teorías explicativas que existen sobre este trastorno. Dentro de las mismas se les mencionó las Teorías Neurobiológicas, las Teorías Sociológicas, las Teorías Traumáticas, las Teorías Psicológicas y por último como ya se ha dicho, la Teoría Biosocial.

- Se les habló sobre como se realiza el diagnóstico, quién lo puede hacer y que criterios se toman en cuenta para determinar que una persona padece este trastorno.

- Se brindó características de la población en la que se presenta el trastorno, indicando el porcentaje de personas, el género más frecuente y la etapa en la que generalmente se manifiesta. Asimismo, se le sumó información acerca de las consultas por las que frecuentemente consultan previo al diagnóstico, y se le aclaró la cantidad de casos en los que es común que se presente comorbilidad con otras patologías. Otra cuestión a tratar fue la posibilidad del componente hereditario.

- Uno de los temas más importantes fue abordar el pronóstico y el tratamiento, aclarando que si bien no es curativo, se puede lograr una gran mejoría en la calidad de vida del individuo y su entorno cercano. Se refiere a la idea de realizar terapia individual, grupos de habilidades para el paciente, tratamiento farmacológico de ser necesario, y el taller psicoeducativo y de entrenamiento en habilidades en familiares y allegados.

- Otra idea que se desarrolló y que resultó sumamente útil fue describir la experiencia interna que atraviesa la persona con TLP. Debido a que lo que se le suele observar son sus conductas, en un gran porcentaje, inadecuadas e

incomprensibles para quienes se vinculan con ellos, hablar acerca de lo que ellos sienten y sufren, puede generar empatía y disminuir las críticas y los juicios.

- Finalmente, se dedicó tiempo abordar todo lo que sucede con los familiares y personas cercanas al paciente. Se buscó normalizar aquello que sienten, que piensan y las conductas que tanto malestar les causa. Se dieron ejemplos de casos de otras personas en su misma situación. Se trabajó sobre toda la experiencia interna incluyendo sensaciones de temor, desesperación, inadecuación y falla. Se describieron los pensamientos y reacciones habituales, las dificultades y los disparadores que surgen a través del vínculo entre la familia y el ser querido. Como ellos sin intenciones, generan situaciones de crisis o malestar. Asimismo, se les hizo una breve referencia a las habilidades sobre las cuales se los van a entrenar a lo largo del taller, particularmente se hizo hincapié en la relevancia de la validación para mejorar las relaciones interpersonales.

A modo de evitar sentimientos de culpa o responsabilidad absoluta acerca del trastorno de su ser querido, es importante que queden claras todas las variables que interactúan, y al combinarse, surge la patología. De igual manera, se debió especificar que el ambiente invalidante no solo le compete a la familia, sino a todo su entorno cercano incluyendo sus amigos, sus experiencias escolares, su pareja, sus vivencias traumáticas o las pérdidas que pudieron atravesar.

Objetivo Específico N° 2

Otro de los objetivos de este trabajo es describir el entrenamiento en habilidades por parte de los profesionales, a los familiares. Se destinaron dos clases aproximadamente para explicar teóricamente cada una de ellas y sus respectivos beneficios. Asimismo, con el fin de llevarlas a la práctica y a la vida cotidiana de cada miembro del grupo, se les asignaron tareas que pusieran a prueba el aprendizaje de las mismas.

Luego del primer encuentro dedicado a la Psicoeducación, si bien se aclara que a lo largo del taller se siguió psicoeducando de manera constante, los demás días se dedicaron a las habilidades. Se comenzó por la ya mencionada Conciencia Plena. Para dar introducción al tema se hicieron ciertas distinciones entre lo que es la *Mente Racional*, *Mente Emocional* y la *Mente Sabia*.

La primera se refiere a la parte de la mente caracterizada por la lógica, la que evalúa las cuestiones desde un lado pensante. La misma se ve favorecida

cuando la persona se encuentra bien, y perjudicada cuando están mal. La mente emocional se da cuando las emociones influyen y controlan el pensamiento y la conducta, puede ser útil para motivarse ante las metas. Ambos estados mentales ofrecen información relevante para reaccionar, aprender e interpretar los eventos y las acciones (Stoewsand & Pechon, 2008).

Como bien definen Stoewsand y Pechon (2008), La Mente Sabia sería la integración, y más, de la mente racional y la emocional. Es la parte de las personas que conoce y experimenta la verdad. Es la sensación que se tiene que algo es válido, es un sentimiento profundo de coherencia. Al tomar decisiones con esta parte de la mente, se produce un estado de paz y tranquilidad.

Estos conceptos son importantes de transmitir debido a que se vinculan directamente con la Conciencia Plena, la cual permite ejercitar y atender a la mente sabia. Se les explicó a los familiares que existe evidencia científica que comprueba que esta actividad genera una disminución de las emociones negativas y el estrés, aumentando el aprendizaje y la percepción. Se les dio indicaciones acerca de qué se hace y de cómo se hace para lograr el estado de conciencia plena. Como ya se ha detallado en el trabajo, es fundamental observar, guiar la atención a un aspecto del interior tal como la respiración, o del exterior como por ejemplo la música. Si vienen los pensamientos a la cabeza, se los deja pasar como si fueran nubes. Se debe registrar lo que se está haciendo, y todo aquello que ingresa por los sentidos. Se debe describir de forma profunda, poner en palabras la experiencia, aumenta la concentración en el presente. Participar, involucrarse plenamente en la situación. Asimismo, es esencial para llevar a cabo la práctica no emitir juicios, realizar una cosa por vez y ser efectivo, actuando tan habilidosamente como sea posible. Para eso se debe focalizar la atención en los objetivos.

Los familiares manifestaron estar casi toda la parte del día preocupados y enfocados en los problemas de su ser querido. Ante esto, los profesionales expresaron que para poder ser útiles y cooperar, es indispensable que encuentren un espacio de libertad, de descanso de los conflictos, para poder conservar su salud física y mental. La habilidad de la conciencia plena puede resultar sumamente útil para relajar la mente de las preocupaciones, y disminuir la emocionalidad negativa.

Como tarea se le indicó que se comprometían a realizar una actividad que ellos quisieran con conciencia plena. Muchos de ellos, eligieron bañarse, ponerse crema, leer un libro, cocinar, entre otras opciones. Otra tarea fue observar los juicios negativos que tienen durante el día, e intentar disminuirlos describiendo mentalmente la situación y sus reacciones, sin juzgarlas, y evaluar si al hacerlo se nota un cambio en la intensidad de sus emociones.

Otra de las habilidades que se les enseñó es la Regulación Emocional. Se habló exclusivamente de cómo sienten las personas que son emocionalmente vulnerables, tal es el caso de quienes padecen Desorden Límite de Personalidad. Se describió la oscilación entre la inhibición emocional y la intensa reactividad de sus emociones. Ante dichas reacciones impredecibles, se entiende que el entorno cercano al individuo no comprende la ambigüedad, generando que pierda efectividad para colaborar en su regulación. Incluso, sus intervenciones pueden aumentar la vulnerabilidad de su ser querido, intensificando la crisis. Asimismo, se hicieron distinciones entre las emociones primarias y secundarias, aclarando que las primeras, con frecuencia son las que se adecúan a la situación, en cambio las secundarias son una reacción a la emoción primaria. Es habitual que ante emociones negativas, las personas las juzguen como inapropiadas, reaccionando con emociones secundarias como por ejemplo el enojo. De esta manera el malestar aumenta, y es difícil entender porque se siente así.

Se les enseñó a los familiares a comprender las reacciones de los demás, teniendo conciencia de la comunicación no verbal, siendo más difícil de ser enmascarada, tal como las expresiones faciales, el tono de voz, postura corporal, situación actual y antecedentes, conducta, etc. Para identificar la emoción en uno mismo, es útil prestar atención sensaciones físicas internas.

Todas estas cuestiones resultaron muy interesantes para los miembros del grupo debido a que comenzaron a entender porqué su ser querido reacciona ante sucesos, a su entender sin tanta importancia, de manera extrema, o se enojan sin motivos aparentes. Incluso, algunos familiares reconocieron que les es más fácil a ellos mismos enojarse ante conductas de sus hijos, que expresar la profunda tristeza que sienten por el trastorno que padecen.

Como tarea para el próximo encuentro, se les brindó una guía para observar y describir las emociones vivenciadas en determinada situación con su ser querido, habiendo atravesado una emoción relativamente fuerte. Debían

asignarle un nombre a esa emoción, darle un puntaje del 1-100 a la intensidad, describir el suceso que originó dicha emoción, plantear las interpretaciones que hicieron de el evento, los cambios fisiológicos que tuvieron, el lenguaje corporal, el impulso de acción, lo que finalmente hicieron, y las consecuencias que trajo la emoción.

La siguiente habilidad que se trabajó es la Validación, tema central que se aborda durante todo el taller, debido al objetivo de volver más validante el ambiente invalidante.

Linehan (1993a) define a la validación como un acto profundo de aceptación de las respuestas emocionales del otro, requiriendo observar con conciencia plena a la otra persona. Incluye desde un nivel más básico escuchar a otro individuo sin juzgar lo que dice ni lo que piensa, y aun nivel más complejo decir palabras o gestos que indiquen al otro que sus emociones son importantes y relevantes a la experiencia. No es necesario entender ni estar de acuerdo para validar.

Un tema que se trató a fondo con los familiares es el evitar aconsejar, particularmente en las madres. Se les explicó que el consejo es invalidante, debido a que se manifiesta en el otro la idea de no confiar en que el puede solucionar sus problemas. El que aconseja se coloca en un lugar del saber, de superioridad ante los demás.

En el grupo hubo un ejemplo claro de una madre que tenía mucha dificultad en el dejar de aconsejar. Ella misma sentía que cuando su hija le contaba sus cosas, ella la escuchaba, se sentían a gusto, pero su impulso por aconsejar arruinaba la conversación, su hija se violentaba y se ponía a la defensiva diciendo que nadie le había pedido su opinión. La madre no entendía, pensaba que si le contaba sus cosas era porque quería que le diga lo que opinaba al respecto, por eso no comprendía su enojo. Los profesionales le explicaron que el hecho de que su hija confiara en ella, no implicaba que le esté pidiendo un consejo, que solo se dedicara a escucharla, contenerla y validarla. Solo en el caso que su hija de manera explícita le solicitara su opinión o su consejo, ella se lo de. La madre lo tuvo en cuenta y notó como las charlas se volvían más productivas y ella era más efectiva en su rol materno. Si bien tenía que contenerse las ganas de aconsejar, al ver que todo salía mejor, se le fue haciendo un hábito.

Otro ejemplo de invalidación un poco más evidente es el de un padre del grupo que asumió su dificultad de relacionarse con su hijo, debido a que se consideraba una persona autoritaria y que intentaba imponer su pensamiento de forma constante. Esto le traía muchos enfrentamientos con su hijo, debido a que al tener ideas diferentes sobre política, fútbol, etc. Vivían discutiendo porque él mismo lo invalidaba y lo ponía en una postura de inferioridad, sin dejar expresar sus opiniones. En este encuentro comentó que gracias a lo que había leído y aprendido en el taller, se dio cuenta de su limitación y comenzó a contenerse en su forma agresiva de plantear su pensamientos, y pudo escuchar más a su hijo, y hasta encontró en sus palabras cuestiones interesantes e inteligentes de percibir las cosas.

Otra cuestión que se abordó es como validar ante momentos de crisis, donde su ser querido está emocionalmente activado. Es fundamental que el familiar no de respuestas de gran intensidad emocional tales como la culpa, el pánico, las críticas, las cuales aumentan el malestar. Asimismo no se debe dar respuestas lógicas. Stoewsand y Pechon (2008) establecen que en momentos en que el ser humano se encuentra atrapado por la emoción, sufre distorsiones cognitivas, teniendo pensamientos en blanco o negro. El usar razonamientos lógicos incrementa la sensación de no ser comprendido.

Otro aspecto a desarrollar es que no se debe validar lo que es inválido, la validación tiene que ser sentida y verdadera para que funcione. Las emociones son siempre válidas, las conductas y pensamientos pueden ser en algunas ocasiones válidos y en otras no. Las mentiras, amenazas o conductas violentas no son válidas.

Dentro de las tareas que se asignaron para la aplicación de esta habilidad, se encuentra el realizar una lista con dos frases invalidantes que utilicen frecuentemente y tres frases validantes. Otra indicación es elegir una situación durante la semana en la cual intentó poner en práctica dicha habilidad. Se debe aclarar la situación, que se dijo exactamente a su ser querido, cuál fue el resultado, como se sintió posteriormente y si haría o diría algo diferente la próxima vez. Finalmente, se le sugiere que realice una carta a su ser querido, recordando una situación reciente en la cual el otro se encontraba en un estado emocional intenso.

Como ejemplos de la tarea se vieron frases invalidantes tales como:

- No entiendo por qué te pones así, si es una pavada lo que te pasó
- Vos lo que tenes que hacer es estudiar o trabajar, no puedes seguir haciéndote la que estas enferma para seguir con tu vida de vaga
- No, está mal, esto es así.

En el siguiente encuentro se trabajó sobre la habilidad Efectividad Interpersonal. Tanto profesionales como familiares coincidieron en que es una de las áreas más afectadas en las personas con TLP. Esto mismo se puede deber a varias causas dentro de las cuales se encuentran la carencia de la habilidad, las preocupaciones constantes con las que lidian diariamente que interfieren en efectuar la habilidad de manera eficaz, pese a tenerla, otro obstáculo son las emociones como el enojo, la culpa, la frustración y el miedo, que al vivirlas tan intensamente, les impide relacionarse con los demás de manera efectiva. El no poder decidir acerca de lo que quieren, los lleva a oscilar entre depender demasiado a no preguntar nada, de decir todo que no a resignarse a todo, perjudicando sus vínculos. Y en este caso, lo que se debe tener más en cuenta en el taller, es que uno de los principales motivos puede ser que el ambiente dificulte que la persona se desarrolle habilidosamente. Debido a todas estas cuestiones se les transmitió estrategias a los familiares para poder mejorar ellos mismos sus relaciones interpersonales en general, y particularmente con su ser querido. Se les enseñó el recurso conocido como DEAR MAN útil para realizar pedidos de manera efectiva, y poder mantener una postura, una decisión frente a la insistencia del familiar, incluyendo posibles amenazas.

El DEAR consiste en Describir la situación, contándole a la persona a la que se le quiere realizar el pedido, Expresar los sentimientos y opiniones al respecto, ser Asertivo, tener en cuenta en que momento efectuar el pedido y desarrollarlo claramente sin suposiciones, finalmente Reforzar contándole los efectos positivos que traería el que ella haga lo que se le pide.

El MAN sirve para Mantener tu postura, el foco en los objetivos que se buscan, Actuar seguro pareciendo ser efectivo y competente, y Negociar en caso de ser necesario.

Como tarea para llevar a cabo las estrategias mencionadas, se le indicó que piensen en algo que desean pedir o decirle no a un pedido, y que lo escriban siguiendo los pasos del DEAR.

Todos realizaron pedidos a su familiar con Desorden Límite, comentando que les resulta muy difícil pedirles cosas debido a que cuando lo hacen reciben una negativa inmediata de la otra parte, o pese a intentarlo, les cuesta mucho alcanzar objetivos, y eso les producía una frustración, especialmente a los padres, siendo difícil de aceptar que sus hijos no pudieran hacer cosas al parecer tan simples como ordenar la ropa, levantar la toalla una vez que se bañaron, atender el teléfono cuando lo llaman, etc. Otros con menos tolerancia, sentían dificultad en pedir las cosas de buena manera, siendo asertivos y empáticos con los conflictos de su ser querido, de forma tal que en lugar de pedir, exigían o imponían tareas complejas para dichas personas. Todos coincidían en que estas pequeñas cuestiones, principalmente en aquellos que convivían con el familiar, eran fuente de grandes discusiones y enfrentamientos, derivando ciertas veces en crisis.

A modo de ejemplificar la tarea, se requiere conveniente comentar brevemente el caso de P. pareja de S. quien padece el trastorno. Ambos conviven hace unos años, y P. cuenta que para ella era muy difícil hacerse cargo de las actividades del hogar, y siendo artesana se quedaba creando manualidades durante la noche, costándole mucho levantarse temprano. El pedido que deseaba hacer P. era que tenían que llamar al fumigador por las pulgas de los perros, y tenían que combinar para que ella se despertara porque él iba a estar trabajando. Cada vez que le mencionaba la situación, ella iba dejando el tema para más adelante. P. realizó la carta con el pedido como lo indica DEAR, se la dio a S., y finalmente pudieron resolver el problema.

La gran mayoría realizó la carta efectuando el pedido, pero no muchos pudieron llevarlo a cabo. Se les propuso que a lo largo del taller intentaran finalmente pedir aquello que desean para incorporar la habilidad.

En el siguiente encuentro se trabajó con habilidades conductuales. Se explicaron teóricamente conceptos conductistas, y se dieron ejemplos a modo de generar una mayor comprensión del tema. Se hizo mucho hincapié en dichas cuestiones, debido a que se lo considera fundamental en lo que es el contacto diario con la familia, especialmente con personas diagnosticadas con Desorden Límite. Stoewsand y Pechon (2008) plantean que los reforzadores tanto positivos como negativos, aumentan la probabilidad que se repita una conducta. Los familiares deben aprender cuando un comportamiento debe ser reforzado y cuando no. Es frecuente que se cometan errores en tanto, sin darse cuenta, se

refuerzan respuestas inefectivas para la persona. Se debe cortar ese círculo para dar paso a la enseñanza de conductas más funcionales, las cuales si deben ser reforzadas.

Otra habilidad interesante de transmitir es el Moldeamiento. Como ya se mencionó para las personas con vulnerabilidad emocional, hay ciertas cosas en apariencia fáciles de realizar, que para ellas son sumamente difíciles, siendo común que sus allegados no comprendan esta incapacidad y le exigen más de lo que en ese momento pueden dar. Saber que la conducta deseada se puede dividir en pasos que se aproximen a la misma, y los mismos ser reforzados, le da valor y mérito al acercamiento hacia el objetivo, aumentando la motivación en la persona a seguir progresando. Muchos padres dieron ejemplos claros de que ellos no lograban ver los avances porque lo que ellos esperaban, no se daba. Era muy frustrante tanto para ellos como para sus hijos, que se sentían presionados y descalificados de forma constante. Una madre contó un caso simple pero esclarecedor de lo que se está describiendo. Ella discutía permanentemente con su hija porque cuando se terminaba de bañar dejaba las toallas tiradas, siendo para ella una falta de respeto. Y pese a todas las veces que se lo manifestaba, no lograba que su hija cambiara la conducta. Un día decidió comprar un canasto y lo puso al lado de la ducha, dándole la indicación que cuando terminara colocara la toalla allí. A medida que fueron pasando los días iba colocando el canasto un poco más lejos, hasta llegar al lavadero. Finalmente consiguió que su hija llegara al objetivo, dividiendo una conducta que parecía imposible de realizar en pequeños pasos más accesibles.

A modo de tarea se le dieron indicaciones tales como elegir una conducta problema propia o ajena, que desea modificar y definirla de manera clara y concreta. Observar que es lo que está reforzando dicha conducta y que se podría hacer para extinguir el refuerzo. Pensar que conducta quisiera que esté en lugar de la conducta problema y que estrategia podría llevar a cabo para aumentar esa respuesta. Cuando se leyeron las tareas y se comentaron los ejemplos surgieron muchas manifestaciones de alegría al comenzar a ver ciertos resultados del taller. Un padre contó que hacía unas semanas que notaba cambios positivos en su hija, ya no gritaba tanto, se enojaba menos, y pudo percibir que ellos mismos, su esposa y él, habían modificado su actitud al tener mayores recursos para vincularse. Disminuyeron la crítica y los reproches, y le dieron más importancia a

lo que su hija le pasaba, a escucharla. En ese caso, se puede observar claramente como se corta el circuito, cuando el ambiente disminuye los disparadores de crisis, cambiando su actitud, la persona que lo recibe también abandona una postura defensiva y se muestra más abierta al diálogo.

Otra de las habilidades que se desarrollaron en el taller es la de Resolución de Problemas. La misma consiste en cinco procesos interactivos que realizan una contribución diferente para la solución del conflicto. Entre ellos se encuentran la Orientación hacia el problema (reacciones cognitivo-afectivas inmediatas de un individuo cuando se enfrenta por primera vez a un problema, puede ser tanto positiva facilitando la resolución, como negativa impidiendo el éxito), la Definición y Formulación del problema (se busca aclarar y comprender la naturaleza del problema, especificando metas realistas), la Búsqueda de alternativas (pensar creativamente la mayor cantidad de soluciones posibles sin juzgarlas como buenas o malas), la Toma de decisiones (el objetivo es realizar un análisis de costo-beneficio para cualquiera de las soluciones propuestas para poder identificar la más efectiva) y la Ejecución y verificación de las soluciones (implica poner a prueba la solución elegida, observar sus consecuencias y evaluar la efectividad).

Como tarea se le asignó definir un problema que tenga y realizar un plan por escrito siguiendo las etapas de resolución de problemas mencionadas previamente.

En el encuentro número ocho se llevó a cabo el trabajo sobre los Límites Personales. Todos los integrantes manifestaron estar muy entusiasmados con el tema debido a que en su mayoría tenían conflictos al respecto.

Todas las personas tienen límites personales, refiriéndose a lo que se es capaz de tolerar de otros, o lo que se está dispuesto hacer por los demás, en función de las necesidades individuales de cada uno. Es frecuente en las relaciones familiares que algún miembro ejerza tal presión sobre los límites de los demás integrantes, produciendo una disminución en la motivación para ayudar de manera efectiva (Stoewsand & Pechon, 2008)

Cuando estas conductas de invasión son vistas con una compasión extrema hacia la persona enferma, la familia llega al punto de ignorar sus límites personales, con la fe de que si su ser querido se *curase* esos comportamientos se terminarían de forma simultánea. Sin embargo, se puede dar la situación que ante

esta cuestión, el familiar en lugar de ampliar sus límites, los vuelve más rígidos, generando una respuesta de rechazo. Esto mismo se da con frecuencia en la relación entre hermanos (Stoewsand & Pechon, 2008).

En relación a lo que se dijo anteriormente, es sumamente común que los padres, en particular la madre, al compadecerse tanto con su hijo con el trastorno, ignore sus propios límites con tal de ayudarlo, o no aumentar su malestar.

Hubo muchos ejemplos por parte de los integrantes del grupo manifestando sufrir por este tema. Especialmente el caso de una madre que expresaba sentirse realmente muy mal porque hacía todo por su hija pero no veía los resultados. Su hija diagnosticada con TLP no estudiaba ni trabajaba, se la pasaba durmiendo y mirando televisión, y era su madre quien la levantaba, le hacía la comida, la llevaba en el auto a donde ella deseara, cumplía cada uno de sus pedidos para no generar una crisis. Incluso, decidió darle trabajo en la empresa donde ella se empleaba. Su hija se comprometió a ir, pero pese a eso, día por medio se ausentaba, llegaba tarde, y no cumplía con sus obligaciones. Hasta que la madre luego de mucho meditar, prestó atención a su propio límite, sintió que hasta allí llegaba, y la despidió argumentando que su hija había perdido el trabajo, y que con eso ella nada podía hacer.

En función de este caso, y de otros más mencionados en el grupo, los profesionales hablaron a modo de ser gráficos, que los hijos no necesitaban una *mamá canguro* que los cargara en su bolsita y los llevara con ellos para que nada malo les pase, sino que sería más sano para los dos, ser una *mamá delfín* que los acompaña a su lado y se mantiene cerca cuando la necesitan, pero no actúa ni decide por ellos.

En el otro opuesto, el caso de los límites rígidos, se dio en un ejemplo claro del vínculo entre hermanos. Una madre del grupo contó que se sentía muy angustiada debido a que venía su hija mayor, quién vive en el exterior, de visita, e iba a conocer a su nieta. El problema radica en que su otra hija, que padece el trastorno, se encontraba muy entusiasmada con la llegada de su hermana y su sobrina, y no encontraba la forma para decirle que su hermana no la quería ver, que no quería que su beba sea cuidada por alguien enfermo que tantos conflictos había traído a la familia. Ella no quería entender que le pasaba a su hermana, porque había decidido no involucrarse más con ella, la hermana había marcado sus límites de manera determinante, y eso afectaba rotundamente a la madre. Se

le explicó que los límites como su nombre lo indica, son personales y cada miembro de la familia tiene los propios, la madre no podía obligar a su hija a que vea y comparta su vida con su hermana, lo que sí podía hacer es intentar lograr un acercamiento, y colaborar en mejorar el vínculo.

Frente a todos los casos conflictivos, los profesionales le dan al grupo una guía para el cumplimiento efectivo de los límites. Cada uno de los miembros deben monitorear sus propios límites en cada circunstancia, prestando atención a las señales que advierten que los mismos van a ser sobrepasados, tales como sensación de incomodidad, ira, frustración, etc. El objetivo es percibirlo antes que se encuentren desbordados e incapaces de seguir interactuando con su ser querido. Se debe comunicar sus propios límites de manera clara, honesta y realista, manifestando sus deseos de satisfacer las necesidades del individuo con TLP. Es importante mantener una postura firme cuando el otro se resista. De ser necesario en una situación extrema, se pueden ampliarlos de manera temporal. Es útil combinar con gestos de validación y resolución de problemas.

Como tarea se les sugirió que se tomen un tiempo para pensar si necesitan en ese momento establecer algún límite personal, y en caso de que así sea, que lo definan y describan de la forma más clara posible, para luego ser puesto en práctica.

En el noveno encuentro se abordó uno de los temas más importantes en esta patología: como afrontar conductas de riesgo, teniendo en cuenta que los pacientes con Desregulación Emocional, pueden presentar con frecuencia ideación suicida, amenazas y conductas suicidas o autolesivas. En estos casos Stoewsand y Pechon (2008) aseguran que es necesario que la familia tenga un plan de acción para hacer frentes a estas situaciones de manera efectiva. Los profesionales les indicaron ciertos pasos a seguir en momentos críticos como los mencionados.

Es importante que se hable del suicidio abiertamente. Identificar los factores que pudieron desencadenar el sentimiento o pensamiento de suicidio actual, e intentar validar lo que se posible de validar. Se debe prestar mayor atención a la emoción que al contenido de la idea, y es esencial que no se responda con amenazas o dando explicaciones peyorativas de la conducta suicida. Se debe presentar a la misma como un intento de solucionar el problema, una respuesta ante un conflicto, sin embargo se debe remarcar que es una

solución inefectiva. Si es posible en ese momento, puede ser útil ayudar al ser querido a buscar alternativas de solución para el evento que generó su crisis, si no se puede, se debe retomar cuando el individuo este más calmado.

Es imprescindible que los familiares le pregunten si tiene un plan específico de suicidio, y en base a eso, evaluar el acceso a métodos letales tales como pastillas, armas, veneno, etc. Es fundamental que en este proceso de acompañarlo, se combine con validación, sin críticas ni reacciones de pánico. En caso de que la persona no se calme o aumente su malestar, se debe sugerir que llamen al terapeuta o a la emergencia médica.

Otro punto importante a desarrollar en esta habilidad son las amenazas. Es muy frecuente, que cuando las personas con Desregulación Emocional hablan del suicidio como una amenaza tal como: *si no me dejas salir, tomo las pastillas ya*, los familiares suelen acceder a su pedido por temor a los actos que puedan realizar. Esto refuerza las conductas suicidas y el individuo aprende a conseguir lo que desea mediante la intimidación. Los padres deben evitar caer en la tentación de acceder para disminuir las probabilidades de que esta conducta se repita.

Otro aporte que se le dio al grupo es ayuda para que si lo consideran necesario, desarrollar su propio plan para afrontar las conductas de riesgo de manera escrita, para que en esos momentos se lo tenga al alcance y genere menos incertidumbre en su accionar.

Otros datos sumamente útiles que se les brindó a modo de prevención de las crisis, es la de aumentar las respuestas parentales, sumando charlas, evitando críticas, prestando atención, en período de no crisis. Incrementar el refuerzo de las conductas adaptativas, validar las reacciones emocionales y recordar las estrategias de resolución de problemas dadas en el taller.

La última de las habilidades que se dictó en el taller es la de la Aceptación Radical. La misma es definida como tener la voluntad de ver las cosas tal como son, teniendo esa actitud, se puede hacer lo necesario y efectivo en cada situación de la vida. Para poder hacerlo hay que despojarse de los prejuicios, miedos, expectativas y deseos, los cuales impiden ver la realidad tal cual es. La liberación del sufrimiento requiere una aceptación profunda de lo que es, dejar de luchar contra él. El dolor solo crea sufrimiento cuando las personas se niegan a aceptarlo (Brach, 2003).

En todos los familiares que formaron parte del grupo se pudo observar que se negaban a aceptar que su hijo, novia o hermana tenía un trastorno. Muchos de ellos estaban enojados con su familiar, con ellos mismos por no poder hacer nada para ayudarlos, por sentir que su familia se estaba destruyendo por las intensas crisis con las que tenían que lidiar. Ese enojo, esa bronca, les impedía ser eficaces y terminaban aumentando el malestar general.

Una madre del taller expresó que el curso le sirvió para darse cuenta que su enojo, su tristeza estaban relacionadas con que sus deseos se alejaban enormemente de la realidad en la que vivía respecto a su hija. Esa rabia de que las cosas no sean como ella siempre soñó la llevaba a invalidarla a ella y a sí misma. No entendía como la vida la hacía sufrir tanto a la persona que más amaba en el mundo, y esa impotencia le impedía poder ser más efectiva a la hora de contener, cuidar, escuchar a su hija. A lo largo de los encuentros, al escuchar que hay muchas personas como ella en la misma situación, pasando por lo mismo, al sentir que iba adquiriendo herramientas para poder vincularse mejor con su hija, comenzó a amigarse con aquello que tanto detestaba, lo aceptó, sabiendo que eso no implicaba resignarse, que se podía mejorar, pero que había una realidad que se le imponía y no podía seguir perdiendo el tiempo en combatirla.

Para poder aceptar es necesario tener la voluntad de hacerlo. Es una elección, un compromiso interno a poder hacerlo. No implica estar de acuerdo con lo que sucede, solo saber que eso mismo que se rechaza, está sucediendo. Y que para poder cambiarlo, el primer paso es verlo (Brach, 2003).

A modo de concluir con esta habilidad, se considera necesario transcribir una historia escrita por una de las madres que pasó por el taller, y que refleja de una manera clara y sentida, a que se refiere la Aceptación Radical:

Toda la vida he querido vivir en Italia. Estudiaba italiano en la escuela para poder vivir allá. Soñaba con tomar expreso en un café italiano, ver el Vaticano, e ir a una ópera italiana. Quería conocer Roma, Florencia, Toscana, y Los Alpes italianos. Fue muy difícil no gastar dinero en otras cosas durante esos años que pase ahorrando para realizar el viaje. Pero por fin un día tuve el dinero suficiente para dejar mi trabajo, vendí mis cosas, y tomé un avión hacia Italia.

Pero de alguna manera, no se como sucedió exactamente, cuando bajé del avión no estaba en Italia... estaba en Holanda. ¡Holanda! ¡Era imposible! ¿Cómo me pudo pasar eso a mí? ¡Era increíble! Me había preparado para la vida en Italia. Cuando empecé a conocer Holanda, aprendí que tenía muchas cosas hermosas. Holanda tiene tulipanes, molinos de vientos y paisajes verdes sin fin. Ámsterdam tiene canales maravillosos. Holanda tiene muchas cosas lindas. Pero no es Italia.

Nunca voy a conocer Italia. Nunca voy a visitar el Vaticano. Jamás veré una opera italiana, ni esquiaré en Los Alpes. Pero tengo tulipanes frescos en casa y camino por los canales todos los días. Ahora vivo en Holanda.

A modo de cerrar el taller se les dio dos piedras a cada uno de los integrantes del grupo. En el medio de la ronda que formaban, había sobre la mesa una fuente con agua. Se les indicó que tomaran una piedra y con ella dijeran aquello que sentían y pensaban que perdió su ser querido a causa de tener el trastorno. Luego que pusieran la piedra en la fuente. Dentro de las respuestas, se destacan el haber perdido vivir momentos de alegría, disfrutar más de la vida, tiempo valioso, la seguridad en ellos mismos, no poder hacer cosas propias de u edad, tener amigos, novia/o, etc. Seguido de eso se les pidió que agarraran la otra piedra y dijeran que perdieron ellos mismos por tener a su familiar con TLP. El clima de emoción que se vivía se intensificó aún más, y en medio de lágrimas se dieron respuestas como el haber perdido ilusiones, esperanzas, ver a su familiar feliz, sentir paz y tranquilidad y vivir en permanente estado de alerta. Palabras que sobresalieron fueron las dichas por el único hermano que hay en el grupo, quién manifestó haber perdido espacio y protagonismo en su familia.

Finalmente se les dio una vela y se les pidió que al encenderla comentaran aquello que han ganado al haber participado de este grupo. Allí se dijeron cosas tales como haber adquirido tolerancia, paciencia, conocimiento del trastorno, aprender de sus hijos, de la fortaleza que tienen al enfrentar sus emociones, que al poder comprenderlos, podían ver cuanto sufrían y que fuerte eran al soportar. Otra ganancia que se mencionó era sentir que los pequeños progresos de su familiar, son sus mayores alegrías, haber encontrado un grupo de personas que pasan por lo mismo, con quienes se identifican y se apoyan, sentir contención por

parte de los mismos y de los profesionales, quienes con dedicación y paciencia les enseñaron a disminuir el malestar con el que venían.

Objetivos Específicos N° 3 y 4

Se comenzará a presentar los datos recabados mediante la toma de la *Escala de Sobrecarga del Cuidador* y el *Symptom Checklist* (SCL-90R) previo a comenzar el taller y luego de pasar por el mismo. Los resultados serán sometidos a un análisis a modo de observar si se presentan diferencias entre la toma inicial y la final. Se considera pertinente aclarar que la realización de dichos objetivos se llevó a cabo bajo el asesoramiento del equipo de investigación de la Fundación Foro, el cual se encuentra desarrollando un estudio acerca de la eficacia de los diferentes grupos de familiares y allegados que se dictan en la institución.

Sobrecarga. Se utilizó la *Escala de Sobrecarga del Cuidador* (Zarit y cols., 1980), para evaluar el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores, en este caso se aplica con familiares o allegados de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. Las preguntas están relacionadas con ideas o sentimientos que la persona tiene respecto al cuidado de la persona afectada.

En la evaluación inicial, se encontró que la minoría de la muestra (26,6%) presentaba sobrecarga en algún grado. Concretamente, el 20% con sobrecarga leve y el 6,6% con sobrecarga intensa. Para la evaluación final los resultados fueron similares, siendo un 23,8% que mostró algún nivel de sobrecarga. En términos generales, la media de la muestra se situó por debajo del punto de corte en ambas evaluaciones (36,13; d.t.= 15,413 y 30,77; d.t.= 17,63). En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos de la muestra tanto en la evaluación inicial como en la final.

Tabla 1. Síntomas de Sobrecarga

	Pre n =15	Post n =13
Sobrecarga (%)		
- sin sobrecarga	73,3	69,2
- leve	20	23
- intensa	6,6	0,8
Puntuación Escala de Sobrecarga		
- Media (d.t.)	36,13(15,413)	30,77 (17,63)
- Mínima	12	10
- Máxima	70	63

Síntomas Psicopatológicos y Malestar Psicológico. Se utilizó el *Symptom Checklist* (SCL-90R; Derogatis, 1994), versión validada en castellano (Casullo, 2004), para evaluar malestar psicológico y síntomas psicopatológicos en la muestra. La escala permite determinar la severidad de cada una de las nueve dimensiones de síntomas que valora. Además, calcula un índice de malestar psicológico global. En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos de la muestra tanto en la evaluación inicial como en la final.

Tabla 2. Síntomas Psicopatológicos y de Malestar Psicológico

	Pre	Post
	<i>n</i> =14	<i>n</i> =14
Somatizaciones - media(d.t.)	0,83 (0,69)	0,62 (0,75)
Obsesiones-compulsiones - media(d.t.)	1,15 (0,65)	0,93 (0,60)
Sensitividad Interpersonal - media(d.t.)	0,90 (0,62)	0,78 (0,70)
Depresión - media(d.t.)	1,23 (0,85)	0,88 (0,84)
Ansiedad - media(d.t.)	0,80 (0,63)	0,75 (0,66)
Hostilidad - media(d.t.)	0,68 (0,46)	0,52 (0,46)
Ansiedad Fóbica - media(d.t.)	0,17 (0,25)	0,14 (0,22)
Ideación Paranoide - media(d.t.)	0,83 (0,92)	0,65 (0,89)
Psicoticismo - media (d.t.)	0,47 (0,54)	0,41 (0,49)
Síntomas Adicionales - media (d.t.)	1,07 (0,93)	0,89 (0,77)
Malestar Psicológico (%) - sobre punto de corte	85,7	85,7
Índice global de severidad - media (d.t.)	0,815 (0,569)	0,64 (0,54)

A nivel dimensional, los resultados mostraron en la evaluación inicial que la mitad de la muestra (50%) obtuvo puntuaciones superiores a la media de población normal (0,92; d.t.= 0,69 en mujeres y 0,47; d.t.= 0,47 en hombres) en *Somatizaciones*; indicando la presencia de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales. Sin embargo, para la evaluación final, sólo el 21,4% obtuvo puntuaciones superiores a la media.

En la evaluación inicial se encontró que la mitad de la muestra (50%) obtuvo puntuaciones superiores a la media de población normal (1,28; d.t.= 0,78 en mujeres y 0,98; d.t.=0,70 en hombres) en *Obsesiones y Compulsiones*. Esto sugiere que existen pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como indeseables o imposibles de evitar. En la evaluación final, sólo el 35,7% obtuvo puntuaciones superiores a la media.

En cuanto a la *Sensitividad Interpersonal* en la evaluación inicial, se encontró que la minoría de la muestra (35,7%) puntuó por encima de la media de población normal (1,22; d.t.= 0,78 en mujeres y 0,74; d.t.= 0,57 en hombres). Esta circunstancia indica una presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. En la evaluación final el porcentaje no varió.

En la dimensión de *Depresión*, se encontró que la mayoría de la muestra (64,3%) puntuó por encima de la media de población normal (1,19; d.t.= 0,80 en mujeres y 0,65; d.t.=0,53 en hombres), en la evaluación inicial. Esto último señala una presencia de síntomas clínicos de la depresión, especialmente el estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, desesperanza e ideación suicida. Sin embargo, en la evaluación final se redujo a sólo el 35,7% de la muestra.

En cuanto a la *Ansiedad*, menos de la mitad de la muestra (42,85%) obtuvo puntuaciones superiores a la media de población normal (1,09; d.t.=0,81 en mujeres y 0,56; d.t.=0,54 en hombres) en la evaluación inicial. Esto expresa la presencia de signos generales de ansiedad, así como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y miedos. En la evaluación final el porcentaje no se vio modificado.

En cuanto a las puntuaciones de *Hostilidad* en la evaluación inicial, sólo una minoría de la muestra (28,5%) obtuvo un puntaje superior a la media de población normal (1,10; d.t.=0,90 en mujeres y 0,91; d.t.=0,80 en hombres). Esto implica una presencia de pensamientos, sentimientos y acciones característicos de afectos negativos de enojo. En la evaluación final el porcentaje no varió.

Tanto en la evaluación inicial como en la final, sólo una minoría de la muestra (21,4%) obtuvo puntuaciones superiores a la media de población normal (0,52; d.t.=0,60 en mujeres y 0,27; d.t.=0,44 en hombres) en la dimensión de *Ansiedad Fóbica*. Esto sugiere que hay una respuesta persistente de miedo,

irracional y desproporcionada, en relación al estímulo que la provoca. Así mismo, en la dimensión de *Ideaciones Paranoides*, sólo una minoría de la muestra (21,4%) puntuó por encima de la media de población normal (1,07; d.t.=0,89 en mujeres y 0,75; d.t.=0,71 en hombres), tanto en la evaluación inicial como en la final; indicando la presencia de comportamientos paranoides, tales como pensamiento proyectivo, suspicacia o temor a la pérdida de autonomía.

En la evaluación inicial, la minoría de la muestra (21,4%) obtuvo en *Psicoticismo* puntuaciones superiores a la media de población normal (0,69; d.t.=0,65 en mujeres y 0,41; d.t.=0,46 en hombres), lo cual indica que hay una manifestación de síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. En la evaluación final el porcentaje subió a 28,5%.

Finalmente, el *Índice General de Severidad* puntuó por encima de la media para la gran mayoría de la muestra (92,8%), esto es un indicador del nivel actual de la severidad del malestar.

Análisis de Datos Pre-Post

Se realizaron diferentes análisis estadísticos posibles para una muestra de tamaño reducido. Primero, se realizaron estadísticos descriptivos para obtener la caracterización de la muestra y valorar la presencia de los síntomas psicológicos evaluados. Posteriormente, se emplearon pruebas no paramétricas para analizar diferencias en puntuaciones antes y después de la intervención. Las pruebas se realizaron utilizando una aproximación “two-sided” y el nivel de significancia se estableció en 0,05. Los análisis se efectuaron con el programa SPSS, versión 16.0.

La prueba de *Wilcoxon de los Rangos con Signo* se utilizó para calcular diferencias entre las puntuaciones de las escalas y subescalas administradas en función del momento de la evaluación: al inicio y al final de la intervención. Con dicha herramienta es posible calcular las diferencias entre las dos variables para todos los casos y clasificar las diferencias como positivas, negativas o empatadas. Si las dos variables tienen una distribución similar, el número de diferencias positivas y negativas no difiere de forma significativa

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la sintomatología en la dimensión de *Depresión* ($z = -2,665$; $p < 0,01$) y de

Obsesiones y Compulsiones ($z = -2,078$; $p < 0,05$). Además, se detectaron diferencias significativas en el *Índice Global de Malestar* ($z = -2,691$; $p < 0,01$). Concretamente, se detectó una disminución en síntomas depresivos, obsesivos-compulsivos y en el malestar psicológico en general tras la intervención. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones iniciales y finales en sobrecarga, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

El grupo de familiares y/o allegados de personas con Trastorno Límite de la Personalidad muestran en general un bajo grado de sobrecarga. Esto se puede deber a que prácticamente la mitad de los participantes no convivían con su familiar con TLP. Se estima que este factor influye en la carga subjetiva del cuidador. Sin embargo, se encontró que prevalece un nivel de malestar psicológico alto en la mayoría del grupo, principalmente en síntomas psicopatológicos relacionados con somatizaciones y depresión. Este fue el caso para ambas evaluaciones, al comienzo y al final de la intervención.

En cuanto a las diferencias entre el antes y el después del taller, se encontró que los síntomas depresivos y obsesivos-compulsivos disminuyeron significativamente tras la intervención. Así mismo, se detectaron diferencias significativas en el grado global de malestar psicológico. A pesar de que no se hayan detectado diferencias significativas en los demás grupos de síntomas tras la intervención, claramente se aprecia una tendencia de disminución en todos los síntomas valorados.

Conclusiones

A modo de reflexión final, hay varias cuestiones que merecen ser destacadas. Al presenciar el taller y observar todo lo ocurrido allí, se considera que tanto la Psicoeducación como el entrenamiento en habilidades son sumamente útiles para los familiares de pacientes con Desorden Límite de la Personalidad. Todos han manifestado verbalmente y a través de ejemplos de su vida cotidiana, una mejoría en sus vínculos y en su bienestar familiar. Asimismo, han adquirido herramientas y recursos que le han permitido dejar de ser invalidantes para ser efectivos tanto en sus relaciones interpersonales como en acompañar en las crisis a su ser querido. De igual modo, se han incorporado

estrategias que les permiten mantener su salud física y mental, e incorporar cierta tranquilidad a su vida. Una de ellas es la Conciencia Plena.

Si bien en los resultados de los instrumentos no se muestran valores determinantes de progreso, en muchas de las dimensiones sintomáticas se ve una disminución marcada luego del paso por el grupo. En cuanto a la sobrecarga, el hecho de que no se produzca un nivel alto de la misma, puede deberse, como ya se ha mencionado, a que la mayoría de los familiares no convivían con su ser querido. Ellos mismos comentaron en su momento, que cuando vivían juntos, el caos era mucho mayor, y el caso de que la mayoría de los hijos se hayan independizado, y vivieran solos o con sus respectivas parejas, era un alivio para todos.

Estos resultados muestran ser de gran utilidad para guiar a los profesionales hacia una investigación más detallada. La falta de un grupo control en el diseño y el número reducido de la muestra pudieron ser impedimentos para lograr profundizar en el significado de las diferencias. No obstante, estas son limitantes fácilmente corregibles para estudios futuros que quieran indagar sobre esta interesante problemática.

Por otro lado, a lo largo de la búsqueda teórica que se ha llevado a cabo para desarrollar el presente trabajo, se pudo comprobar la carencia de instituciones terapéuticas que tengan en cuenta el entorno disfuncional del paciente y tomen consideraciones al respecto, brindando algún tipo de solución para mejorar tanto el malestar de la familia como el del individuo. Todos los padres del grupo han manifestado disconformidad con tratamientos anteriores por no ser comprendidos por los profesionales, ni ser ayudados para optimizar sus recursos parentales y personales. Hay muy pocas familias e incluso pacientes que sepan con exactitud de que se trata el trastorno y todas las implicancias que acarrearán, así como también desconocen la forma de abordarlo, y de que pese a que no tenga cura, se puede vivir una vida que valga la pena ser vivida, tal es el lema de la Terapia Dialéctica Comportamental. Por eso se estima que es fundamental para un mejor abordaje de cualquier tipo de enfermedad, pero especialmente de problemas mentales en jóvenes, en los cuales se manifiesta el TLP, que todas aquellas instituciones, familiares, comunidades terapéuticas, incorporen el trabajo con el entorno de dichos pacientes, y comprendan que el trastorno no solo afecta a un individuo aislado, sino que repercute en todo su

sistema, particularmente en la familia, que como bien se pudo evidenciar en el marco teórico del presente trabajo, hay numerosos estudios que comprobaron que parte de la etiología del desorden, se vincula con el ambiente invalidante de la persona.

Pese al gran aporte que se considera que realiza la Fundación a las familias y allegados de estos pacientes con dicha patología, se le puede realizar algunas críticas y sugerencias. Al haber compartido el taller, se pudo observar que algunas de las limitaciones que tuvieron fue la falta de tiempo para profundizar de manera completa y detallada cada tema tratado. Algunas cuestiones se abordaron con cierta ligereza para llegar a completar el programa en los meses pactados. Quizás se debería realizar un grupo por más de tres meses o más de un encuentro semanal, a modo de tener el lugar y el tiempo suficiente y disponible para que cada padre, esposo, hermano, amigo, etc, pueda hablar todo lo que desee, preguntar todo aquello que no entienda, sin ser interrumpidos por tener que continuar con el grupo.

Para finalizar, se considera necesario destacar que si bien es sumamente útil el trabajo con los familiares, de nada sirve si no se hace en conjunto y de manera complementaria al tratamiento de la persona con el desorden. Desde el DBT se incluiría la terapia individual, el entrenamiento en habilidades, la práctica de conciencia plena y el coaching telefónico de ser requerido. Todo esto sumado al abordaje de su ambiente, podrían llevar a una exitosa terapia, siempre con la idea de cómo bien se mencionó en las características del TLP, habrá recaídas pero los recursos brindados darán sus frutos, pudiendo ser utilizados al enfrentar las crisis de forma efectiva.

Bibliografía

- Apfelbaum S, Gagliesi P (2004). El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. VERTEX. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. XV: 295-302.
- Apfelbaum S; Gagliesi P; Lencioni G; Pechon C; Herman L; Kriwet M, et al. (2007). *Manual psicoeducacional para pacientes, familiares y allegados sobre el desorden límite de la personalidad*. [Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad] .Bueno Aires: Universidad de Buenos Aires.
- American Psychiatric Association (2005). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Brach (2003) *Radical Acceptance*. New York: Bantam Books
- Bradley.R; Jenei .J, & Westen. D. (2005). Etiology of Borderline Personality Disorder Disentangling the Contributions of Intercorrelated Antecedents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 193: 24-31.
- Clarkin, Marziali y Munroe- Blum (1991) *Group and Family Treatments for Borderline Personality Disorder*.
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.

- Gagliesi, P. (2007). *Terapia Dialéctico Comportamental y la Violencia*. Buenos Aires: Fundación Foro.
- García C., M.M., Mateo R., I. y Maroto N., G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida en las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 83-92.
- Grad, J. y Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *Lancet*, 1, 544-547
- Gottman, J. M., y Katz, L. F. (1989). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25(3), 373-381.
- Guttman H. (2002). The epigenesis of the family system as a context for individual development. *Family Process*. Vol. 41: 533-545.
- Hoffman, P., Buteau, E., Hooley, J.M, Fruzzetti, A.E. y Bruce, M.L. (2003) Family Members' knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their levels of Depression, Burder, Distress and Expressed Emotion. *Family Process*. Vol. 42, N°4.
- Hoffman, P., Fruzzetti, A.E. y Swenson. (1999). Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training. *Family Process*. 38:399-414.
- Hoffman, P. y McGlashan T.H. (2003). *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lazaruz, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Linehan M. (1993). *Cognitive Behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

- Linehan M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. y Heard, H.L. (1991). Cognitive- behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Ma, H. y Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Manning, S. (2007). Dialectical Behaviour Therapy (DBT). En Freeman C. y Power M. (ed.) *Handbook of Evidence-based psychoterapies: a guide for research and practice* (p. 83-92). Chichester: John Wiley & Sons.
- Montorio C., I., Izal F.T., M., López L., A. y Sánchez C., M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Sarmiento Suárez J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 37 (1): 149-163.
- Soler. J., Pascual, J.C. Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J.B., Campins, J., Gich, I., Alvarez, E., y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy* 47, 353–358
- Stoewsand C. y Pechon C. (2008) *Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de personas con Desorden de la Regulación de las Emociones*. Buenos Aires: Fundación Foro.

Teasdale, J. T. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. (2000). Prevention of relapse-recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Zarit, H.S., Reever, E.K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.