

Trabajo de integración final

“Descripción de habilidades de validación
en un caso particular de un familiar de
una persona con desregulación
emocional”

➤ Alumna: Agustina Rodríguez
Lassalotte

➤ Tutora: Dra. María Laura Lupano

Índice

1. Introducción.....	3
2. Marco teórico.....	4
3 METODOLOGIA.....	25
4. Desarrollo.....	27
5. Conclusión.....	37

1. Introducción

La práctica de habilitación profesional se realizó en una fundación terapéutica, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución se dedica a la formación, asistencia, prevención e investigación en el campo de la salud mental.

Las actividades realizadas en dicha institución consistieron en la asistencia a los posgrados de psicología positiva, psicoterapias contemporáneas y DBT. Así como también la participación en los grupos de habilidades para mujeres y habilidades para padres y allegados de personas con desregulación emocional.

A partir de la participación en el grupo de habilidades para padres surgió el tema del presente trabajo.

Los grupos de habilidades, diseñados a partir del modelo de la terapia dialéctico conductual, consisten en clases teórico-prácticas y vivenciales. El *Grupo de Habilidades para Familiares y Allegados* consta de 12 sesiones, que se realizan a partir de un encuentro semanal de 120 minutos de duración aproximadamente

1.1 Objetivos

Como objetivo principal de este trabajo se realizó una descripción de la utilización de la habilidad de validación expuesta en el grupo. Como objetivos específicos se plantearon:

-Describir un caso particular de utilización de la habilidad de validación en la madre de una persona con desregulación emocional

-Indagar sobre los beneficios de la utilización de la habilidad de validación en este caso particular

-Describir la variación de síntomas psicológicos, malestar y sobrecarga a partir de la participación en la formación de habilidades

2. Marco teórico

2.1 Definición de personalidad y trastorno de personalidad

El DSM IV-TR (2002) designa los trastornos de personalidad como una pauta permanente formada por la experiencia interna y el comportamiento, que afecta diferentes áreas de la vida de la persona y permanece alejado de las pautas de la cultura del sujeto. Estos rasgos tienen inicio en la adolescencia o al comienzo de la edad adulta.

En las Memorias del III congreso internacional de Investigación y Práctica profesional en Psicología, Chiepa y Cupani(2011) hicieron referencia a la definición de personalidad de Larsen y Buss, quienes la describen como “un conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones, y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”(p.48), refiriéndose también a dos perspectivas propuestas por Nestadt (2008) para abordar los trastornos de la personalidad: categórico (la persona tiene un trastorno o no) y dimensional (cada trastorno se considera un continuo que va desde la normalidad hasta la incapacidad o perturbación grave).

Tania Escribano Nieto (2006) realizó un trabajo de revisión bibliográfica en relación al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y destacó la definición de Caballo, quien sostiene que la personalidad podría considerarse como “un patrón complejo de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí, que persisten a lo largo del tiempo y se manifiestan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo” (p.6) y señala que estos rasgos serían derivados de una mezcla de factores temperamentales (biológicos) y caracterológicos (ambientales). En su recorrido por el DSM IV-TR (APA; 2002), la autora, destaca que los rasgos de personalidad pueden llegar a constituir un trastorno de la personalidad cuando son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo en la persona.

2.2 Definición de trastorno límite de la personalidad

Un importante motivo de consulta en psicología son los trastornos de personalidad, y, dentro de estos, el TLP es señalado como el que produce más deterioro (Escribano Nieto, 2006).

González Vives, Díaz-Marsá, Fuentenegro, López-Ibor Aliño y Carrasco (2006) a partir de la revisión histórica que realizaron del concepto de Trastorno Límite de la Personalidad refieren que Stern, en 1938, fue el primer autor en utilizar el término *borderline*. El término afloró en una publicación psicoanalítica para denominar un grupo límite de la neurosis. Los autores manifiestan que la revisión del concepto presentó la dificultad de hallar en la literatura diferentes síndromes que presentan el patrón de inestabilidad afectiva e interpersonal del Límite pero que no se denominaban de esta manera. Esto puede deberse a que, según los autores, las diferentes escuelas (psicoanalítica, biológica, ecléctica y biosocial) no llegan a un consenso con respecto al término *borderline*.

Estos autores describen los pacientes *borderline* como “individuos desvalidos, agradables y deprimidos, que buscan la compasión de los demás o pueden aparecer como pacientes con trastornos de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria o síntomas depresivos.” (p. 87). Sostienen que cuando estos pacientes se sienten amenazados pueden recurrir a situaciones que ponen en riesgo su vida, también pueden volverse irascibles y desesperados por evitar el abandono. Los autores también señalan que estas personas presentan importantes sentimientos de odio hacia si mismos que pueden derivar en conductas autolesivas, como una manera de castigarse o de pedir auxilio. Si ante estas conductas reciben protección, tenderán a repetirse, y agregan que para el paciente *borderline* con conductas suicidas está presente la creencia de que la vida no merece ser vivida si no hay otro que lo rescate, por eso la mayoría de los intentos de suicidio tienen lugar cuando el rescate es posible.

El DSM IV-TR (2002) presenta el TLP como caracterizado por la inestabilidad que se manifiesta en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad; agregando una evidente impulsividad. Para llevar a cabo el diagnóstico, la persona debe presentar 5 ó más de las siguientes características:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario

- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación

- Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable

- Impulsividad en al menos dos áreas, potencialmente dañina para si mismo

- Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación

- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo

- Sentimientos crónicos de vacío

- Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira

- Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Diversos autores relacionan el abuso sexual con el TLP. Sarmiento Suárez (2008) señala que como resultado de este abuso aparecen creencias relacionadas con el rechazo y la amenaza de ser abandonados, a la vez que favorece la autoinvalidación. Lineham (2003) considera que no esta definido si el abuso da lugar a el desarrollo del TLP o si el desarrollo del trastorno y el abuso son producto de la disfunción e invalidación familiar por igual. Sarmiento Suárez (2008) afirma que aproximadamente el 70% de las personas con TLP sufrieron algún tipo de abuso sexual en la infancia.

Según Lineham (2003) la alta incidencia de abuso sexual en personas con TLP llama la atención sobre la posibilidad de considerarlo un antecesor del trastorno. █

Escibano Nieto (2006) afirma que el 70% de las personas que padecen TLP realizan al menos un intento de suicidio. La autora manifiesta que las personas con TLP tienen un característico temor al abandono como consecuencia de la necesidad de mantener un estrecho vínculo emocional. Señala que es frecuente en este tipo de pacientes la distorsión en la percepción de la comunicación y las acciones de los demás, lo que trae como consecuencia una intensificación de la patología. También afirma que estos pacientes funcionan adecuadamente en un ambiente estructurado debido a que toman prestada la estructura del entorno para conseguir su propia organización.

Son varios los autores que describen las conductas desadaptativas de las personas con TLP, Alfelbaum y Gagliesi (2004) sostienen que dichas conductas son muchas veces percibidas por el entorno como contradictorias, imprevisibles, agresivas y manipuladoras. Y afirman que cuando se desconocen los motivos que las generan, pueden traer como consecuencia respuestas invalidantes por parte del entorno. Los familiares y allegados suelen sentirse manipulados o engañados, aún cuando no sea la intención de la persona con TLP. Los autores expresan que dichas motivaciones suelen ser apenas conscientes para la persona con TLP y que se relacionarían más con la necesidad de protegerse ante un intenso dolor que el querer herir al otro.

Sarmiento Suárez (2008) explica que el TLP es un trastorno vincular, debido a que las relaciones interpersonales causan un malestar significativo en las personas que los rodean, quienes suelen tomar este comportamiento como una cuestión personal. Y agrega que las personas con TLP alternan periodos de mejoría con periodos de crisis, que usualmente suelen desencadenarse por algún suceso vital (separaciones, pérdidas de empleo, etc.).

Alfelbaum y Gagliesi (2004) afirman que actualmente el TLP es presentado por diversas teorías como un desorden de la regulación de las emociones y de la interacción de la persona con el contexto. Una de las mayores exponentes de este trastorno es Lineham (2003), quien propone la Teoría biosocial del trastorno de personalidad límite,

la cual sostiene que la desregulación de las emociones en el TLP es el resultado de la predisposición biológica, el contexto ambiental y la interacción entre ambos.

Según lo expuesto por Lineham (2003) la desregulación emocional en personas con trastorno límite de la personalidad es resultante de un sistema de respuesta emocional hiperreactivo sumado a la incapacidad de regular las emociones y las acciones consecuentes. Según la autora, la desregulación emocional tiene una base biológica, no necesariamente hereditaria, que difiere según las personas por eso mismo no se encuentra una anormalidad biológica común a todos los casos de TLP.

2.3 Influencia del contexto social y familiar en el TLP

Son diversos los autores que plantean la participación, la influencia o la responsabilidad de la familia en los tratamientos psicológicos. Muchos autores trascienden el entorno familiar y relacionan los cambios en la sociedad y a nivel mundial con el aumento del TLP.

Navarro Góngora (1992) realiza un análisis del rol de la familia a partir de un modelo sistémico y concluye que el trastorno es producto de la interacción y no una condición propia del individuo, porque es consecuencia del funcionamiento general del sistema (de esta manera se desculpabiliza al portador del síntoma). Según el autor el síntoma aparece como una necesidad del sistema por esto hay que comprenderlo dentro del marco de conductas en el que se haya inmerso, como sostiene al sistema y como es sostenido por él, requiriendo comprender la concatenación de todas las demás conductas familiares. Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo-Corigliano (1995) también adhieren a esta postura de considerar la familia como un sistema que se encuentra en transformación constante, que evoluciona desestabilizándose y estabilizándose después sobre nuevas bases.

Martínez y González (2010) sostienen que la participación de la familia en los tratamientos se asocia a una mejor evolución de éste, aunque también señalan que puede

entorpecer el proceso. Es por esto que plantean priorizar las variables más relevantes de la dinámica familiar en la elaboración de las estrategias terapéuticas, debido a que considera que las personas con trastornos de la personalidad tienen considerables problemas familiares.

Por otro lado, Andolfi y Zwerling (1985) plantean una perspectiva del paciente donde no se explore únicamente las dimensiones psicológicas o familiares, sino que se lo tenga en cuenta también como trabajador, ciudadano, etc.

Otro autor que adhiere a esta postura es Minuchin (1993), quien afirma que la terapia familiar propone la comprensión de la conducta humana ligada a su contexto social. El autor apunta a modificar la organización familiar, porque de esta manera se modifica también la vida de cada uno de los miembros. Sostiene que la conducta familiar esta pautada, dado que sus miembros responden de modos predecibles. Es por esto mismo que afirma que la respuesta natural de una familia ante situaciones cambiantes, es responder de manera habitual; por lo que sostiene que la terapia consiste en ayudar a la familia a readaptarse a las circunstancias cambiantes.

Por su parte, Madanes (1993) afirma que la terapia se encuentra en un estado óptimo cuando la persona se encuentra en su contexto cotidiano, y apela a la perspectiva comunicacional del doble vínculo derivada de los aportes de Bateson para señalar un tipo de terapia que enfatiza el cambio en el sistema familiar a partir de que los miembros se conduzcan o se comuniquen de manera diferente entre sí, debido a que considera que cualquier nueva experiencia es generadora de cambios.

Cirigliano y Villaverde (1966), tomando a John Dewey, afirman que se educa a través del medioambiente, debido a que en él encontramos las posibilidades de crecimiento y desarrollo.

Siguiendo con esta línea, Watzlawick (1997) sostiene que un fenómeno sólo puede ser explicado si incluye el contexto en el que tiene lugar, el ignorar el contexto puede llevar a que el observador atribuya características al objeto de estudio que quizás no posea.

Escribano Nieto (2006) señala que existe un incremento en el TLP en los últimos años que puede ser consecuencia de hábitos de crianza, relaciones de pareja, cohesión familiar, tipos de ocio, etc. Pero por otro lado, la autora no descarta la influencia de la transmisión familiar, debido a que es frecuente el diagnóstico entre los familiares de pacientes con TLP.

De modo similar, Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi (2011), señalan la existencia de estudios etiológicos que dan cuenta de la relación entre la estructura familiar y la predisposición a desarrollar y mantener el TLP.

Pérez Urdaniz et al. (2001) plantean algunas características de la posmodernidad que podrían afectar a los rasgos de personalidad, tomando ideas de Fukuyama, Weaber y Opuhls señalan los puntos que consideran de mayor impacto en la génesis de los trastornos de personalidad:

-Aumento de la velocidad y movilidad en todos los ámbitos, incluido el de las relaciones personales. Esto actuaría como propiciador de relaciones humanas superficiales y desarraigadas.

-Avance tecnológico y cambio permanente. Este punto contribuiría al TLP como un generador de sentimientos de vacío, pérdida de la identidad, etc.

-Libertad personal a ultranza. Se refieren a una promoción a nivel general de la impulsividad y de la libertad personal por sobre el resto de las personas.

-Pérdida o desaparición de principios altruistas, lo que traería como consecuencia la pérdida de los lazos comunitarios dando paso a una actitud más individualista.

-Mayor intromisión del Estado en la vida, siendo responsable admitir leyes más permisivas lo que propiciaría conductas antisociales que anteriormente eran penalizadas.

-Reducción de la vida humana a ejes economicistas, donde predominarían conductas competitivas e individualistas

-*El peligro real de destrucción masiva* que representan las armas atómicas desde 1945 propiciaría practicas paranoides, antisociales, etc. Sobre este factor se suma la destrucción de la vida individual encarnada en la inestabilidad laboral, la inestabilidad económica, la inestabilidad familiar, etc.

2.4 Terapia Dialéctica Conductual

La terapia dialéctico conductual (DBT) surge a partir de una modificación de la terapia cognitivo conductual (TCC), y está basada en la teoría dialéctica y biosocial del TLP (Lineham, 2003).

Los principales puntos de la DBT según la autora son:

- 1- la aceptación y validación de la conducta tal como se presenta en el momento
- 2- el tratamiento de las conductas que interfieren en la terapia tanto por parte del cliente como del terapeuta
- 3- la relación terapéutica como parte esencial del tratamiento
- 4- los procesos dialécticos

Lineham y su equipo comenzaron utilizando técnicas de la TCC, pero advirtieron que no todos los pacientes podían tolerar estas técnicas enfocadas en el cambio, lo que consecuentemente causaba un abandono del tratamiento. Esta situación llevo a incorporar *estrategias de aceptación*, dando lugar a la dialéctica fundamental de la DBT: el balance entre *estrategias de aceptación* y *estrategias de cambio*.

La dialéctica es el punto fundamental de la DBT (Lineham, 2003). Dialéctica significa “evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones” (Gagliesi, 2010), esta postura sostiene que todas las posiciones tienen algo de verdad. La filosofía dialéctica proviene de la tradición budista Zen, que considera que la realidad se presenta en opuestos. También la DBT apela a la tradición Zen para resaltar la importancia de la aceptación en el tratamiento.

La perspectiva dialéctica tiene tres características principales, que son esenciales para entender el TLP (Lineham, 2003):

La primera consiste en entender que los análisis de cada una de las partes de un sistema no tienen mucho valor si no se relacionan las partes con el todo. Esto implica considerar los contextos, no solo el contexto inmediato sino la cultura en la que el individuo se haya inmerso. Es así que la formación de habilidades esta apuntada no solamente a la autogestión sino también a capacitarse para influir en el medio ambiente. A si mismo, es necesario considerar la interrelacionalidad de los déficits de habilidades, teniendo en cuenta la dificultad que representa el aprender un nuevo grupo de habilidades si no se aprenden en simultaneo otras habilidades relacionadas.

La segunda característica afirma que la realidad se presenta como un conjunto de fuerzas que se oponen entre si (tesis y antitesis) de cuya síntesis surge un nuevo grupo de fuerzas oponentes. Por lo tanto, todas las proposiciones contienen sus propias oposiciones. De esta manera se puede pensar la conducta, el pensamiento y las emociones dicotómicas y extremas características del TLP, como fracasos dialécticos. Es decir, la persona no logra llevar a cabo la síntesis. En el marco de la enseñanza de habilidades se señalan tres polaridades que influyen negativamente en el progreso, por lo que el terapeuta debe estar atento para ayudar al cliente a lograr una síntesis posible:

1- la dialéctica entre la necesidad del paciente de aceptarse a si mismo como es en ese momento y la necesidad de cambio

2- la tensión que vive el paciente entre obtener lo que necesita y perder la ayuda o apoyo si se hace mas competente

3- el mantenimiento de la integridad personal del paciente y la confirmación de sus propios puntos de vista acerca de sus dificultades frente al aprendizaje de nuevas habilidades que le ayudarán a salir del sufrimiento. Si el paciente mejora a partir del aprendizaje de nuevas habilidades estaría confirmando su punto de vista respecto al problema, esto es, que no puede ayudarse a si mismo. Por este motivo el aprendizaje de nuevas habilidades puede validar las opiniones de los demás, es decir que el problema era el paciente y no su entorno.

La tercera característica dialéctica se basa en el supuesto de que la esencia de la realidad es el cambio o el proceso, mas que el contenido o estructura. Es por esto que la terapia se focaliza en ayudar a que el paciente este cómodo con el cambio, en vez de mantener un ambiente estable.

El modelo de DBT se plantea como un programa, dada su complejidad, que incluye psicoterapia, clases grupales de habilidades, entrenamiento para familiares y allegados, y reuniones de los terapeutas. Gagliosi (2010) señala que los principios básicos del equipo tratante de DBT son:

- los consultantes hacen lo mejor que pueden
- quieren mejorar
- necesitan mejorar, probar, intentar mas y estar más motivados al cambio
- podrían no ser la causa de todos sus problemas pero los tienen que resolver ellos mismos de todos modos
- la vida como TLP es insoportable en la forma que es vivida
- los consultantes deben aprender nuevas conductas y todos los contextos son importantes

-los consultantes no fracasan, las terapias si (que no dispongamos de la tecnología para asistirlos es parte de un déficit de nuestra profesión, no de ellos y su problema)

-los terapeutas necesitan sostén, asistencia y colaboración.

Sarmiento Suárez (2008) afirma que el objetivo de la DBT es ayudar a los pacientes a construir “una vida que valga la pena ser vivida”, poniendo énfasis, especialmente, en controlar aquellas conductas que atentan contra la vida.

2.5 Grupos de Formación de Habilidades

Al tratarse de un trastorno predominantemente vincular es necesario tener en cuenta el contexto y la relación con éste.

Diversos autores señalan la necesidad de estos pacientes de recibir atención, afecto y de estar en contacto estrecho con las personas que consideran significativas, pero también señalan que no suelen elegir métodos asertivos para hacerlo, remarcando la tendencia a las amenazas de suicidio, la ira desmedida y la dependencia hacia los otros que genera situaciones de desesperación ante un posible abandono.

El desconocimiento respecto al trastorno y la falta de habilidades para relacionarse asertivamente con las personas diagnosticadas con TLP afectan las relaciones interpersonales (Regalado, Pechón, Stoewsand & Gagliesi, 2009). Los familiares y allegados suelen ser receptores de conductas que no comprenden o a las que no saben responder, trayendo frecuentemente como consecuencia un empeoramiento de la situación. La conflictividad en las relaciones interpersonales es un motivo muy importante en la desregulación emocional (Regalado, Pechon, Stoewsand & Galiesi, 2011). La inestabilidad que genera una dinámica familiar afectada en sus relaciones interpersonales, posiblemente sea tanto causa como consecuencia de la inestabilidad emocional y psicológica de las personas con TLP (Regalado et. al. 2011)

Para brindar las herramientas necesarias para los allegados de personas con este trastorno, se desarrollan talleres cuyo fin es informar respecto al psicodiagnóstico y las características del trastorno, así como también los efectos que recaen sobre las personas cercanas (Regalado et. al. 2009).

Apfelbaum y Gagliesi (2004) plantean en el trabajo con familias de personas con TLP la psicoeducación como una herramienta que no solo brinda información sino que permite tener una sensación de dominio sobre la situación. Para afrontar situaciones con mayor eficacia, se propone la adquisición de ciertas habilidades, que surgen como resultado de una recopilación de técnicas conductuales.

Los grupos de habilidades diseñados para familiares y allegados de personas con TLP tienen como finalidad la enseñanza de habilidades destinadas a mejorar los vínculos y disminuir las crisis, lo que lleva consecuentemente a una mejora en la calidad de vida. La enseñanza de habilidades se basa en el modelo de tratamiento de la terapia dialéctica conductual, la cual se fundamenta en la teoría dialéctica y biosocial del TLP (Lineham, 2003).

Los encuentros del taller se encuentran estandarizados de acuerdo a la propuesta de Lineham (2003). La autora estandarizó los encuentros de la siguiente manera:

-Inicio del encuentro:

Los participantes son recibidos en el lugar con bebidas y algún tentempié. En los grupos para pacientes con TLP se utiliza este momento para atender temas grupales, analizar conductas que puedan interferir en la asistencia al grupo, si algún miembro estuvo ausente sesiones anteriores se le da la oportunidad de explicarle al grupo los motivos, etc.

-Compartir los esfuerzos de la práctica/corrección de las tareas:

El coordinador le pide a cada persona que comparta con el resto lo que fue practicando la semana anterior. Este punto es primordial en el entrenamiento en

habilidades. El saber que tienen que compartir las tareas, y en el caso de no hacerlas tener que justificar el por qué, es una fuente importante de motivación para la realización de las mismas. Cuando los participantes hacen las tareas y las habilidades les funcionaron, los coordinadores tienen que animarlos y apoyarlos. También se incentiva al resto de los participantes a animar, apoyar y a comentar las experiencias similares que hayan tenido. Igualmente se presta la misma atención a los éxitos que a las dificultades que puedan experimentar.

-Cuando un miembro tiene dificultades con la tarea:

A veces algún miembro manifiesta que no hizo la tarea. Al ahondar en la situación muchas veces se encuentra que la persona sí lo intentó, pero lo que no logró resolver es el problema, puso en práctica lo aprendido pero no se dio cuenta que lo hizo, o no entendió las habilidades enseñadas y no se animó a preguntar. Esto implica una reestructuración, hay que explicitar la autocensura que tienen los participantes a la hora de preguntar sus dudas. En este punto es útil fomentar la participación del resto de los miembros para ayudar a la persona que tiene la dificultad.

-Cuando un miembro no hizo la tarea:

Cuando un participante no hizo la tarea, se analiza tal actitud. Se indagan los motivos para que la persona pueda realizar las tareas los encuentros siguientes.

-Los descansos:

Los descansos suelen hacerse una hora después del inicio del grupo. Nuevamente se ofrecen bebidas y algún tentempié. Esto favorece la interacción entre los participantes en un período que no está estructurado. Si algún miembro necesita atención especial, se aprovecha este momento.

-Presentación del nuevo material:

La hora siguiente al descanso se dedica a la presentación de nuevas habilidades (o para la revisión de las ya presentadas).

-El cierre:

Se puede proponer como cierre la observación de los procesos, es decir que cada participante comente sus impresiones del encuentro. Otro método de cierre que se propone, consiste en hacer ejercicios de relajación, visualización, meditación y respiración (el objetivo es observar que le sucede a cada uno internamente).

2.6 Habilidad de Validación

La validación consiste en reconocer y aceptar las emociones del otro, lo que, según Gagliesi (2010), no implica estar de acuerdo.

Según Sarmiento Suárez (2008) la validación es la estrategia más importante en la aceptación porque permite a la persona entender sus acciones, emociones y pensamientos. La validación esta dirigida a los sentimientos, no a las conductas.

Rogers (1961) plantea como condición para facilitar el cambio de la personalidad en psicoterapia, el *ser recibido*. Ser recibido implica el ser comprendido empáticamente y el ser aceptado, cualesquiera que sean los sentimientos y el modo de expresión.

Sarmiento Suárez (2008) señala que la esencia de la validación consiste en comunicarle al paciente que sus respuestas tienen sentido si se tiene en cuenta el contexto y la situación actual.

Según Lineham (2003) la validación requiere que se busque la parte verdadera o sabia de las respuestas del paciente. La DBT apunta a que la validación ocurra no solo dentro de terapia sino que se traslade al contexto del paciente.

Gagliesi (2010) plantea diferentes niveles y tipos de validación, siendo el nivel más básico el estar atento a la otra persona, es decir, respetar lo que siente, dice y hace.

La validación se puede entender a partir de cinco niveles, según queda expuesto en las fichas de uso interno de la institución:

- 1- Escuchar y observar
- 2- Comentar en forma precisa lo comprendido
- 3- Poner palabras a lo no expresado: se intenta poner en palabras lo que la persona esta sintiendo, dejando en claro que es una observación
- 4- Causas suficientes: hacer una conexión con una experiencia del pasado para darle sentido a esta experiencia
- 5- Razonable en el momento: validar la experiencia de acuerdo al contexto

Sarmiento Suárez (2008), a partir de una adaptación de Feingengbaum, agrega un sexto nivel de validación, la “sinceridad radical”, que consiste en tratar al paciente como capaz, efectivo y razonable, y no como una persona frágil.

Lineham (2003) también señala que la validación consiste en tener un conocimiento empático de la sensación de desesperación por parte del paciente.

Siguiendo con lo expuesto en las fichas de uso interno de la institución, la validación consiste en la aceptación de las respuestas emocionales del otro. Se puede validar a alguien mediante:

V- *ver y escuchar al otro*. Se refiere a observar el cuerpo, los gestos, el contexto ambiental del otro, escuchar el tono de voz y lo que la persona dice. Propone prestar atención a lo que el otro expresa, sin pensar en una respuesta para darle. Las personas muy vulnerables perciben la falta de atención como un rechazo.

A- *aceptar con mente abierta todo lo que siente el otro.* Se refiere a aceptar completamente la emoción del otro, cualquiera que sea.

L- *limitar reacciones defensivas de uno mismo.* Cuando uno se siente atacado la respuesta defensiva no sirve, se puede tratar la emoción con la validación y cuando la persona se calme, poder hablar de las acusaciones.

I- *identificar las emociones del otro.* Se refiere a ponerle nombre a la emoción que el otro está sintiendo en ese momento, de una manera respetuosa y afectuosa. Este punto es especialmente importante para algunas personas que no pueden identificar o nombrar sus emociones.

D- *dar una respuesta empática, sin aconsejar.* Se considera que el consejo casi siempre es invalidante, porque sería una manera de dar a entender que el otro no tiene la capacidad de resolver su propio problema.

A- *acompañar al otro.* Tratar de imaginar o preguntarle a la persona que quiere en ese momento, ofrecerse a acompañarlo durante el malestar.

R- *reflejar lo que el otro dice.* Se refiere a repetir, con palabras propias, lo que el otro quiso decir. Siempre de manera respetuosa.

Gagliesi (2010) afirma que la validación tiene una gran importancia en el tratamiento psicoterapéutico porque se demostró las personas eran mas colaboradoras y eran menos propensos a abandonar el tratamiento cuando el terapeuta otorgaba igual importancia a la validación que al cambio.

2.7 Ambiente Invalidante

Un *ambiente invalidante* es señalado como la causa ambiental fundamental de la desregulación de las emociones. Este ambiente se caracteriza por mostrarse insensible

o responder inapropiadamente a la experiencia privada de una persona (como sus sentimientos o pensamientos) o reaccionar de una forma extrema (Lineham, 2003).

Según Linares (2007) para la construcción de una personalidad madura el niño necesita ser reconocido como un individuo independiente, con necesidades propias que difieren de las de sus padres. La falta de reconocimiento o desconfirmación de sus necesidades puede generar obstáculos para la construcción de su personalidad.

Que el ambiente invalidante sea causante de situaciones problemáticas depende de la vulnerabilidad de las personas. Lineham (2003) señala como vulnerabilidad emocional:

- una alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos
- una respuesta emocional de gran intensidad
- un retorno lento a la calma

Sarmiento Suárez (2008) señala que la desregulación emocional implica un uso inadecuado de estrategias de modulación emocional. Lineham (2003) define la modulación de la emoción como la habilidad de:

-inhibir la conducta inapropiada relacionada con las emociones negativas o positivas

-organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (por ejemplo, actuar, cuando sea necesario, de una manera que no dependa del estado de ánimo)

-calmar uno mismo cualquier actividad fisiológica inducida por una fuerte emoción

-conseguir concentrar la atención en presencia de una emoción fuerte.

Las personas con vulnerabilidad emocional que se encuentran inmersas en un ambiente invalidante aprenden a invalidar sus propias experiencias, por lo que

continuamente dependen del ambiente para obtener claves acerca de cómo actuar y sentirse (Lineham, 2003).

Según Gagliesi (2010) las personas con una predisposición biológica a la desregulación emocional se encontrarían en desventaja para el aprendizaje mediante el ambiente, de habilidades para regular las emociones. Y, por otra parte, la persona emocionalmente vulnerable y reactiva provoca la invalidación de un medio que de otra manera sería sustentador (Lineham, 2003). De manera similar, Linares (2007) destaca la importancia de la familia en el desarrollo de la personalidad normal y patológica, aun reconociendo la presencia de factores genéticos.

El ambiente invalidante fomenta el control de la expresividad emocional, especialmente de las emociones negativas, las cuales son atribuidas a rasgos negativos como la falta de motivación, falta de disciplina y fracaso para adoptar actitudes positivas. El ambiente invalidante también puede incluir restricciones en las demandas que un niño puede hacer al entorno, la discriminación del niño en base al género u otras características arbitrarias y el castigo (puede ser desde críticas hasta abuso físico y/o sexual) como medio para controlar la conducta (Lineham, 2003).

Un ambiente invalidante influye en la desregulación emocional porque fracasa al enseñarle al niño a nombrar las emociones, a modular la activación emocional, a tolerar el malestar y a confiar en sus propias respuestas emocionales. Esto contribuye a que el niño deba buscar en el ambiente las respuestas acerca de la forma en la que debería sentirse y actuar (Lineham, 2003).

La invalidación emocional no siempre se considera negativa, ya que permite educar y enseñar autocontrol al niño. Para los niños vulnerables emocionalmente la invalidación puede resultar efectiva para controlar temporalmente la expresión emocional, debido a que estos niños extraen del contexto los medios para controlar su conducta (Lineham, 2003).

Las estrategias de control emocional que utilizan las familias invalidantes no tienen el mismo impacto en todos los niños, algunas inclusive pueden ser tomadas como positivas en niños que están mejor preparados fisiológicamente para regular las

emociones, mientras que con niños emocionalmente vulnerables suelen tener un efecto negativo (Lineham, 2003). Es por esto que la autora sostiene que esta interacción entre el medio ambiente y la biología es lo que produce el TLP, poniendo un particular énfasis a la importancia de los ambientes abusivos en el desarrollo del TLP, puntualmente en el abuso sexual infantil.

2.8. Conciencia Plena

La conciencia plena busca traer la atención al momento presente. Es una práctica en la que la persona está intencionalmente atenta a sus pensamientos y acciones en el momento presente. La conciencia plena no busca un fin ulterior, sino simplemente estar en el presente.

Kabat-Zinn (2004) afirma que habitualmente nuestra mente se halla en el pasado o en el futuro, por lo que la conciencia se pierde algunos hechos del presente. Esto implica que funcionamos de manera mecánica, sin darnos cuenta de nuestras acciones o pensamientos. Según el autor, la práctica de la atención plena consiste en observar nuestras experiencias corporales y mentales y aceptarlas como son, no se propone cambiar nada ni llegar a ningún estado en especial, sino concentrarse en el presente para tomar conciencia de lo que hacemos mientras lo hacemos. Por esto mismo, según Gagliosi (2010) la atención plena se puede realizar más allá de una sesión de meditación, por ejemplo, comiendo algo, lavando los platos, etc; lo que plantea una gran diferencia respecto a la vida cotidiana de la mayoría de las personas, donde se encuentran haciendo varias cosas simultáneamente. Y propone practicar la conciencia plena en las supervisiones, en la psicoterapia y en la vida personal de los terapeutas, y no limitarse únicamente a los entrenamientos.

Kabat Zinn (2004) plantea 7 actitudes con las que se debe practicar la conciencia plena. Una de las principales actitudes es la de *no juzgar*. Esta actitud expresa que nuestra mente emite juicios constantemente, reaccionamos a nuestras experiencias de acuerdo al valor que consideramos que tienen para nosotros. Esta actitud nos alerta de

reacciones mecánicas, donde no solo no tenemos conciencia sino que suelen carecer de fundamento. Cuando aparezca esta actitud enjuiciadora tenemos que tomar conciencia y recordar que lo único que tenemos que hacer es observar.

Otra de las actitudes importantes señaladas por Kabat Zinn (2004) en la práctica de la conciencia plena es la *paciencia*, la cual remarca el comprender y aceptar que las cosas tengan su tiempo de desarrollo.

La validación y la conciencia plena son estrategias de aceptación. Los padres y allegados pueden usar la conciencia plena para estar en el momento y calmar la emoción (para evitar escalar la violencia y/o tener reacciones defensivas). Para este punto también es importante tener en cuenta las actitudes con las que se practica la conciencia plena, por ejemplo no juzgar, ser paciente, etc.

Sarmiento Suárez (2008) sostiene que el objetivo de la conciencia plena es identificar las acciones convenientes para generar soluciones efectivas teniendo en cuenta el estado emocional actual y los pensamientos asociados. Dicho con otras palabras, la autora afirma que a través de la conciencia plena se puede llegar a estados de *mente sabia* que consiste en la integración de la *mente emocional* y la *mente racional*.

2.9 Familiares y cuidadores informales

El interés respecto a los cuidadores informales ha ido en aumento en las últimas décadas debido al envejecimiento de la población y el aumento en la expectativa de vida en enfermedades crónicas y discapacidades físicas o psíquicas, según lo planteado por Alpuche Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell y Figueroa López (2008).

Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi (2011) señalan que las personas con TLP tienen una vida afectada por frecuentes crisis que traen como resultado consultas, medicas, tratamientos, medicación e internaciones, en mayor medida que en otros trastornos de la personalidad, lo que repercute esencialmente en los familiares y allegados. Según Alpuche Ramírez et. al. (2008) las consecuencias que recaen sobre los

cuidadores informales suelen traducirse en complicaciones físicas, psicológicas y sociales.

Zarit diseñó la Entrevista de Carga del Cuidador (ECCZ) en el marco del modelo cognitivo-conductual del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman, siendo uno de los instrumentos más frecuentes para evaluar la carga subjetiva del cuidador (Alpuche Ramírez et. al. 2008). Los autores definen la carga como “la evaluación o percepción que el cuidador tiene de las demandas del medio relacionadas con su rol como cuidador, y los recursos con los que cuenta para satisfacer dichas demandas” (pág. 238), y a su vez, definen la carga subjetiva 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” (p. 238).

La ECCZ, según lo referido por Alpuche Ramírez et. al (2008) fue validada por Montorio y cols (1998) utilizando una muestra de 62 cuidadores primarios de personas mayores dependientes, residentes en Madrid.

Los resultados de dicha investigación mostraron tres factores subyacentes a la carga del cuidador: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia (Alpuche Ramírez, 2008). Según los autores, los factores mencionados se componen por:

El factor 1, Impacto del cuidado sobre el cuidador, refiere a las valoraciones que hace el cuidador respecto a la prestación de cuidados, como la falta de tiempo libre, falta de intimidad, sensación de pérdida de control sobre su vida, deterioro de su vida social, su salud, etc.

El factor 2, Relación interpersonal cuidador paciente, refiere principalmente a sentimientos de vergüenza, enfado o tensión respecto a la relación que el cuidador mantiene con su familiar o paciente.

El factor 3, Expectativas de autoeficacia, expresa las creencia del cuidador respecto a su capacidad para cuidar a su familia, el deber de hacerlo, si podría hacerlo mejor, la falta de recursos económicos y la creencia de que solo el puede hacerlo.

Los autores señalan a modo de conclusión, que los cuidadores primarios informales se encuentran relegados por los profesionales de la salud, por este motivo la ECCZ permite un mayor entendimiento respecto a la necesidad de espacios donde los cuidadores puedan recibir información, atención y entrenamiento en habilidades, tanto para cuidar mejor a sus familiares o pacientes, como para cuidarse mejor ellos mismos (Alpuche Ramírez et. al., 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudio:

Descriptivo- Análisis de caso único

3.2 Participantes:

Se tomó para la descripción del caso una madre (M), de 39 años, participante del grupo de habilidades para padres y allegados de personas con desregulación emocional de la fundación terapéutica.

M asiste al grupo junto a su esposo (P). Tienen una hija (C), de 17 años que realiza terapia individual y asiste al grupo de habilidades para mujeres que funciona e la misa institución. La hija fue diagnosticada a los 16 años, pero los padres manifiestan que comenzó con conductas de desregulación a los 14 años.

3.3 Instrumento:

La información fue recabada por medio de observaciones no participantes, recolección de material escrito y encuestas.

Se recolectó la ficha de tarea correspondiente a dichos encuentros, consistente en la confección de una lista de dos frases invalidantes utilizadas frecuentemente y tres frases validantes, y la descripción de una situación en donde se intento poner en práctica las habilidades de validación (ver anexo 1).

Por otro lado, se tomó una encuesta, confeccionada por la autora del presente trabajo, en donde se buscó poner de manifiesto la utilidad del entrenamiento recibido en el grupo, los cambios percibidos respecto a la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en el grupo en general y las de validación en particular. La encuesta consta de 5 preguntas con escala Likert (0, Nada- 5, Mucho) respecto a la formación de habilidades en general y a las de validación en particular. Dicha encuesta tiene un fin únicamente descriptivo (ver anexo 2).

Por último, se tomaron los datos de un estudio realizado por Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi (2011) sobre el grupo de habilidades del que participó M, “Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal”. El estudio evaluó, previa y posteriormente a la participación en el taller, el grado de sobrecarga, malestar psicológico y otros síntomas psicológicos en familiares de personas con TLP.

Fueron evaluadas 42 familiares de personas con TLP. La muestra se recolectó de tres grupos que participaron en los talleres, a lo largo de tres cuatrimestres entre el año 2009 y 2010.

Para realizar la evaluación se les entrego a los participantes una batería de evaluación compuesta por una encuesta inicial, el Inventario de Sobrecarga del Cuidador (ECCZ) diseñada por Zarit y el Symptom Checklist (SCL-90R).

La encuesta inicial recogió información sobre características socio-demográficas del participante, del familiar con TLP y de algunas características del trastorno.

El Inventario de Sobrecarga del Cuidador consta de 22 ítems que miden la carga percibida por el cuidador a través de 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 (ver anexo 4).

El Symptom Checklist (SCL-90R) evalúa patrones de síntomas de malestar psicológico. Esta compuesto por 90 ítems con escala Likert (0, nada – 4, mucho). La evaluación general se obtiene a partir de tres índices generales: 1) *Índice global de severidad* (IGS): indicador del nivel de gravedad del malestar psicológico en general. 2) el *Índice positivo de malestar* (PSDI): mide la intensidad de los síntomas percibida por el evaluado, 3) *Total de síntomas positivos* (PST): calcula el número total de síntomas presentes independientemente de su intensidad. La escala puede ser aplicada en población general y población clínica. Para este estudio se utilizó la versión adaptada al castellano de Casullo.

La intervención grupal consistió en el taller de habilidades para familiares y allegados de personas con desregulación emocional. El taller tiene como objetivo entrenar a las personas con familiares con TLP en psicoeducación, estrategias terapéuticas y entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental.

3.4 Procedimiento:

A partir de los instrumentos mencionados se recolectaron los datos pertinentes para el abordaje de los objetivos propuestos.

Se observó el grupo de habilidades para padres de la fundación, correspondientes a 2 encuentros donde se enseñó la habilidad de validación. La modalidad de los encuentros fue teórico-práctico.

4. Desarrollo

4.1 Modalidad del grupo de formación de habilidades

El grupo de formación de habilidades para familiares y allegados de personas con desregulación emocional que funciona en esta institución terapéutica, se llevó a cabo los viernes a las 20hs. La modalidad del grupo es teórico-práctica. Cada módulo presentado consta de una parte teórica y de una parte práctica. El grupo está coordinado por dos psicólogas con formación en TDC, por lo tanto se manejan de acuerdo los principios básicos del equipo tratante señalados por Gagliesi (2010).

Los participantes llegan a una sala donde se los espera con bebidas y algún tentempié, que consumen mientras se van acomodando, tal como lo señala Lineham (2003). Las coordinadoras ya se encuentran en el lugar para recibir al grupo. La cantidad de participantes es de aproximadamente 20 personas. En su mayoría son padres de personas con TLP, en menor medida hay parejas y hermanos. Según manifestaron las coordinadoras, en una conversación privada, el que haya en los grupos un porcentaje significativamente mayor de padres, es una constante que se repite en todos los grupos.

Los encuentros se inician compartiendo la tarea del encuentro anterior, siguiendo con el esquema propuesto por Lineham (2003). Se suele empezar por algún voluntario y se continúa siguiendo la ronda. Todos tienen que leer porque es la única manera de detectar si existe algún error y corregirlo, o si es necesario reestructurar algo. Si alguien no hizo la tarea, se le pregunta por qué pero no se suele ahondar demasiado, sí se les recuerda que la tarea es la manera de poner en práctica lo aprendido. Este punto también es planteado por Lineham (2003) quien sugiere indagar cuando un miembro no hace la tarea, a fin de encontrar el problema que lo limita.

Cuando se introduce una nueva habilidad se pide a alguno de los participantes que lea voluntariamente en voz alta la sección correspondiente a la habilidad en el manual que se les entrega cuando inician el grupo de formación. Una vez leído el tema, las coordinadoras lo explican en detalle y despejan las dudas que puedan surgir. Esto

suele hacerse después del descanso, tal como lo estipula el modelo estandarizado de Lineham (2003).

4.2 Descripción de la utilización de la habilidad de validación

En el primer encuentro en el que se presentó la habilidad de validación se leyó primeramente la ficha correspondiente al tema del manual, en donde se exponen los 5 niveles de validación presentados en las fichas de uso interno de la fundación. Posteriormente las coordinadoras explicaron el tema y dieron lugar a que los participantes pudieran despejar sus dudas.

Como tarea para practicar la habilidad de validación se pide la confección de una carta dirigida al ser querido, validándolo. La consigna pide que se recuerde una situación reciente en la cual el otro estaba en un estado emocional intenso. Las coordinadoras aclararon que este ejercicio permite validar lo que no se validó, aunque también puede hacerse con algo que ya se validó. También se explicó que la carta no consiste en validar a toda la persona sino que hay que puntualizarse en una situación reciente, tal como lo expone Sarmiento Suárez (2008) al referirse como esencial a la validación el comunicarle a la persona que sus respuestas tienen sentido si se toma en cuenta el contexto y la situación. Por último las coordinadoras agregaron que la carta no es para hablar de uno, que no hay que empezar la frase con “vos...”, y por último, que no hay que esperar reciprocidad ni perdón por la carta. La carta debe finalizar con algo positivo.

M le escribió una carta a su hija validándola respecto al tema de la ruptura de ésta con su novio. Hizo hincapié en que cuando ella tenía su edad también terminó una relación con su novio, lo que nos remite directamente al 5º nivel de validación, donde se plantea el validar dentro de un contexto, lo que permite hablar también desde la experiencia de uno. M le expresaba a su hija que entendía como se sentía, que entendía que estuviese triste, que ella cuando tenía su edad también se separó de su novio y estuvo triste. De esta manera, M, adopta una postura validante, equivalente a la

planteada por las fichas de la institución, al aceptar las emociones de su hija, poniéndole nombre a estas emociones y reflejando lo que su hija estaba sintiendo. Por último M le expresaba a su hija en la carta su predisposición para escucharla si así ella lo quisiera, tal como se sugiere en las mencionadas fichas, donde se señala como una manera de validar el “acompañar al otro”.

Las cartas fueron entregadas a las coordinadoras para que puedan ser corregidas, ya que por una cuestión de tiempo no se pudieron leer todas.

La tarea para el encuentro siguiente consistió en hacer una lista con dos frases invalidantes y tres frases validantes, y, además, detallar una situación ocurrida en la semana en donde se haya intentado poner en práctica las habilidades de validación (ver anexo 1).

M escribió como frases invalidantes:

- ¿Qué te pasa? Estoy cansada de verte con esa cara (aclaro que la emoción era enojo y el tono de voz fuerte)
- Poné fuerza de tu parte sino nadie te va a ayudar
- Yo creo que tenés que hacer tal cosa

Si bien la consigna consistía en escribir sólo dos frases, M escribió tres. Respecto a las tres frases validantes escribió:

- Creo que te entiendo/ a ver si te estoy entendiendo
- Es esto lo que vos decís
- Cuando quieras hablamos
- Estoy dispuesta a escucharte

Nuevamente, M, escribió una frase más que las pedidas. Respecto a la situación a desarrollar, M escribió que se trataba de que la hija quería asistir a un recital de música electrónica. Respecto a la pregunta “¿Qué dijiste exactamente a tu ser querido?” M contestó: “se que te gusta, que tocan los dj’s que vos conocés, lo vamos a pensar y vemos como lo resolvemos”. M adoptó una postura similar a la planteada por Sarmiento Suárez (2008), quien sugiere, como una forma de validación, tratar al paciente como capaz, efectivo y razonable. Este punto también es compartido por Lineham (2003), quien afirma que la validación implica buscar la parte verdadera o sabia en las respuestas del otro. M tuvo una postura validante porque permitió que su hija se exprese y opine en lugar de contestarle con una negativa absoluta respecto al permiso pedido. Según lo expuso M, la hija lo aceptó y propuso esperar la fecha más cercana al recital para volver a charlarlo. M manifestó haberse sentido tranquila y satisfecha de haber podido dialogar y encontrar soluciones junto a su hija. M expresó frente al grupo que no se esperaba esa respuesta de su hija, porque pensó que la situación iba a derivar en una pelea. También agregó que se sorprendió mucho porque la hija le dijo que si no quería dejarla ir sola, podía acompañarla ella al recital.

En esta tarea se puede observar la postura de Minuchin (1993) quien sostiene que los miembros de la familia responden de modos predecibles, por lo tanto hay que modificar la organización familiar porque de esta manera se modifica la vida de cada uno de los miembros. M se sorprendió por la respuesta de su hija, que reaccionó de una manera diferente a la esperada por ella, pero M planteó la situación de una manera diferente a como se venía manejando. Este tipo de postura también es sostenida por Madanes (1993), quien concibe el cambio en el sistema familiar a partir de que los miembros se conduzcan o se comuniquen de manera diferente entre si.

En esta tarea queda de manifiesto lo que señala Gagliosi (2010) respecto a que validar no implica estar de acuerdo. M no estaba de acuerdo con lo que proponía su hija respecto a irse sola a un recital, pero pudo validar la importancia que tenía para ella el evento y su capacidad para tomar decisiones, pudiendo ponerse de acuerdo ambas sin llegar a un conflicto.

Esta tarea generó bastante movilización a nivel grupal, los miembros del grupo opinaban y aportaban ideas desde su experiencia. En DBT se fomenta la participación

grupales, a veces suele estar sugerida por los coordinadores, pero la mayoría de las veces suele surgir espontáneamente de los miembros del grupo. Esta espontaneidad para opinar también puede estar favorecida porque el modelo promueve un espacio propicio para hacerlo, tal como lo expresa Lineham (2003) cuando describe la modalidad de los grupos de habilidades.

Si bien la modalidad no consiste en contar cada una de las situaciones personales, sino que se siguen las tareas pautadas, suelen surgir anécdotas, comentarios, consejos, opiniones, etc. respecto a situaciones que plantea algún miembro. Esto generó más de una vez un clima tenso, porque al permitirse que todos opinen, a la persona que expuso algo pueden no gustarle las devoluciones. Igualmente cuando la situación se subía de tono o se desviaba del tema en cuestión, las coordinadoras intervenían para volver a encauzar al grupo en el tema que les compete.

Para poder establecer un punto de comparación, se incluye a continuación una tarea perteneciente al aprendizaje de otra habilidad (ver anexo 2). La tarea consistió en identificar las emociones experimentadas con respecto a una situación con su ser querido.

M señaló como el suceso que provocó la emoción, la negación de su hija de asistir a una reunión argumentando que se sentía mal. Lo que inmediatamente le disparó el pensamiento o la creencia “me engrupió”, manifestó sentirse que “iba a explotar” lo que expresó frunciendo el ceño, “no sonriendo” y poniéndose colorada. M refirió que sintió el impulso de “sacarla de los pelos”. Como consecuencia de esta situación, no fue ningún integrante de la familia a la reunión. M expresó que, como consecuencia a nivel personal, se sintió enojada, triste y “físicamente mal”.

En esta tarea se puede observar como surge una creencia muy frecuente entre los familiares y allegados de personas con TLP, “me engrupió”. Alfelbaum y Gagliesi (2004) refieren que los familiares y allegados suelen sentirse manipulados o engañados, aún cuando no sea la intención de la persona con TLP, y agregan que este tipo de creencias pueden traer como consecuencia respuestas invalidantes, tal como se demostró en la tarea, donde M no profundizó en la situación ni intentó validar la emoción de su hija. Este es uno de los puntos tenidos en cuenta en la conformación del

taller, el informar respecto a las características del trastorno para poder entender determinadas conductas y poder responder de una forma más adaptativa. El aprendizaje de habilidades permite manejarse de manera diferente, pudiendo obtenerse resultados distintos.

4.3 Beneficios de la utilización de la habilidad de validación

Para indagar sobre los beneficios de la utilización de la habilidad de validación, se le tomó a M una encuesta diseñada como una forma de sistematizar su percepción respecto al aprendizaje de esta habilidad (ver anexo 3).

M manifiesta que fue de mucha utilidad el haber asistido al grupo de formación (ítem nº 5), así como también considera de mucha utilidad el aprendizaje de validación (ítem nº 5) si bien hay que considerar también que al momento de realizar la encuesta la formación no había concluido. Esto se puede ver reflejado también en el transcurso de los encuentros, por ejemplo en la actitud respecto a la asistencia, en el tiempo que duraron las observaciones, M, no estuvo ausente en ninguno de los encuentros. Por otro lado, se puede observar también el compromiso que asumió respecto a las tareas asignadas para cada encuentro, a diferencia de otros participantes M siempre llevaba las tareas hechas. Se debe destacar también la predisposición de M en el transcurso de los encuentros, siempre dispuesta a leer, a compartir con el grupo las tareas y su participación escuchando y opinando cuando sus compañeros planteaban su situación. Por último, cabe destacar, la predisposición que demostró para colaborar con el presente trabajo, entregando siempre las tareas a tiempo y participando voluntariamente de las encuestas propuestas.

M expresa que hubo una mejoría en el vínculo con su familiar (su hija) a partir de la asistencia al grupo de habilidades (ítem nº 4), así como también, a partir de emplear las habilidades de validación (ítem nº4). Esto concuerda con lo expresado en las tareas así como también en los comentarios realizados a lo largo de los encuentros. La mejoría en el vínculo de M con su hija refleja lo planteado por Alfelbaum y Galglesi

(2004) acerca de la finalidad de los grupos de habilidades para padres y allegados, es decir que la enseñanza de habilidades está destinada a mejorar los vínculos y disminuir las crisis.

Al contestar respecto a si pudo utilizar la validación en su vida cotidiana, responde “poco” (ítem nº 3), se podría inferir que esto es producto de una cuestión temporal. Hay que considerar que la encuesta se tomó a la semana siguiente de finalizar el aprendizaje de la habilidad, por lo tanto se puede presumir que no hubo tiempo para internalizarla completamente.

El diseño de la encuesta no permite establecer relaciones causales, debido a su carácter descriptivo, pero se puede inferir a partir de los resultados la percepción subjetiva que tiene M respecto a la formación de habilidades y la mejora en el vínculo con su hija que adjudica a dicho aprendizaje.

4.4 Descripción de la utilidad de la formación de habilidades

Para describir la utilidad de la formación de habilidades se utilizó un estudio a nivel grupal realizado por Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi (2011), “Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal”, así como la observación del caso analizado en este TFI.

El estudio demostró que la mayoría de los participantes presentaba al principio algún nivel de sobrecarga e intenso malestar psicológico y reveló que el nivel de conflictividad en la relación entre el familiar y el paciente esta asociado al grado de sobrecarga del cuidador y también al malestar psicológico general.

Los participantes mostraron una reducción en el nivel de sobrecarga, en el malestar psicológico global y en la gravedad de los síntomas somáticos a partir de la participación en el taller (ver anexo 5). Los autores señalaron que por las limitaciones del estudio no se puede atribuir la reducción de los síntomas exclusivamente a la

participación en el taller, pero se pueden establecer asociaciones válidas entre la intervención y la reducción de los síntomas. Si bien el estudio afirma que no puede establecer una relación causal, se puede inferir a partir de las observaciones en el grupo, específicamente a partir de los comentarios de los participantes, que la reducción de los síntomas se asocia a la participación en el grupo. Por ejemplo en los casos en que los familiares lograron cambios en las respuestas de su ser querido a partir de un cambio en su propia actitud o de plantear una situación de diferente manera, tal como se registra en las tareas realizadas por M. Esto conlleva cambios que repercuten directamente en las relaciones interpersonales.

Como señalan Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliesi (2009) el desconocimiento respecto al trastorno y la falta de habilidades para relacionarse con personas con TLP afectan las relaciones interpersonales debido a que los familiares y allegados son receptores de conductas que no comprenden o no saben responder, lo que trae consecuentemente un posible empeoramiento de la situación. Al recibir información y lineamientos respecto a lo que le pasa a su familiar y a como manejarse con él, se tiene la posibilidad de introducir cambios en la propia conducta que consecuentemente traen cambios en la conducta del otro. Esta postura es avalada desde perspectivas como la que sostienen Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo-Cirigliano (1995), quienes argumentan que las familias son sistemas en transformación constante, que evolucionan desestabilizándose y estabilizándose después sobre bases nuevas. Estas posturas permiten pensar que los cambios introducidos en los sistemas familiares pueden tener duración a largo plazo.

El estudio evidenció que el nivel de sobrecarga y el malestar psicológico de los familiares y allegados influyen en las relaciones interpersonales, provocando conflictos que contribuyen a la desregulación emocional de la persona con TLP, tal como lo señalaron los autores. Este punto es compartido por Sarmiento Suárez (2008) quien sostiene que las relaciones interpersonales causan un malestar significativo en el entorno de las personas con TLP debido a que suelen tomar este comportamiento con una cuestión personal. En el caso de M, esto se comprobó en la tarea en la que expuso como situación una salida a la que su hija se negó a ir, trayendo como consecuencia que ninguno de los otros miembros haya salido. M detalló el malestar que le generó esta situación tanto a nivel emocional como físico. Al contar con un repertorio de

habilidades que propone conductas nuevas para aplicar con su familiar, M podría haber resuelto la situación de otra manera.

A través de los diversos instrumentos empleados se reconfirma la premisa que al orientar a los familiares o allegados se esta ayudando a la persona con TLP. Tal como lo señala Lineham (2003) un ambiente invalidante es la causa fundamental de la desregulación emocional. En el caso de M se puede observar en las tareas como cambió su actitud de “invalidante” a “validante”, lo que consecuentemente aportó un cambio en determinadas actitudes de su hija. Uno de los puntos primordiales de la validación es tener en cuenta lo que la otra persona siente, dice y hace. Por ejemplo, M le dio lugar a que su hija pueda expresarse y escuchar su situación en lugar de exponer un no rotundo cuando le planteó el querer ir a un recital.

Al cambiar ciertas pautas de conducta y de comunicación en los familiares y allegados se pueden lograr cambios en la persona con TLP. Tal como lo señalan Cirigliano y Villaverde (1966) se educa indirectamente a través del medio ambiente. M al validar las opiniones de su hija, la reconoce como un individuo independiente, lo que es fundamental, según Linares (2007) para el desarrollo de una personalidad madura.

Por su parte, Watzlawick (1997) señala que un fenómeno es inexplicable sino se tiene en cuenta el contexto que lo alberga, por esto mismo no hay que reducir la atención únicamente a la sintomatología de la persona con TLP. Este punto también es compartido por Navarro Góngora (1992) quien dice que el trastorno es producto de la interacción y no una condición propia del individuo, por lo tanto hay que comprenderlo dentro del sistema en el que se haya inmerso. Martínez y González (2010) también le dan una importancia fundamental a la familia en el tratamiento, debido a que consideran que puede favorecerlo o empeorarlo, su propuesta incluye la elaboración de estrategias terapéuticas a partir de variables en la dinámica familiar. Lineham (2003), por su parte, afirma que la desregulación de las emociones son producto de la predisposición biológica, el contexto ambiental y la interacción entre ambos.

Como se puede apreciar, son diversos los autores que señalan el contexto como contributivo a la desregulación de las emociones en el TLP. De esta manera, se cumple

la afirmación de Alfelbaum y Gagliesi (2004) sobre la adquisición de habilidades para afrontar situaciones con mayor eficacia.

5. Conclusión

El trabajo consistió en describir la habilidad de validación a partir de un caso particular. Se eligió dicha habilidad por considerarse primordial en el vínculo con la persona con TLP, debido a que se trata de un trastorno fundamentalmente vincular.

Los familiares y allegados son de suma importancia en el tratamiento de sus seres queridos, debido a que se considera que el sistema familiar puede enfermar como sanar, tal como quedó expuesto en la bibliografía. Las familias suelen ser receptoras de conductas que no entienden, pueden responder de manera inapropiada frente a determinados sucesos, pueden tener creencias y conceptos erróneos, etc. El grupo de habilidades para familiares y allegados brinda información respecto al trastorno y brinda herramientas para poder intervenir en diversas situaciones.

Muchos familiares están dispuestos y tienen voluntad para ayudar a sus seres queridos, pero no saben qué hacer, esto puede resultar muchas veces en conductas erróneas. Desde este modelo se brindan las herramientas para poder cambiar de un “ambiente invalidante” a un ambiente más validante. Generando cambios en los familiares y allegados se generan cambios en el paciente, lo que suele conllevar una mejora del vínculo. El diseño del grupo permite que las habilidades sean aplicadas apenas son enseñadas, por lo que se presentan cambios de manera casi instantánea. Así se plantea una intervención concreta por parte de los familiares y allegados para facilitar el proceso terapéutico de su ser querido, a diferencia de otras modalidades donde las intervenciones son únicamente sobre el paciente por parte del terapeuta, sin dar la posibilidad que el entorno colabore de forma directa. Igualmente, cabe señalar que la mayoría de los participante del grupo son los padres de la persona con TLP, en menor medida se encuentran las parejas y en raras ocasiones los hermanos. Se podría considerar evaluar estrategias para incluirlos en la formación.

El grupo de formación de habilidades esta dentro del modelo de DBT, desarrollado por Lineham y sus colaboradores. El grupo de formación de habilidades de la fundación se desarrolla de acuerdo al manual de Lineham. Esta estandarización suele respetarse bastante estrictamente, se podría sugerir a futuro que la institución haga aportes propios a partir de su experiencia, fundamentalmente considerando la importancia que se le da al contexto en el desarrollo del TLP. También se podría investigar a futuro la posibilidad de abordar, bajo esta modalidad, otro tipo de trastornos.

Respecto a la bibliografía sobreabunda el material de Lineham y del equipo perteneciente a la institución, que, como ya se dijo, también responden a la línea de Lineham. Además, el material que se pudo conseguir respecto a este tema avala la perspectiva de Lineham, no se encontraron autores que refuten su planteamiento, si bien hay tratamientos alternativos para el TLP pero difieren del planteado por la TDC. No se encontró bibliografía sobre tratamientos para talleres o psicoeducación para familiares y allegados que no sea el mencionado.

Como ya se mencionó anteriormente, el diseño del grupo está estandarizado. Los tiempos de aprendizaje de cada habilidad están pautados, si bien se puede hacer una excepción utilizando un encuentro más que el planificado para la enseñanza de alguna habilidad. Que los tiempos estén pautados puede ser beneficioso pero también puede ser un obstáculo. Por ejemplo, no todos los padres tienen el mismo nivel de entendimiento, si a algún participante no le queda claro algún concepto, no hay tiempo de profundizar (si bien las coordinadoras se encargan de despejar las dudas y contestar las preguntas al final del encuentro) puede haber miembros que no entiendan y que no se animen a preguntar.

Otro obstáculo que surge como consecuencia del diseño del grupo es cuando los familiares no hacen la tarea porque es la única manera de constatar si aprendieron la habilidad.

Es importante destacar que la formación de habilidades está diseñada de tal forma que parece aplicarse a casi todos los casos de TLP, independientemente de la gravedad. Por ejemplo, en el grupo observado había familiares que tenían a su ser

querido internado, pero aplicaban las habilidades aprendidas a partir de contactos telefónicos.

El aprendizaje de habilidades en forma grupal agrega un plus, que consiste en permitir que los participantes se acompañen entre sí pero que también puedan aprender uno del otro a través de sus experiencias.

Los resultados de la administración de los instrumentos demostraron que la participación el grupo de formación de habilidades contribuye a disminuir el nivel de sobrecarga y malestar psicológico de familiares y allegados. Se podría tener en cuenta, como futuras líneas de investigación, el realizar un trabajo conjunto entre familiares, allegados y pacientes, dentro de la modalidad propuesta por la DBT.

El caso de M particularmente demostró los cambios que surgen, a nivel individual, a partir de la participación en el grupo. Se complicó el tema de estudiar la habilidad de validación exclusivamente debido a que no existen instrumentos diseñados para este fin. Se puede considerar para estudios futuros el estudiar cada habilidad aisladamente. Igualmente se puede señalar como obstáculo en la toma de la encuesta de evaluación de la utilidad de la habilidad de validación el haberla realizado apenas se finalizó el aprendizaje de la habilidad, tal vez hubiese sido útil tomarla un tiempo después para verificar si fue útil en el transcurso del tiempo y si la persona la pudo incorporar completamente a su vida cotidiana.

Por otro lado, cabe señalar que M fue una participante que se mostraba con mucha predisposición para participar y realizar las tareas, se podría pensar el tomar otro participante que demuestre más falencias en la participación en grupo para comparar resultados.

Muchos autores señalan un incremento del TLP al que señalan como efecto de los cambios modernos, pero no se encontró ningún artículo que mencionara otras causas, por ejemplo que el incremento pueda deberse a que los profesionales hayan aprendido a diagnosticarlo o que haya un sobrediagnóstico.

Por último, cabe señalar, que en la página de esta fundación se encuentran disponibles, de manera gratuita y accesible, fichas que pueden dar una aproximación y brindar información a personas que desconocen totalmente el tema o que no se animan a preguntar directamente en la institución respecto a este trastorno.

6. Referencias bibliográficas

Alpuche Ramírez, V. J., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. E. & Carlos Gonzalo Figueroa López, C.G. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores informales. *Psicología y salud, 18 (2)* 237-245.

Andolfi, M. & Zweling, I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. & Nicolo-corigliano, A.M. (1995). *Detrás de la máscara familiar: La familia rígida*. Buenos aires: Amorrortu.

Apfelbaum, S. & Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Revista Argentina de Psiquiatría, 15*, 295-302.

Chiepa, J. & Cupani, M. (2011). *Relación entre el modelo de los cinco factores y los trastornos de personalidad*. Memorias III Congreso Internacional y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur.

Cirigliano, G. & Villaverde, A. (1966). *Dinámica de grupos y educación*. Buenos Aires: Humanitas.

Escribano Nieto, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo, 1(1)*, 4-20.

- Gagliesi, P., Lencioni, G., Pechon, C., Apfelbaum, S., Boggiano, P., Herman, L., Stoewsand, C. & Mombelli, M. (s.f). *Programa psicoeducativo dirigido a personas con desorden límite de la personalidad, sus familiares y allegados*. Recuperado el 19 de octubre del 2010 de la base de datos de la Fundación Foro.
- Gagliesi, P. (s.f) *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Recuperado el 19 de octubre del 2010 de la base de datos de la Fundación Foro.
- González Vives, S., Díaz Marsá, M., Fuentenebro, F., López-Ibor Aliño, J.J. & Carrasco, J.L. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de la personalidad (borderline). *Actas Esp Psiquiatr* 34(5): 336-343.
- Kabat Zinn, J. (2004). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona: Kairós
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clinica y salud*, 18, 381-399.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Buenos Aires: Paidós.
- López-Ibor Aliño, J. J. & Valdés Miyar, M. (2002). *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona: Massou.
- Madanes, C. (1993). *Terapia familiar estratégica*. Buenos aires: Amorrortu editores.
- Martínez-González, J. M. (2010). El efecto de la relajación en la percepción de la dinámica familiar de pacientes con trastorno de personalidad. *Trastornos adictivos*, 12(1):27-32.
- Minuchin, S. (1993). *La recuperación de la familia: Relatos, esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.

- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Pérez Urdániz, A., Santos García J.M., Molina Ramos, R., Rubio Larrosa, V., Carrasco Perera, J.L., Mosqueira Terrón, I. & Romero, E.F. (2001). Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*, 29 (1) 47-57.
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C. & Gagliesi, P. (2009) *Evaluación Pre-Post de una intervención en familiares y allegados de personas con Trastorno Límite de la Personalidad*. Recuperado el 19 de octubre del 2010 de la base de datos de la Fundación Foro.
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand C. & Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad. En prensa, *Revista Argentina de Psiquiatría*.
- Rogers, C. (1961) *El proceso de convertirse en persona*. Buenos aires: Paidós.
- Sarmiento Suárez, M. J. (2008). Terapia conductual-dialéctica para pacientes con trastorno limite de personalidad. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37 (1) 149-163.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson D.D. (1997). *Teoría de la comunicación human: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Biblioteca de psicología.

