

Universidad de Palermo

Licenciatura en Psicología

Facultad de Ciencias Sociales

Trabajo Final Integrador

“Estudio de un taller de padres, familiares y allegados de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad”

Tutora: Lic. Valeria Wittner

Autor: Tamara Tymostchuk

Índice

Índice	1
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	4
3.1.2. Prevalencia y comorbilidad	6
3.2.TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (DBT)	7
3.2.1.Teorías que sustentan el modelo de la DBT.....	8
3.2.1.1. La dialéctica	8
3.2.1.2. La teoría biosocial	9
3.2.1.3.La patogénesis de la desregulación emocional	11
3.2.1.4.El TLP y las familias	13
3.2.2.Modalidad del tratamiento	14
3.2.2.1. Características distintivas y objetivos de la DBT	14
3.2.2.2.Modos del tratamiento	15
3.2.2.3.Terapia individual y entrenamiento en habilidades	15
3.2.2.4.Etapas y funciones del tratamiento	16
3.3.INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA DBT	17
3.3.1.Importancia.....	17
3.3.2.Family Connections	20
3.3.3.Taller para padres, familiares y/o allegados de personas con desregulación emocional	22
4.MÉTODO	27
4.1.Participantes	27
4.2.Instrumentos	27
4.3.Procedimiento	29

5.DESARROLLO	29
5.1.Describir las características de los pacientes con TLP cuyos familiares concurren al taller del grupo de padres, familiares y/o allegados.	29
5.2.Describir la estructura, la modalidad y los contenidos del taller de padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT.....	35
5.2.1.Estructura, modalidad y contenidos generales	35
5.2.2.Cómo se trabajaron algunos de los contenidos durante el transcurso del taller	36
5.2.2.1.Primer encuentro - Introducción al taller	36
5.2.2.2.Quinto encuentro - Segundo encuentro de validación	40
5.2.2.3.Decimo primer encuentro	42
5.3.Describir la finalidad del taller para padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT	45
6.CONCLUSIONES	48
6.1. Reflexión personal	51
7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52

1.INTRODUCCIÓN

Este trabajo final integrador surge de la Práctica Profesional que los alumnos de cuarto año de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo deben realizar para completar sus estudios de grado. Esta pasantía consiste en concurrir diariamente a la institución a presenciar y participar de las diversas actividades que allí se realizan.

La institución elegida que se aboca tanto a la asistencia, como a la formación, prevención e investigación en Salud Mental. Allí, se asistió a grupos de supervisión de terapeutas que trabajan específicamente con la Terapia Dialéctico- Conductual (DBT) y a grupos de supervisión en el área clínica enmarcados dentro del modelo cognitivo-conductual. Asimismo, se formó parte del taller de habilidades al que asisten las pacientes mujeres semanalmente para aprender habilidades en regulación emocional, y del taller para padres, familiares y/o allegados de pacientes con desregulación emocional, los cuales en su gran mayoría tienen diagnósticos de trastorno de personalidad límite (TLP) y/o Trastorno Bipolar (TB).

Este estudio hace foco en la mirada clínica del tratamiento del TLP, y específicamente, en el aspecto social constituido por el grupo familiar de los pacientes con TLP; no ahondando en otras variables, como podría ser la biológica; ni en otros modos, como podría ser el abordaje individual o grupal de pacientes con TLP, que forman parte del tratamiento con la DBT. Asimismo, si bien existen otros modelos terapéuticos desde los cuales se aborda el tratamiento del TLP y el TB, adentrarse en los mismos excede la extensión del presente trabajo.

La intención de este trabajo es describir las características de un taller de padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP. La realización del mismo es una manera novedosa de intervención en el abordaje del TLP dentro del modelo de la DBT. Por esto, su uso no está estandarizado. De ahí que se considere de sumo interés seguir explorando su funcionamiento para eventualmente poder evaluar su utilidad y eficacia.

En el desarrollo de este estudio se exploran las características generales de los pacientes con TLP, cuyos familiares concurren al taller, y la finalidad del taller, siguiendo los lineamientos del tratamiento convencional de la DBT. También se describe cómo se desarrolló el mismo, observando su estructura, modalidad, funcionamiento y los contenidos trabajados; y se analizan los encuentros de este taller a fines de estudiar la articulación entre la formulación teórico-práctica propuesta por el modelo de la DBT para el taller y su correlato concreto en la práctica.

Para cumplimentar con los objetivos de este estudio, primero se abordan los conceptos del TLP y del modelo de la DBT. Cabe destacar que se siguen estrictamente los lineamientos propuestos por su creadora, M.M. Linehan, ya que los mismos conforman los fundamentos teóricos y prácticos del taller. Luego, se hace foco en los talleres diseñados para familias específicamente; y, finalmente, se aborda la descripción y análisis del taller realizado . Se concluye luego con reflexiones y aportes en relación al material trabajado.

2.OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es describir y analizar la modalidad de intervención de un taller orientado a padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP, utilizando el modelo de tratamiento de la DBT, realizado en doce encuentros.

Los objetivos específicos consisten en:

- ☐ Describir las características de los pacientes con TLP cuyos familiares concurren al taller del grupo de padres, familiares y/o allegados.
- ☐ Describir la estructura, la modalidad y los contenidos del taller de padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT.
- ☐ Describir la finalidad del taller para padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT.

3.MARCO TEÓRICO

3.1.TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

3.1.1.Diagnóstico

De acuerdo con la definición postulada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el DSM-IV-TR (2000), un trastorno de personalidad se define por ser:

Un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. (p. 765)

Específicamente, el TLP es uno de los diez trastornos de la personalidad que el DSM-IV-TR (2000) describe en el Eje II. De esta manera:

Las personas que lo padecen presentan un patrón inestable en sus relaciones interpersonales, en su autoimagen, en su afectividad, presentan conductas impulsivas que se presentan en distintos contextos, y que comienzan al principio de la edad adulta, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- (7) Sentimientos crónicos de vacío.
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. (pp. 794, 795)

Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus (2004), basándose en estos criterios, los organizan en cuatro áreas psicopatológicas para facilitar su diagnóstico. Los pacientes que manifiestan síntomas en estas cuatro áreas simultáneamente pueden ser exitosamente discriminados de aquellos pacientes con otros desórdenes de personalidad (necesitando cinco de los nueve criterios para dar el diagnóstico de TLP). Así, los criterios 1 y 2 corresponden al área de las relaciones interpersonales inestables e intensas; los criterios 3 y 9 conforman el área de desorden cognitivo; los criterios 4 y 5, el área relacionada con la impulsividad; y, los criterios 6, 7 y 8 forman el área de desórdenes afectivos.

3.1.2. Prevalencia y comorbilidad

El TLP afecta entre 1-2% de la población general. Dentro de la población que presenta TLP hasta un 10% de ellos son pacientes psiquiátricos externos (no hospitalizados) y un 20% de los mismos son pacientes internados (hospitalizados). Un 10% de este tipo de pacientes comenten suicidio, una tasa 50 veces más alta que en la población general. En estudios epidemiológicos de adultos, la prevalencia ponderada va de 0.7% en Noruega a 1.8% en los Estados Unidos. Los resultados de estos estudios muestran que el TLP es más común en mujeres (70%) que en hombres (30%), dando cuenta de la diferencia que se evidencia en los pacientes tratados (Lieb et al., 2004).

Hoy en día oficialmente en Estados Unidos se registran 4 millones de personas con TLP, lo cual representa un 2% de la población total adulta. Sin embargo, investigaciones recientes indican que este número es aún mayor (Kreger, 2008). En cuanto a Argentina, no se han encontrado datos de prevalencia del trastorno a nivel local.

En cuanto a la comorbilidad que presenta este trastorno, según lo estudiado por Lieb y colaboradores (2004), los pacientes con TLP suelen comenzar un tratamiento cumpliendo criterios diagnósticos del Eje I del DSM-IV-TR, los cuales varían a lo largo del tiempo en severidad y urgencia. Los trastornos que estos pacientes presentan más frecuentemente en el Eje I son: depresión mayor (41-83%), distimia (12-39%), TB (10-20%), uso de sustancias (64-66%), trastorno por estrés postraumático (46-56%), fobia social (23-47%), trastorno obsesivo-compulsivo (16-25%), trastorno por pánico (31-48%) y trastornos alimentarios (29-53%). En relación a la comorbilidad con trastornos de personalidad del Eje II, los trastornos que más frecuentemente se presentan son: el trastorno evitativo (43-47%), el trastorno dependiente (16-51%) y el trastorno paranoide (14-30%). Dada la comorbilidad que presenta este trastorno, es de suma importancia realizar una cuidadosa evaluación diagnóstica al comienzo de un tratamiento para poder diagnosticar el TLP y para poder diagnosticar otros trastornos concomitantes (Lieb et al, 2004; Kreger, 2008).

3.2. TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (DBT)

El TLP es un problema de salud pública que es difícil de tratar (Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Kreger, 2008). En sus comienzos en la década de los 90, la doctora Marsha M. Linehan desarrolló la DBT específicamente para pacientes parasuicidas¹ crónicos diagnosticados con TLP (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991) que luego fue adaptada a otro tipo de poblaciones, como pueden ser pacientes con desórdenes alimenticios, con TB, con uso/abuso de sustancias, o población carcelaria (Robins & Chapman, 2004).

Existen otros tratamientos disponibles para tratar el TLP que han demostrado ser efectivos en estudios controlados, como los programas psicodinámicos parciales de largo plazo; y otros, como la terapia focalizada en la transferencia, que son prometedores (Lieb et al., 2004). No obstante, hasta el momento, la DBT es el tratamiento que cuenta con mayor validación científica para tratar el TLP (Robins & Chapman, 2004).

Uno de los primeros estudios controlados realizados con la DBT demostró que las pacientes mujeres tratadas con DBT, en comparación con las que fueron tratadas

1 Por pacientes parasuicidas se entienden pacientes que presentan conductas de automutilación como indica el Criterio 5 del TLP en el DSM-IV-TR (2000).

2 El estudio fue llevado a cabo en población femenina dada su alta prevalencia en este sexo y para poder lograr equivalencia entre los grupos (Linehan et al., 1991) con el tratamiento estándar (treatment as usual [TAU]), tuvieron menos incidentes parasuicidas y de menor severidad, presentaban mayor adherencia al tratamiento y tuvieron menor cantidad de días de internación psiquiátrica. Aunque a lo largo del año de estudio se reportaron disminuciones en relación a las escalas de depresión, desesperanza, ideación suicida y razones para vivir, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos (Linehan et al., 1991). La DBT ha probado ser efectiva en reducir las conductas parasuicidas, hospitalización de pacientes, días de internación de los pacientes que son hospitalizados, y el enojo; y en aumentar el ajuste social de los pacientes (Dimeff & Linehan, 2001); y, hasta la fecha, la DBT sigue demostrando ser el tratamiento psicoterapéutico ambulatorio con mayor eficacia demostrada para la población con TLP (Robins & Chapman, 2004).

En su manual, *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Linehan (1993a) explica que el tratamiento de la DBT consiste en la aplicación de una gran selección de estrategias terapéuticas cognitivas y conductuales al TLP, que además incorpora prácticas de meditación oriental y comparte elementos en común con enfoques psicodinámicos, terapia centrada en el cliente, Gestalt, terapia paradójica y terapia estratégica (Heard & Linehan, como se cita en Koerner, 2007).

3.2.1. Teorías que sustentan el modelo de la DBT

3.2.1.1. La dialéctica

La DBT se constituye básicamente en la teoría dialéctica y biosocial del TLP. La dialéctica es la pieza fundamental de la DBT. Ésta, tomada como terapia conductual, por un lado define una naturaleza fundamental de la realidad; y por otro, refiere a un diálogo y relación persuasivos (Linehan, 1993b/2003). La dialéctica, como una forma de ver al mundo o como una posición filosófica, conforma los fundamentos de la DBT (Linehan, 1993a). Una perspectiva dialéctica de la naturaleza de la realidad y de la conducta humana tiene tres características principales y esenciales para entender el TLP.

La primera es el principio de interrelación y totalidad. Esto significa que la dialéctica asume una perspectiva sistémica de la realidad, en la que el análisis de las partes de un sistema tienen poco valor al menos que este análisis interrelacione las partes con el todo. Así, se dirige la

atención a los contextos inmediatos y más amplios de la conducta y a la interrelación de las pautas de conducta de una persona en relación a su medio (Linehan, 1993a, b/2003).

La segunda característica es el principio de polaridad. La realidad no es algo estático, sino un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí (tesis y antítesis), de cuya integración surge la síntesis. Esto significa la reconciliación de los opuestos en un continuo proceso de síntesis; siendo la cuestión dialéctica más fundamental la aceptación de los pacientes tal como ellos son, en un contexto que a la vez intenta enseñarles que cambien. Este énfasis en la aceptación como un balance para lograr el cambio proviene de la integración de la perspectiva oriental Zen y la práctica psicológica occidental. En lo que respecta a los terapeutas, la dialéctica hace referencia tanto a la necesidad de que los pacientes piensen dialécticamente, como a que apunten al cambio del pensamiento rígido, dicotómico y no dialéctico que éstos presentan. En cuanto a los pacientes, una de las polaridades sobre las que deben trabajar para lograr una síntesis, un balance, es la necesidad que éstos tienen de aceptarse a sí mismos tal como son en ese momento y la necesidad de cambio.

La tercer característica es el principio del cambio continuo, el cual se deriva de las características anteriores; siendo el cambio o el progreso, más que la estructura o el contenido, lo que es esencial a la naturaleza de la vida. Lo más relevante de este principio es que tanto la persona como el ambiente llevan a cabo una transición continua. De esta manera, en la DBT, el terapeuta canaliza el cambio en el paciente, mientras que al mismo tiempo reconoce que un cambio está también ocurriendo, el cual está a su vez transformando a la terapia y al terapeuta, ayudando al paciente a estar cómodo con el cambio (Linehan 1993a, b/2003).

3.2.1.2. La teoría biosocial

El otro fundamento de la DBT que Linehan toma es la teoría biosocial, sobre la que se basa el funcionamiento de la personalidad. Su premisa mayor es que el TLP es primariamente una disfunción en el sistema de regulación emocional, que resulta de irregularidades biológicas combinadas con ciertos ambientes disfuncionales (1993a). Entonces, desde esta premisa fundamental, Linehan (2003) sostiene que la principal disfunción en el TLP es la desregulación emocional, siendo ésta “el resultado de una cierta disposición biológica, determinado contexto ambiental y cierta transacción entre estos dos factores durante el desarrollo” (p. 21). La teoría afirma que los sujetos con TLP tienen dificultades para regular varias - si no todas - sus emociones. Esta desregulación emocional sistémica se produce por la vulnerabilidad emocional y por el inadecuado uso de estrategias de regulación emocional que resultan ser poco adaptativas (Linehan, 1993b/2003).

Linehan (1993b/2003) define a la vulnerabilidad emocional por manifestar: (1) una muy alta sensibilidad a los estímulos emocionales, (2) una respuesta muy intensa a los estímulos emocionales y (3) un retorno lento a la calma emocional una vez que ha sido provocada la excitación emocional. Contrariamente, la modulación de la emoción es la capacidad de poder: inhibir la conducta inapropiada relacionada con las emociones, organizarse uno mismo para una acción coordinada al servicio de un objetivo externo (de una manera que no dependa del estado de ánimo), calmar uno mismo la actividad fisiológica inducida por una emoción fuerte y concentrarse en presencia de una emoción fuerte. Así, la desregulación emocional es la

combinación de un sistema de respuesta emocional hipersensitivo, con una incapacidad de modular las emociones resultantes y las respuestas conductuales asociadas a éstas. Si bien hay una disposición biológica a la desregulación emocional, no es probable que se encuentre una anomalía biológica en particular que se halle en la base de todos los casos de TLP.

En una investigación más reciente, y profundizando la teoría desarrollada por Linehan, además de tomar a la vulnerabilidad emocional como un factor de predisponente para desarrollar TLP, se explora que el componente de la tendencia de acción de la emoción puede estar influenciado por la impulsividad, independientemente de la emoción. Así, la impulsividad es tomada como un factor predisponente de suma importancia en la etiología del TLP. Ésta daría cuenta de las conductas impulsivas que estos pacientes manifiestan luego de adultos; incluyendo conductas suicidas, no suicidas y/o de automutilación. Por esto, se sostiene que la impulsividad debería ser una de las primeras características que se identifican como síntomas en los pacientes que reciben el diagnóstico de TLP (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

La circunstancia ambiental (o social) fundamental en la producción de la desregulación emocional refiere a un ambiente invalidante. En las familias óptimas se produce frecuentemente la validación de la experiencia privada. Así, cuando un niño/a expresa ira o frustración, los miembros de su familia lo toman en serio, en vez de considerarlo poco importante o decirle al niño/a que no debería sentirse de esa manera. De manera contraria, la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada (ya sean creencias, pensamientos, sentimientos o sensaciones del niño/a) da cuenta de un ambiente invalidante. Otra característica de los ambientes invalidantes, es que se tiende a responder de una manera extrema a la experiencia privada del niño/a, reaccionando exageradamente o demasiado poco. Este ambiente invalidante es muy nocivo para el niño/a con una alta vulnerabilidad emocional. Luego consecuentemente, la persona emocionalmente vulnerable y reactiva provoca la invalidación de un medio que de otra manera sería sustentador. De esta manera, los contextos invalidantes suelen ser una forma segura de generar problemas en personas con una alta vulnerabilidad emocional (Apfelbaum & Gagliosi, 2004).

Por esto se hipotetiza que el TLP surge y se sostiene en este patrón transaccional de invalidación sistemática sostenido en el tiempo, afectando a las personas emocionalmente vulnerables (Linehan, 2003). Linehan (2003) argumenta que:

Un ambiente invalidante contribuye a la desregulación emocional porque fracasa a la hora de enseñarle a un niño a poner nombre y a modular la activación, a tolerar el malestar, a confiar en sus propias respuestas emocionales como interpretaciones válidas de los eventos. También le enseña activamente a invalidar sus propias experiencias haciéndole necesario escrutar el ambiente para obtener claves acerca de cómo actuar y sentirse. (pp. 23, 24)

Actualmente se han estado llevando a cabo estudios que permitan medir los factores que en su transacción desarrollarían el TLP: la vulnerabilidad emocional y la invalidación ambiental en la niñez. Así, de manera incipiente, se están logrando medir empíricamente los síntomas que desde la teoría se sostienen en estos constructos teóricos (Gratz et al., 2009; Sauer & Bauer, 2010).

3.2.1.3. La patogénesis de la desregulación emocional

Las conductas de las personas con TLP pueden ser conceptualizadas como los efectos de la desregulación emocional y de estrategias desadaptativas de la regulación de las emociones. Así, la conducta impulsiva, y especialmente la parasuicida, pueden ser entendidas como poco adaptativas pero muy eficientes como estrategias de regulación emocional. Aunque no está claro cuál es el mecanismo por el cual la automutilación tiene propiedades reguladoras del afecto, es común que las personas con TLP refieran un alivio sustancial de la ansiedad y de otros estados emocionales negativos tras haber realizado este tipo de actos. Un acto parasuicida puede reducir las emociones dolorosas con la distracción absorbente que proporciona en el instante (además de los efectos posteriores que éste puede tener si el mismo se conoce). Asimismo, la conducta suicida es también muy efectiva al momento de quitar dolor emocional del medio, y puede también evitar o cambiar situaciones que producen dolor emocional (Linehan, 2003; Kreger, 2008).

La incapacidad para regular la activación emocional además de traer consecuencias en el área conductual, también, a nivel cognitivo, interfiere en el desarrollo y mantenimiento del sentido del yo. Usualmente, el sentido del yo se conforma a través de las observaciones de las reacciones de uno mismo y de los otros ante las propias acciones. Los requisitos previos al desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad a lo largo del tiempo y en situaciones parecidas. Los cambios emocionales conducen a una imprevisibilidad conductual y a una inconsistencia cognitiva, que consecuentemente, interfieren en el desarrollo de la identidad. A su vez, la tendencia de las personas con TLP a inhibir sus respuestas emocionales también puede contribuir a una falta de un fuerte sentido de identidad. La inhibición del afecto se experimenta generalmente como vacuidad y contribuye a la inadecuación y a la ausencia, a veces completa, del sentido del yo. Similarmente, si la sensación de los hechos que experimente una persona nunca es la correcta o es impredeciblemente correcta - lo que da cuenta de un medio invalidante - es esperable que la persona desarrolle una superdependencia de los demás.

El poder establecer relaciones interpersonales efectivas depende de un sentido estable del yo y de la capacidad para la espontaneidad en la expresión emocional. Las relaciones interpersonales, para ser exitosas, también requieren de una apropiada capacidad de autorregulación emocional y de la tolerancia a algunos estímulos emocionales dolorosos. De esta manera, al carecer de estas capacidades, las personas con TLP tienden a desarrollar relaciones caóticas. Sobre todo al momento de controlar conductas impulsivas y la expresión de emociones negativas. Éstas llegan a causar estragos en su vida social, particularmente, las dificultades de la expresión de la ira (Linehan, 2003; Kreger, 2008).

3.2.1.4.El TLP y las familias

Como ya se mencionó anteriormente, la vulnerabilidad emocional de la persona y su desregulación emocional generan malestar y estrés en el medio invalidante en el que se encuentra, y viceversa. Es por esto que se sostiene que en esta transacción entre biología y medio ambiente a lo largo del tiempo se produce el TLP (Linehan, 1993a). Una parte muy importante del medio ambiente en donde transcurren las vidas de las personas con TLP es la familia. Así, en lo que respecta al grupo social primario de pertenencia, Linehan (1993a) define tres tipos de familias invalidantes:

☒ Las familias caóticas: en este tipo de familias las necesidades de los niños/as son desatendidas y consecuentemente invalidadas. Se presume que el aumento de este tipo de familias puede tener incidencia en el aumento del TLP.

☒ Las familias perfectas: a este tipo de familias les cuesta aceptar las expresiones emocionales negativas de sus niños/as. Si bien sus miembros pueden sentir empatía por el familiar con TLP, al mismo tiempo presentan actitudes invalidantes, expresando que no pueden entender cómo el paciente con TLP no puede controlar sus emociones.

☒ Las familias típicas: son las típicas familias prototípicas de la cultura occidental. En éstas se privilegia el autocontrol para manejar las emociones y las conductas con los propios recursos internos. Es lo esperable en la cultura occidental. Las personas que actúan diferente son catalogadas como patológicas o inmaduras.

Por lo expuesto, queda en evidencia que el TLP, al ser un trastorno cuya etiología se sustenta en un modelo transaccional, puede desarrollarse en cualquiera de estos tres tipos de familias prototípicas (Linehan, 1993a). Hasta la actualidad, no se sabe certeramente qué tipo de vínculos caracterizan específicamente a las familias con un miembro con TLP (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Si bien las familias surgen a primera vista como el grupo social que más incidencia podría tener en el TLP, éstas son un elemento más - aunque muy importante - del sistema mayor en el que están insertas. Las familias conforman un sistema mayor al cual afectan y el cual las afecta, en el cual la invalidación emocional - especialmente de las emociones negativas- es un estilo de interacción característico de la cultura occidental en la cual se premia al individualismo (Linehan, 1993b/2003).

3.2.2. Modalidad del tratamiento

3.2.2.1. Características distintivas y objetivos de la DBT

Las habilidades de aceptación y cambio son las bases fundamentales sobre las que se asienta la DBT (Linehan, 2003). Si bien este tratamiento evolucionó de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), hay determinados aspectos específicos de la DBT, que la diferencian:

☒ El foco que hace en la aceptación y la validación de las emociones y conductas tal como son en el momento.

☒ El énfasis que hace en abordar las conductas que atentan contra el tratamiento.

☒ La atención que pone en la relación terapéutica como esencial para el tratamiento.

☒ El foco que hace en los procesos dialécticos.

Como Linehan (1993a) postula en su manual de tratamiento, el reconocimiento de las dificultades en la regulación emocional, originada tanto por una disposición biológica como por experiencias de aprendizaje inadecuadas, sugiere que el tratamiento debería abocarse a

las dos tareas fundamentales de enseñarle a los pacientes: (1) a modular la emocionalidad extrema y a reducir conductas maladaptativas dependientes del estado de ánimo, y (2) a confiar y validar sus propias emociones, pensamientos y actividades. La terapia debe focalizarse en el entrenamiento en habilidades y el cambio de conductas tanto como en la validación de las capacidades y conductas presentes de los pacientes.

3.2.2.2.Modos del tratamiento

Para cumplimentar con estas tareas fundamentales de la DBT, el tratamiento ambulatorio estándar está compuesto típicamente por los siguientes modos de aplicación:

- ☒ Sesiones individuales, en las que se trabaja sobre las conductas problemáticas y en las que también se trabaja la generalización a otros contextos de lo aprendido en el grupo de habilidades.
- ☒ Sesiones grupales con otros pacientes, en las cuales se realiza el entrenamiento en habilidades para aprender nuevas conductas funcionales con el objetivo de remplazar a las disfuncionales.
- ☒ Sesiones de control farmacológico, para los pacientes que estén bajo tratamiento con psicofármacos.
- ☒ Consultas telefónicas, para el manejo de crisis.
- ☒ Consultas o supervisiones de casos para los terapeutas, con el objetivo de brindarse contención y apoyo mutuo y de mantener su motivación en el trabajo con los pacientes (Linehan, 1993a).

Ahora, al adaptar la DBT, el manejo de las modalidades de aplicación del tratamiento depende de los recursos dados por el encuadre - lo cual es esencial para que cada función esté en su lugar (Koerner, 2007).

3.2.2.3.Terapia individual y entrenamiento en habilidades

En la versión original de DBT que Linehan (1993a) diseñó, cada paciente tiene su psicoterapeuta individual, el cual se encuentra a cargo del tratamiento del paciente dentro del grupo de terapeutas tratantes. Así, las demás modalidades del tratamiento giran en torno a la terapia individual. El terapeuta individual es el responsable de ayudar al paciente a inhibir conductas maladaptativas y remplazarlas por respuestas adaptativas y habilidosas. Éste le presta especial atención a todo lo relacionado con la motivación, incluyendo factores personales y ambientales que inhiben las conductas eficaces y que elicitán y refuerzan las maladaptativas.

A su vez, una gran parte de la DBT está abocada a enseñarles habilidades a los pacientes y durante el primer año de tratamiento éstos deben ser instruidos en las mismas. Debido a la dificultad que suele presentar el entrenamiento en habilidades en el contexto de la terapia individual, en el cual se focaliza en motivar al paciente a reducir su motivación suicida e

incrementar su motivación a vivir una vida que valga la pena de ser vivida, y a generalizar las habilidades en sus vidas cotidianas; el entrenamiento en habilidades se realiza en grupo, con un formato psicoeducativo.

Las habilidades que se abordan se dividen en cuatro tipos: (1) las que incrementan la efectividad interpersonal en situaciones conflictivas y de esta manera les permiten disminuir los estímulos ambientales asociados con emociones negativas; (2) estrategias tomadas de tratamientos conductistas para desórdenes afectivos (depresión, ansiedad, miedo, enojo) y estrés postraumático, lo cual incrementa la autorregulación de emociones que aparecen frente a estímulos -reales o imaginarios- negativamente percibidos; (3) habilidades para la tolerancia al malestar emocional hasta que puedan ocurrir cambios; y (4) habilidades adaptadas de técnicas orientales Zen de meditación, como es la práctica de Conciencia Plena, las cuales incrementan la habilidad de experimentar las emociones y evitar la inhibición emocional (Linehan, 1993a).

3.2.2.4. Etapas y funciones del tratamiento

El modelo de etapas del tratamiento prioriza los problemas que se deben abordar en un determinado punto en la terapia de acuerdo a la amenaza que éstos representan para una calidad de vida razonable. La relevancia de un problema está determinada tanto por la severidad y la complejidad del desorden conductual del paciente en un momento determinado como por el progreso de la terapia. Así, el tratamiento se divide en etapas que están ordenadas jerárquicamente y son las que estructuran el tratamiento y la formulación del caso para definir las conductas objetivos a ser tratadas (Koerner, 2007).

La primera etapa en la DBT es el pre-tratamiento seguida de otras cuatro. En la etapa del pre-tratamiento el objetivo principal es lograr un acuerdo sobre los objetivos del tratamiento y obtener un compromiso para alcanzarlos. Sin haber logrado el consentimiento voluntario del paciente no se considera que el mismo esté en tratamiento. Luego, la primera etapa, en el siguiente orden de importancia y jerarquía, se enfoca en: (1) reducir las conductas parasuicidas o que atenten contra la vida del paciente, (2) trabajar las conductas que atenten contra el tratamiento, (3) lograr la disminución y extinción de conductas que atenten contra la calidad de vida y (4) lograr que los pacientes adquieran y utilicen las nuevas habilidades. La gran mayoría de la información sobre la DBT se ha concentrado en investigaciones de pacientes con desordenes múltiples y severos que entran al tratamiento en la primera etapa (Koerner, 2012).

En la segunda etapa, los objetivos del tratamiento son remplazar la desesperación tranquila por la experimentación emocional no traumática, con el propósito de que el paciente pueda experimentar las emociones no gratas. En la tercera etapa se busca lograr felicidad e infelicidad normales y reducir los problemas que interfieren en su la vida cotidiana. La cuarta etapa se aboca a poder resolver el sentimiento de vacío o de sentirse incompletos/as y lograr disfrutar (Dimeff & Linehan, 2001). Si bien las etapas de la terapia son presentadas linealmente, el progreso es, muchas veces, no lineal y las etapas se superponen en la práctica (Linehan, 1993b/2003).

En síntesis, el programa que diseñó Linehan tiene cinco funciones: (1) aumentar las capacidades de los pacientes, (2) generalizar las habilidades, (3) mejorar la motivación y

reducir los problemas conductuales, (4) mantener y aumentar la motivación y capacidades del terapeuta, y (5) estructurar el ambiente (como se citó en Gagliesi 2007). Con respecto a esta última, el ambiente debe ser estructurado para promover (o al menos no interferir) con el progreso del paciente (Fruzzetti, Santisteban & Hoffman, 2007).

3.3.INTERVENCIONES FAMILIARES EN LA DBT

3.3.1.Importancia

Como se ha mencionado anteriormente, la DBT se funda en un modelo transaccional o biosocial del TLP, en el que la interacción entre el paciente y su medio (generalmente su familia) es parte de la etiología y sostén del déficit en la regulación emocional, y por ende del TLP (Fruzzetti et al., 2007). Es por esto que la psicoeducación de las familias de los pacientes con TLP es muy importante ya que los ayudaría a convertirse en aliados en el tratamiento de este trastorno (Lieb et al, 2004).

Sin embargo, la mayoría de los objetivos y estrategias utilizadas en la DBT están diseñadas para ayudar a los pacientes y no a sus familias y a sus ambientes sociales de forma directa, aunque, como señalan Fruzzetti, Santisteban y Hoffman (2007) hay varias razones para considerar utilizar intervenciones familiares para complementar las intervenciones individuales en la DBT:

1. Existe literatura sustancial que avala la eficacia del aumento de tratamientos individuales para psicopatología severa con las intervenciones familiares (Fruzzetti, 1996; Fruzzetti & Boulanger, 2005).
2. En teoría, en el modelo transaccional o biosocial, los ambientes sociales y familiares tienen un rol central en el desarrollo, mantenimiento, recaídas, y/o recuperación de los problemas asociados con la desregulación emocional crónica y severa. (Fruzzetti & Fruzzetti, 2003; Fruzzetti, Shenk & Hoffman, 2005).
3. Los datos sugieren que los resultados de la DBT aplicada a familias son prometedores (Fruzzetti, 2006; Fruzzetti & Mosco, 2006; Hoffman et al., 2005), así como lo son otras intervenciones familiares cuando son usadas para aumentar la DBT individual (Santisteban, Coatsworth, et al., 2003, como se citó en Fruzzetti et al., 2007).

Muchas veces, el impacto de cualquier enfermedad mental en una familia puede llegar a ser catastrófico. Los miembros de la familia se ven obligados a manejar situaciones de emergencia o deben intervenir en situaciones de crisis por conductas suicidas para las cuales no están preparados, por lo que no es sorprendente que estas personas muestren tener un alto riesgo de tener ansiedad, depresión y estrés, resultantes de la sobrecarga, el dolor y el aislamiento que experimentan (Hoffman, Fruzzetti & Buteau, 2007).

En un estudio sobre familiares de personas con TLP se evidencia que los familiares de personas con TLP que tienen incertidumbre respecto del diagnóstico de estos pacientes y que cuentan con mucha información acerca del TLP presentan mayores niveles de sobrecarga, estrés, depresión y hostilidad hacia los pacientes, contrariamente a lo que se había esperado. Estos hallazgos han suscitado dos cuestiones de suma importancia: el valor que estas personas le dan a la información que reciben

sobre el TLP y la importancia de la fuente y precisión de la información que estas personas reciben (Hoffman et al., 2003).

Tanto la vida de los pacientes con TLP como las de sus familias se ven gravemente afectadas por este trastorno, al verse éstas regularmente afectadas por crisis que resultan en consultas médicas, tratamientos, medicaciones e incluso internaciones (Regalado et al., 2011). Por lo que la enfermedad mental es un asunto que incumbe a las familias. Especialmente, cuando se trata de trastornos de personalidad, ya que en estos casos, las familias suelen ser los más afectados, y consecuentemente, éstos suelen ser los que más afectan al paciente con el trastorno (Hoffman et al., 2007).

Estas son las razones por las que, si bien no hay un tratamiento específico y estandarizado para los familiares de pacientes con TLP hasta el momento, diversas instituciones los han ido diseñado y los han estado implementando en la última década con el fin de lograr una reestructuración del ambiente de los pacientes con TLP y de lograr una mejor calidad de vida para los miembros de estas familias (Hoffman et al., 1999; Regalado, Pechon, Stoewsand & Gagliesi, 2011). Esto da cuenta del cambio que se ha ido produciendo en los últimos años en la relación entre la familia y los profesionales de la salud mental. Las familias van dejando de ser observadas como pacientes colaterales para transformarse en asistentes colaterales (Marsh, D.T., 1992, como se citó en Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

Los grupos psicoeducativos de entrenamiento en habilidades para familias que han surgido toman los conceptos de la DBT. Para estos grupos se han diseñado intervenciones estructuradas y conductuales focalizadas en la incorporación de las habilidades y estrategias de aceptación y cambio. La finalidad de la implementación de estos grupos para familiares es que las familias puedan entender en qué consiste el TLP; puedan identificar y modificar los patrones conductuales maladaptativos e invalidantes que han sostenido hasta el momento, entendiendo y aceptando la realidad de los pacientes con TLP; y que puedan aprender nuevos patrones conductuales validantes para poder a su vez reforzar y sostener nuevos patrones efectivos de conducta entre el paciente y la familia (Hoffman et al., 1999).

Asimismo, es esperable que al concurrir a este tipo de grupo, las familias además, experimenten un aumento en su bienestar y calidad de vida y una reducción en sintomatología asociada al malestar, como lo son la depresión, la ansiedad, la sobrecarga, el estrés y el aislamiento. Hasta el presente, esta hipótesis ha sido corroborada por diversos estudios que dan cuenta de la importancia y la necesidad de llevar a cabo grupos psicoeducacionales de entrenamiento en habilidades para familiares de pacientes con TLP (Hoffman et al., 2005; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen, 2009; Regalado et al., 2011).

3.3.2. Family Connections

Family Connections (FC) es uno de los primeros programas para familiares de pacientes con TLP para complementar el tratamiento individual estándar en DBT en los Estados Unidos (Hoffman et al., 1999). Como Hoffman y sus colaboradores presentan, las intervenciones de este programa fueron diseñadas para satisfacer las necesidades de los familiares de personas con TLP y sus problemas asociados, como son la desregulación emocional, conductas de automutilación o parasuicidas, labilidad en el estado de ánimo y dificultades en las relaciones.

Los encuentros del programa FC son dirigidos por familiares de personas con TLP que se han capacitado para tal fin. Luego de haber tenido y pasado una entrevista de admisión en la que se evalúa la aptitud del candidato a líder, éstos completan un curso de entrenamiento para luego poder conducir grupos en sus respectivas localidades. El entrenamiento ha sido estandarizado y el mismo requiere de haber participado inicialmente en el programa FC como miembro participante, de haber realizado unas 20 horas de entrenamiento formal para liderar un grupo de FC (en el que se incluyen clases, discusiones y dramatizaciones), y, de realizar consultas semanales al comenzar un nuevo grupo.

El contenido del programa de FC fue desarrollado tomando la opinión de varios miembros participantes del grupo como así también de pacientes con TLP. Su contenido se presenta en seis módulos que incluyen material psicoeducativo sobre el TLP y sobre el funcionamiento familiar, habilidades adaptadas de la DBT, más habilidades relacionadas con las relaciones familiares y los sistemas, estas últimas desarrolladas por los autores mismos (Hoffman et al., 1999; Fruzzetti & Fruzzetti, 2003, como se citó en Hoffman et al., 2005).

El objetivo central de las intervenciones que se realizan en base a los módulos es lograr que los miembros de las familias trabajen juntos con el paciente con TLP. Sus cuatro objetivos principales son:

☐ Educar a los miembros de la familia en las conductas características del TLP y en la teoría biosocial, explicando qué son la vulnerabilidad emocional, la desregulación emocional y un ambiente invalidante. Las conductas problemáticas son descritas sin ser juzgadas, lo cual es central en DBT (habilidades de conciencia plena).

☐ Enseñarle a los miembros de las familias nuevas modalidades de comunicación familiar destinadas a crear y mantener un ambiente de validación mutua (habilidades de efectividad interpersonal).

☐ Ayudar a los miembros de las familias a ser menos juiciosos recíprocamente y a aceptar el lineamiento básico dialéctico de que no hay una verdad única ni una verdad absoluta (estrategias dialécticas).

☐ Brindarles a los participantes un espacio seguro en donde las familias y los pacientes con TLP puedan discutir y trabajar asuntos difíciles que generalmente activan la emocionalidad, como pueden ser las conductas autodestructivas (Hoffman et al., 1999)

El tratamiento en sí dura seis meses (24 semanas) y se realiza en encuentros semanales de una hora y media, en un grupo conformado por una cantidad de 6 a 9 familias. Los pacientes con TLP cuentan con la libertad de invitar a quienquiera que ellos deseen invitar a participar del programa. Dos líderes están a cargo del grupo, abocándose uno más a lo teórico y otro más a lo práctico, sin roles fijos. Como el grupo es abierto y no tiene un final, sino que nuevos participantes se unen al mismo una vez al mes; antes de que los miembros de una nueva familia se sumen al grupo, éstos deben tener una entrevista de admisión y orientación, las cuales se realizan generalmente una hora y media antes de los primeros dos encuentros. Los criterios de exclusión son que algún miembro de la familia no esté bajo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico cuando su condición sí lo requiere y ser menor de edad (18 años).

El propósito de estos dos encuentros es informarles la estructura del programa y pedirles un compromiso para con el tratamiento, en sintonía con lo que se solicita en el tratamiento de la DBT estándar.

Los encuentros son de 90 minutos cada uno y se dividen en dos partes. Los primeros 45 se dedican a algún contenido didáctico en el que se enseñan habilidades específicas de la DBT. El foco de las mismas son las relaciones familiares y se centran en habilidades de: efectividad interpersonal, conciencia plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y validación. Se trabajan estas habilidades específicamente para lograr regular las emociones, reducir la impulsividad y el descontrol conductual, mejorar la concentración y la atención, y mejorar las relaciones. Al enseñar estas habilidades aumentan las probabilidades de que el ambiente mejore y así potenciar el tratamiento individual y promover la regulación emocional. A su vez, si el paciente mejora, aumentan las posibilidades de mantener un ambiente validante, resultando en mejores relaciones familiares. Luego, la segunda parte del encuentro se destina a la práctica de habilidades, las cuales son propuestas por los mismos participantes, y se trabaja a manera de consulta. Esto le ofrece una oportunidad de aprendizaje a la familia que consulta y una oportunidad de modelado a las demás familias presentes (Hoffman et al., 1999).

3.3.3. Taller para padres, familiares y/o allegados de personas con desregulación emocional

Actualmente en Argentina, se ofrece a la comunidad este tipo de taller para familiares y allegados de personas con desórdenes en la regulación de las emociones o TLP. Este taller surgió en principio, como un taller de psicoeducación que duraba un solo encuentro, el cual tenía el objetivo de democratizar el conocimiento en relación a qué es el TLP. Luego, a lo largo de los años, éste fue evolucionando, tanto en cantidad de encuentros como en contenidos, hasta conformarse en el taller de doce encuentros que es hoy (C. Pechon, comunicación personal, 10 de agosto de 2012). Desde el modelo psicoeducativo se postula la necesidad de generar la capacidad de afrontar con la mayor eficiencia posible las manifestaciones o las alteraciones conductuales de un determinado trastorno o enfermedad (Apfelbaum & Gagliesi, 2004).

En cuanto a la eficacia del mismo, según los resultados pre-experimentales evaluados hasta la fecha en este taller, este entrenamiento para familiares ha demostrado una vez completado y finalizado el mismo, reducir el estrés y los síntomas patológicos que los concurrentes presentaban al inicio del mismo (Regalado et al., 2011).

Siendo este taller uno de los pioneros en Argentina en ofrecer un abordaje clínico y psicoeducativo focalizado en las familias de pacientes con TLP, utilizando el modelo de la DBT, es de sumo interés analizar su finalidad y funcionamiento, lo cual es el objetivo central del presente estudio.

3.3.3.1. Contenidos que se trabajan a lo largo del taller

El taller para familiares y/o allegados se basa en el tratamiento de la DBT propuesto por Linehan (1993a), pero más específicamente en el manual de entrenamiento en las habilidades con las que se trabaja con las pacientes (Linehan, 1993b); sumando los criterios que definen al

TLP que se encuentran detallados en el DSM-IV-TR (2000). De esta manera, surgen dos publicaciones que utiliza para llevar adelante este taller: un apunte que se titula Programa Psicoeducativo Dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados y un cuadernillo llamado Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de personas con desórdenes de la regulación de las emociones que contiene los temas que se van a ir trabajando durante el taller en cada encuentro organizado en doce clases.

El apunte Programa Psicoeducativo Dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados se utiliza en el primer encuentro, y contiene material psicoeducativo sobre el TLP del DSM-IV-TR y sobre el tratamiento que se propone desde la DBT. Se abordan los distintos criterios que conforman el trastorno, se explica el modelo de la teoría biosocial, cómo funcionan las emociones en general y la desregulación emocional en particular; y, su incidencia en el trastorno. Se introducen las bases fundamentales de estrategias de aceptación y cambio, explicando la dialéctica en la que se basa este modelo psicoterapéutico.

En el segundo encuentro se aborda el concepto de conciencia plena . Ésta es una práctica que toma la DBT como uno de sus pilares (Linehan, 1993a). Uno de los conceptos fundamentales que se trabaja es el de aceptación : el Mindfulness en inglés. Esto es poder reconocer lo que es con una disposición abierta y flexible; es un acto activo, e implica dejar de luchar con la realidad, no pretendiendo que los demás o las situaciones sean como uno desea. Sin embargo, aceptar no es lo mismo que aprobar. El propósito de instruir a los familiares en la aceptación es que puedan ser conscientes de que el hecho de rechazar o negar la realidad no la cambia. Para poder cambiar la realidad se requiere de poder aceptar los hechos tal como son, que el dolor es una parte de la realidad de la vida, y que el hecho de rechazar la realidad sólo agrega sufrimiento generando enojo, miedo, frustración, tensión y dolor físico. A su vez, el concepto de aceptación, además de trabajárselo transversalmente a lo largo del taller, se retoma y se lo trabaja en profundidad en el anteúltimo encuentro (el decimo primero).

En el tercer encuentro se explica que las personas con TLP suelen oscilar entre la inhibición emocional y una reactividad intensa. Algunos pacientes típicamente inhiben sus emociones, otros parecen encontrarse en un estado de crisis permanente, y otros pasan intermitentemente de un estado a otro. Se introduce la función evolutiva de las emociones y se abordan las 7 familias de emociones básicas negativas (miedo, tristeza, enojo, culpa, vergüenza, celos y asco) y 2 familias de emociones positivas (alegría y amor). Luego, se profundiza sobre emociones primarias, secundarias y complejas. Además, se instruye sobre cómo reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas (dormir de forma equilibrada, por ejemplo) y cómo incrementar las emociones positivas (haciendo cambios en la vida de modo que los hechos positivos sucedan con más frecuencia). Finalmente, se analiza el modelo de la respuesta emocional en el cual se identifican los pasos que lo conforman.

En el cuarto y quinto encuentro se aborda el concepto de validación, que es muy importante en la DBT; razón por la cual se le dedican dos encuentros a su explicación y ejercitación. Desde este modelo se sostiene que la validación es la puerta hacia el cambio. La validación es un acto profundo de aceptación de las respuestas emocionales del otro. Es muy importante que este

concepto sea bien entendido ya que podría confundirse con estar de acuerdo con las conductas, los pensamientos o los planes para resolver problemas de los demás. Se sostiene que lo único que es válido siempre son las emociones que tiene una persona. En estos dos encuentros se trabaja con ejemplos que se elicitán de los familiares para que puedan asimilar qué es validar y qué no lo es. En el cuarto encuentro se focaliza sobre el concepto. En el quinto se profundiza sobre el mismo al llevar a cabo la corrección de la tarea. Por ser la invalidación el otro factor que estaría en la etiología del TLP, es de suma importancia trabajar para revertir las situaciones, actitudes o conductas invalidantes en validantes, como se hace con los pacientes en el trabajo con ellos según lo plantea Linehan (1993a/b, 2003). De ahí la importancia que se le da a este concepto y que su abordaje haya sido estructurado en dos encuentros.

El sexto y séptimo encuentro se focalizan en estrategias de cambio, las cuales incluyen el análisis en cadena y reforzamientos. El propósito de estos dos encuentros es poder enseñarles a los familiares a analizar conductas o situaciones que han sido (o son) problemáticas para la persona con TLP, para así poder modificarlas o disminuir su frecuencia. Se llama análisis en cadena a la descripción longitudinal de los hechos - en términos de conductas, emociones y pensamientos - que se van encadenando y resultan en una conducta no deseada que se quiere modificar. Ésta es una herramienta fundamental en el trabajo con DBT ya que es la forma más efectiva de entender lo que provoca una conducta y lo que la refuerza (Linehan, 1993b). El objetivo es poder aumentar la conciencia de cómo ocurrieron los hechos y así poder entender qué eslabones se pueden modificar para disminuir las probabilidades de que dicha conducta vuelva a ocurrir. Para poder lograr un cambio conductual no es necesario cambiar todos los eslabones; un eslabón modificado puede producir un cambio en toda la cadena.

En el séptimo encuentro, continuando con las estrategias de cambio, se retoman los conceptos de reforzamiento positivo y reforzamiento negativo ya introducidos en el análisis en cadena, y, a su vez, se explican los de castigo y extinción. Esto se ejemplifica con típicas conductas de los pacientes, o, con ejemplos de los participantes. De esta manera, se espera que los familiares puedan identificar las conductas que les gustaría aumentar para reforzarlas positivamente, o negativamente; y las conductas que les gustaría disminuir/extinguir para poder lograrlo. También se trabaja el concepto de moldeamiento, para que los familiares puedan reforzar las pequeñas aproximaciones a la conducta deseada, hasta lograr que se aprenda la conducta objetivo.

El objetivo del octavo encuentro es que los familiares adquieran ciertas habilidades relacionadas con la comunicación en general y con su ser querido en particular. Los ejercicios y contenidos que se trabajan en este encuentro son los mismos con los que trabajan los pacientes en el módulo de efectividad interpersonal en los grupos de entrenamiento en habilidades. Se focaliza en diferenciar las evaluaciones de las observaciones; y en cómo realizar pedidos y cómo rechazar peticiones, y se trabaja un ejercicio llamado DEAR MAN. El propósito es intentar ser lo más descriptivos posibles para así reducir las probabilidades de que ocurran conflictos emocionales (Linehan, 1993b/2003).

El noveno encuentro se aboca a trabajar límites personales; los cuales se trabajan de manera similar, pero adaptada, a cómo los terapeutas en DBT los aplican en sus relaciones terapéuticas con los pacientes. Los límites personales refieren a las conductas que una persona

está dispuesto a aceptar de los otros, o, lo que esa persona está dispuesta o es capaz de hacer por ellos (Linehan, 1993a). Se trabaja esta temática ya que el manejo de límites personales en relaciones con personas demandantes no es fácil, y suele ser agotador para los familiares de personas con TLP.

En el décimo encuentro se trabaja cómo afrontar conductas de riesgo. Esto incluye afrontamiento de conductas suicidas, cómo sobrevivir a las crisis y cómo manejar las emociones extremas. Se les cuenta a los familiares que se trabaja con ellos de la misma manera en que se trabaja con los pacientes que realizan el tratamiento con DBT. Para esto se proponen distintas alternativas para afrontar las situaciones de crisis y se explican cómo es que funcionan. Por ejemplo, cambiando la fisiología del cuerpo, ya sea cambiando la temperatura corporal con agua fría (o cubitos de hielo) para traer la atención al momento presente; o, en otros casos, con agua caliente, para distender y relajar el cuerpo (1993b, 2003).

En el decimo primer encuentro se retoma el concepto de aceptación trabajado al principio del taller. Se vuelve a puntualizar a la aceptación como una elección, un acto decidido de dejar de luchar contra la realidad para aceptar los hechos como son, como el paso fundamental para luego poder actuar sobre los hechos para generar un cambio. El objetivo es lograr remplazar las actitudes de no aceptación por aquellas de aceptación para lo cual se presentan distintas formas para lograrlo. Se leen dos cuentos que se presentan en el cuadernillo y que invitan a la reflexión sobre la importancia de la aceptación.

En el último encuentro se lleva a cabo un repaso e integración de los temas vistos y trabajados a lo largo del taller y se leen los votos de los familiares. Éstos consisten en un listado de diez frases que apelan al compromiso y que expresan la intención de cambio que se les propone a los familiares, como ser: “me prometo evitar dar consejos y preguntar más”, o, “me prometo que mi comportamiento esté más guiado en la idea de ser efectivo que en tener razón”.

Así, los doce encuentros conforman el taller para familiares y/o allegados de personas con desórdenes en la regulación de las emociones o TLP, del cual es esperable que sus participantes aprendan nuevas habilidades para relacionarse con sus seres querido y que encuentren un espacio de contención y apoyo (Fundación Foro, 2008).

4.MÉTODO

Desde el punto de vista metodológico se trata de un estudio descriptivo de un taller, al que se tuvo acceso durante la Práctica Profesional .

4.1.Participantes

La muestra estuvo compuesta por 28 personas, 3 coordinadoras que lideraron el taller y los 25 padres concurrentes. De los 25 asistentes al taller, 15 de ellas eran mujeres; 13 de ellas madres de pacientes con TLP, una abuela de una paciente y otra que era la pareja de un paciente con TLP. De los 10 hombres, 8 eran padres de pacientes, otro era la pareja de la madre cuya hija tiene TLP, y otro era pareja de una paciente. Del total de participantes había siete matrimonios, de los cuales uno se había separado recientemente. El promedio de edad era de 55,2 años (DE = 7,8). En cuanto a su escolaridad, los concurrentes al taller informaron haber alcanzado estudios secundarios (28%) y terciarios (72%). La mayoría trabaja tiempo completo

(44%), otros tienen trabajo informal (16%), una persona trabaja medio tiempo (4%), otros no trabajan o son jubilados (24%) y un 12% no informó su situación laboral.

4.2. Instrumentos

☒ Cuestionario sociodemográfico diseñado ad hoc para llevar a cabo una investigación en Fundación Foro en los talleres de grupos de padres, familiares y/o allegados de pacientes tratados con DBT. En la primera parte de este cuestionario se recaban datos en relación a edad, sexo, estudios alcanzados, ocupación (desempleado, trabajo tiempo completo o trabajo informal) y relación de parentesco o relación de la persona participante en el taller. En la segunda sección se recaban estos mismos datos pero del paciente con TLP, más información sobre si el paciente tiene hijos y si vive con éstos, si está en pareja y si vive solo/a y con quién.

En la siguiente sección se recolecta información sobre el diagnóstico que le fue dado al paciente, si éste recibe ayuda económica del familiar allegado, el tiempo transcurrido entre la primer consulta y el arribo al diagnóstico actual, cantidad de profesionales consultados en este devenir, si tuvo intentos de suicidio (cuántos), si tuvo internaciones (cuántas), si sabe que el familiar/allegado está concurriendo al taller, y qué tratamiento está realizando el paciente en este momento (psicológico solamente; psiquiátrico solamente; terapia de grupo solamente; psicológico y psiquiátrico; terapia individual y grupal; psiquiátrico, psicológico, individual y grupal; especificar si hace tratamientos alternativos). Además, se detallan una lista de problemas que incluyen inestabilidad en las relaciones, inestabilidad emocional, conductas impulsivas, autolesiones, violencia, abuso de sustancias, intentos de suicidio y otras; y se pregunta sobre el grado de conflictividad entre el paciente y el concurrente al taller, y entre el paciente y la familia en general (escala Likert de cinco opciones, yendo de muy bajo a muy alto).

☒ Observación no participante. La misma se llevó a cabo durante los doce encuentros. Se grabó y se tomó notas sobre cómo se desarrollaron los encuentros, los temas que se abordaron, con qué modalidad, la interacción entre los participantes entre sí y entre éstos y las facilitadoras del taller.

☒ Entrevista semi-estructurada a una de las coordinadoras y diseñadoras del taller. La misma exploró cómo surgió el taller del grupo de padres, familiares y/o allegados de pacientes tratados con DBT, cómo lo diseñaron, cómo comenzó, si ha ido cambiando a lo largo del tiempo y de qué manera, y cuál es el feedback que reciben de los concurrentes y cómo percibe su utilidad.

4.3. Procedimiento

Se asistió a los doce encuentros. Se grabaron los encuentros y se tomaron notas para poder realizar la descripción del proceso del taller de grupo de padres, familiares y allegados de pacientes con TLP.

Al comienzo del taller, se invitó a los concurrentes del mismo a participar de una investigación, para lo cual se les entregó un cuestionario - ya descrito anteriormente -. Del material recabado en estos protocolos, se procesaron los datos de la muestra para poder describirla en términos sociodemográficos y para poder describir el tipo de pacientes con los que se

relacionan y/o conviven los participantes del taller. Se utilizó el programa Infostat para procesar los datos que requirieron cálculos estadísticos.

Además, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada individual a una de las coordinadoras y diseñadoras del taller para comprender cómo surgió, cómo fue diseñado y cuál es la finalidad del mismo.

5. DESARROLLO

Como se detalló al comienzo, el objetivo general de este trabajo es describir y analizar la modalidad de intervención de un taller orientado a padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP. A continuación se desarrollarán los objetivos específicos para cumplimentar con tal fin.

5.1. Describir las características de los pacientes con TLP cuyos familiares concurren al taller del grupo de padres, familiares y/o allegados.

Los 25 familiares que asistieron al taller informaron voluntariamente en un cuestionario al comienzo del taller las características que presentan las personas por quienes se encuentran concurrendo al mismo. Aquí se muestran los resultados de los datos recabados. Esta información permite formarse una idea del tipo de problemáticas que implica la convivencia con estos pacientes. Por familiares deben entenderse padres, familiares y/o allegados de aquí en adelante. Por pacientes se hace referencia al ser querido por el cual los familiares concurren al taller.

Del total de los 17 pacientes, 15 son mujeres (88,24%) y 2, hombres (11,76%). La edad promedio es de 27,6 años (DE= 12,33). En la Tabla 1 se muestra la distribución de las edades de la totalidad de los pacientes según sexo.

Tabla 1. Distribución de edad de los pacientes con TLP por quienes sus familiares concurren al taller

Sexo Femenino

Menores de edad (14 a 17 años) 17,64%

Entre 18 y 29 años 41,18%

Entre 30 y 39 años 17,64%

Entre 40 y 49 años 11,76%

Entre 50 y 59 años -

Sexo Masculino

Menores de edad (14 a 17 años) 5,89%

Entre 18 y 29 años -

Entre 30 y 39 años -

Entre 40 y 49 años -

Entre 50 y 59 años 5,89%

En relación a sus estudios, en la Tabla 2 se puede observar el nivel de estudios alcanzado por los pacientes, mientras que en la Tabla 3 se refleja el nivel de dependencia económica que presentan estos pacientes con sus familiares y/o allegados.

Tabla 2. Distribución del nivel de estudios alcanzado por los pacientes

Estudios secundarios (menores en curso) 70,59%

Estudios terciarios 29,41%

Tabla 3. Distribución de la relación de la dependencia económica de los pacientes con sus familiares y/o allegados

Dependencia económica del 100% de sus familiares 64,70%

Dependencia económica del 50% de sus familiares 11,76%

Pacientes independientes económicamente 23,54%

Del total de estos pacientes sólo dos tienen hijos, el hombre de 59 años, quien no vive con ellos; y una mujer de 45, que sí lo hace. Estos dos pacientes y otra más, son los únicos que viven solos. Se informó que 6 pacientes están en pareja (35,29%), 9 no lo están (52,94%); hay un paciente sobre el cual no se respondió en este apartado (11,76%).

En cuanto a la relación vincular de estos pacientes, en la Tabla 4 se muestra qué rol familiar tienen estos pacientes en relación a los concurrentes al taller, mientras que en la Tabla 5 se puede apreciar la relación vincular de los 25 concurrentes al taller con respecto a los pacientes. Así, la Tabla 4 se focaliza en los pacientes y la Tabla 5 en los familiares/allegados.

Tabla 4. Rol familiar de los pacientes con respecto a sus familiares/allegados

Hijos/as 88,24%

Pareja 11,76%

Tabla 5. Rol familiar de los familiares/allegados con respecto a los pacientes

Padre/madre 84%

Pareja 8%

Abuela 4%

Pareja de la madre (de la paciente) 4%

Del total de los 17 pacientes, 14 (82,35%) tienen un diagnóstico. De éste 82,35% que tienen un diagnóstico, los mismos figuran en la Tabla 6. Hay pacientes que tuvieron su primer consulta - psicológica o médica - en relación a este trastorno (TLP) a muy temprana edad (4, 6 y 9 años), otros al principio y durante la adolescencia (12, 16 y 17 años) y otros de mayores (18, 20, 23 y 55 años). Sobre un total de 11 pacientes, el tiempo promedio para arribar a un diagnóstico fue de 4 años y 4 meses, habiendo transcurrido como máximo 14 años en un caso, y, en otros casos el diagnóstico fue dado en la primer consulta. En cuanto a la cantidad de profesionales de la salud consultados por estos pacientes en su historial, el promedio es de casi 8 profesionales por paciente (7,94 en promedio; d.e.= 4,64) sobre la información brindada de 16 pacientes. Una de estas pacientes además es nieta de una de los asistentes al taller.

Tabla 6. Distribución del diagnóstico de los pacientes

Trastorno límite de la personalidad (TLP) 71,42%

Desregulación emocional 14,30%

Trastorno bipolar (TB) 7,14%

TLP concomitante con TB 7,14%

En relación a las internaciones, 5 pacientes (29,4%) han estado internados alguna vez a lo largo de sus vidas. La Tabla 7 presenta la frecuencia con la que se han presentado las mismas.

Tabla 7. Distribución la frecuencia de internaciones (sobre el 29,4% de la población de pacientes que las ha tenido)

Una sola vez 20%

Dos veces 20%

Tres veces 40%

Cuatro veces 20%

En cuanto a los intentos de suicidio se repite el mismo porcentaje, casi un tercio de los pacientes (29,4%) los ha presentado. De éstos, un 60% lo intentó una sola vez y un 40 % lo intentó tres veces.

La gran mayoría de los pacientes se encuentra en tratamiento (88,23%). Los diferentes tratamientos a que están siguiendo los pacientes figuran en la Tabla 8.

Tabla 8. Tipos de tratamiento en los que están los pacientes

Psiquiátrico y psicológico individual 46,6%

Psiquiátrico, psicológico individual y grupal 26,6%

Psicológico individual 20%

Psicológico individual y grupal 6,6%

Los problemas que los familiares han reportado como de mayor preocupación en relación a sus seres queridos se enumeran en la Tabla 9. En porcentajes menores al 8% los familiares agregaron otros síntomas como ser: alteraciones del sueño, baja tolerancia a la frustración, alteraciones en la alimentación, depresión, abulia e hipersensibilidad a estímulos del ambiente.

Tabla 9. Problemas que preocupan a los familiares en relación a los pacientes

Inestabilidad emocional 88%

Conductas impulsivas 80%

Autolesiones 52%

Inestabilidad en las relaciones 48%

Abuso de sustancias 40%

Suicidio 20%

Otros problemas 8%

En lo que respecta al grado de conflictividad informado por los familiares entre la familia y los pacientes, los resultados se presentan en las siguientes tablas:

Tabla 10. Grado de conflictividad percibido entre el familiar y el paciente

Muy bajo 4%

Bajo 16%

Regular 48%

Alto 20%

Muy alto 12%

Tabla 11. Grado de conflictividad percibido entre el paciente y la familia en general

Muy bajo -

Bajo 8%

Regular 40%

Alto 48%

Muy alto 4%

Para finalizar, solamente el 70,6% de los pacientes sabe que sus familiares están concurriendo al taller.

En consonancia con la literatura científica sobre el TLP, en lo concerniente al sexo, se constata en este grupo de pacientes que el TLP se presenta en su mayoría en mujeres, 88,23% de esta población (Linehan, 1991).

En esta muestra de pacientes también se observa que el tiempo entre la primer consulta psicológica que realizan estos pacientes y el momento en que éstos reciben el diagnóstico de TLP es largo (4 años y 4 meses en promedio) teniendo en cuenta que se trata de un trastorno que presenta alto riesgo para las vidas de los pacientes - y sus familiares - y con el agregado de que este trastorno suele presentar comorbilidad con otros. Por otro lado, durante el derrotero recorrido hasta llegar al diagnóstico de TLP, los pacientes han consultado a una gran cantidad de profesionales de la salud; lo cual da cuenta de la falta de eficacia que existe en relación a realizar diagnósticos precisos y de los gastos económicos en los que el sistema de salud incurre por esto mismo; y del desgaste psicológico que esto puede acarrear. Realizar un diagnóstico preciso, en relación a cualquier patología, posibilita buscar un tratamiento eficaz para el trastorno diagnosticado (Kreger, 2008).

En relación a los participantes del taller, durante el transcurso del mismo, 5 (20%) personas no lo completaron, abandonándolo; mientras que seis (30%) lo cumplieron de manera que recibieron certificados de asistencia y trabajo correspondientes. El porcentaje de abandono del taller, 20%, es coincidente con el que se informa en el grupo de familiares FC que se realiza en Estados Unidos. Se considera que éste es un porcentaje de abandono bajo para grupos de familiares (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999).

La información hasta aquí recabada es coincidente con lo que se postula desde la teoría y lo investigado en relación al TLP. Se evidencia que los pacientes con quienes los concurrentes al taller conviven, son pacientes que presentan síntomas que preocupan a sus familiares, y, la presencia de éstos en sus seres queridos es plausible de provocar sintomatología patológica en estos familiares como se ha demostrado en investigaciones anteriores (Hoffman et al., 2005; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen; Regalado et al., 2011). Los grados de conflictividad informados por los familiares dan cuenta del estrés que implica la convivencia con estos pacientes a nivel familiar. El hecho de que el 76,46% de estos pacientes depende económicamente de sus familiares el 64,70% de los que lo hacen, dependen de forma total-muestra que éstos pueden llegar a ser una carga económica para sus familiares, pudiendo devenir en un factor estresónego más. Estas son algunas de las razones por las cuales estos familiares buscan ayuda para ellos mismos, para su bienestar personal y familiar, y, de manera indirecta, para sus seres queridos.

5.2.Describir la estructura, la modalidad y los contenidos del taller de padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT .

5.2.1.Estructura, modalidad y contenidos generales

El taller llamado Grupo de Habilidades para Familiares y Allegados de personas con Trastorno Límite de la Personalidad fue diseñado siguiendo los preceptos del DSM-IV-TR y de la DBT. Este taller se estructura en 12 encuentros de dos horas de duración realizados semanalmente.

Los mismos están a cargo de dos psicoterapeutas que son las que realizaron el diseño original del mismo. Ambas terapeutas trabajan con este modelo terapéutico en el cual se han especializado, tanto en terapia individual con pacientes con TLP como dando entrenamiento en habilidades a las pacientes en formato grupal. Sin embargo, durante este taller en particular, hay tres coordinadoras, ya que una de ellas va a dejar de dar el mismo y una nueva integrante de la institución va a tomar su puesto en este taller. Si bien la nueva terapeuta en el taller para familiares está formada en DBT, trabaja en forma individual con pacientes y está a cargo de un grupo de habilidades; se decide realizar este taller con las tres a cargo para realizar un buen traspaso y modelar en la nueva terapeuta el estilo en que se lleva adelante el taller.

Cada encuentro, a excepción del primero, comienza con la práctica de un ejercicio de conciencia plena que es dirigido por alguna de las coordinadoras del taller. El propósito de realizar este ejercicio es hacer practicar a los familiares uno de los pilares en los que se basa la DBT, de la misma manera en que Linehan (1993a) lo formula para los pacientes, con la intención de que los participantes del taller puedan incrementar su conciencia respecto del momento presente. A continuación, se realiza la corrección de la tarea que se dio en el encuentro anterior y se trabaja sobre la misma. Se toma lista de asistencia y de las tareas realizadas. En la segunda mitad del taller, se aborda un nuevo tema y se da nueva tarea para la semana siguiente. Al finalizar los 12 encuentros del taller, los familiares que hayan concurrido al mismo en un 70% y hayan realizado las tareas en un 50%, reciben un certificado que da cuenta de haber completado el mismo. A aquellos que faltan durante este taller, se les ofrece la oportunidad de recuperar esas clases que hayan perdido en el próximo taller de padres que se realice. En general, cuando finaliza un taller, comienza otro al comenzar el próximo mes.

5.2.2. Cómo se trabajaron algunos de los contenidos durante el transcurso del taller

5.2.2.1. Primer encuentro - Introducción al taller

En este primer encuentro las coordinadoras del taller se presentan a sí mismas y a una pasante que será la encargada de repartirles (y luego recolectar) los protocolos que se los invita a completar para llevar a cabo una investigación sobre este taller en la institución. Después de explicarles en qué consiste la investigación y de entregarles los protocolos, las coordinadoras comienzan. Lo primero que hacen es explicar cómo se lleva a cabo el taller y la importancia de la asistencia y el cumplimiento de las tareas. Se deja en claro que este taller es para familiares y/o allegados de pacientes con TLP. A medida en que esto transcurre, sigue llegando gente que se va sumando al grupo. Se prosigue explicando qué es la DBT y cómo surgió. A continuación, se invita a los participantes a presentarse y a contar brevemente por qué están en el taller y por quién están allí.

Hasta este momento los concurrentes se ven expectantes, tímidos y prestan atención en silencio. El ambiente se percibe frío. La mayor interacción se produce por parte de las coordinadoras. Ahora que a los concurrentes les toca presentarse, cambia el foco atencional pero igual todavía se mantiene el clima distante. Una mujer comienza su relato siguiendo la consigna propuesta y sucesivamente lo van haciendo el resto de los participantes. De estos participantes, todos mencionan que se encuentran asistiendo al taller por su hija, salvo una abuela que está allí por su nieta y acompañando a su hijo que está allí por su hija. Algunos cuentan el diagnóstico que tienen los pacientes, otros relatan que sus hijas han tenido intentos

de suicidio y se cortan, otros mencionan otros síntomas que también presentan sus seres queridos (bulimia, por ejemplo) y unos pocos dan más información personal. Los concurrentes cuentan que concurren al taller por recomendación de algún profesional y/o institución de salud mental, por haber realizado una búsqueda de tratamientos relacionados con el TLP, o por encontrarse los pacientes haciendo tratamiento .

Una vez finalizadas las presentaciones, se reparte el apunte con el que se trabaja en este primer encuentro Programa Psicoeducativo Dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados .Como se mencionó en el Marco Teórico, una de las coordinadoras comienza a explicar el concepto de psicoeducación y sobre la intención del taller de democratizar el saber con respecto al TLP. Además, les anticipa que en los próximos encuentros van a recibir herramientas (habilidades) para que primero las pongan en práctica con ellos mismos, lo cual se espera que luego resulte en un beneficio para su ser querido. Luego, se invita a los concurrentes a ir leyendo las distintas partes del apunte en el cual se explican las metas y objetivos del taller, se mencionan las situaciones que generan sobrecarga en los familiares y cuáles son los cambios que se esperan lograr.

Entre lectura y lectura, las coordinadoras van intercalando explicaciones pertinentes y aclaratorias, entre las que se destaca la importancia de realizar las tareas de un encuentro a otro, para poder practicar e incorporar lo trabajado. También se les aclaran los términos de confidencialidad del grupo y se hace especial hincapié en que “el taller de padres no reemplaza a la terapia individual de cada uno”. Asimismo, se les pide a los concurrentes que cuando relaten algún suceso, lo hagan de la manera más descriptiva posible y evitando detalles innecesarios que pueden llegar a activar emocionalmente al resto de los presentes. Antes de proseguir, una de las coordinadoras propone que se presenten los demás familiares que fueron llegando más tarde. En esta segunda presentación, se destaca una mamá y su pareja, quienes vinieron desde otro país a vivir por un tiempo a Buenos Aires, Argentina, para que su hija (de la madre solamente) pueda realizar el tratamiento con DBT ya que éste no está disponible en su país de origen.

A continuación se prosigue con el material de trabajo del apunte. Se explica el origen del término TLP y el concepto de desregulación emocional, el cual, para esta terapeuta, es un término más descriptivo de la condición de los pacientes que el de TLP.

Activarse emocionalmente refiere a provocar una emoción muy intensa, produciendo malestar, y que además podría generar sucesivas emociones no agradables.

Luego, los familiares leen los criterios del DSM-IV-TR y se los van explicando a medida que son leídos y se abordan estos criterios desde la DBT. Durante esta actividad hay más intercambio y preguntas por parte de los familiares. Por ejemplo, una mamá pregunta específicamente si las quemaduras con cigarrillos se consideran conductas de autoagresión aunque no estén detalladas (a lo que se le responde que sí). En este punto se les explica que muchas pacientes en general utilizan este tipo de conductas de auto daño porque les permiten volver al momento presente y sacar el foco de su atención del dolor emocional que experimentan, lo cual les genera alivio emocional. A estos pacientes les resulta más tolerable el dolor físico que el emocional. Así, se van intercalando los criterios, con dudas de los familiares y aclaraciones

de las coordinadoras y el grupo tiene una dinámica más interactiva y se percibe más calidez que al comienzo.

Una vez finalizados los criterios, se hace referencia a que todos tenemos emociones, algunas personas son más demostrativas, otras menos, unas son más intensas y otras no. Al todos tener emociones, se puede ser compasivos con los otros y esto nos permite poder entender qué siente el otro. Otra de las coordinadoras les pide a los familiares que intenten imaginarse lo que es vivir con al menos cinco de los criterios propuestos por el DSM-IV-TR las 24 horas al día, todos los días de sus vidas, de forma casi permanente. La intención es que los familiares puedan hacerse una idea de lo difícil que es la vida de estos pacientes.

Luego, se explica la teoría biosocial y cómo los factores de riesgo social, (invalidación) y los factores de riesgo biológico (vulnerabilidad emocional) se combinan de manera aleatoria en la etiología del TLP. Para esto se utiliza un diagrama didáctico, que se muestra a continuación, para dar cuenta de cómo una persona que puede contar con un pequeño porcentaje de factores biológicos pero con un alto porcentaje de factores sociales (persona X), y, otra que posee un bajo porcentaje de factores de riesgo social pero con alto porcentaje de factores biológicos (persona Y) pueden desarrollar el mismo trastorno. Si uno imagina que el triángulo superior derecho representa a los factores de riesgo social y el triángulo inferior representa a los de riesgo biológico, y se trazan dos líneas verticales, las columnas que queden en ambos extremos del rectángulo divididas una en la parte superior y la otra en la inferior, representarían una posible combinación de estos dos tipos de factores que devienen en un mismo trastorno. Esto da cuenta de la gran variabilidad en los pacientes que lo presentan.

Factores Biológicos

Factores Sociales

X persona Y persona

Se explica que a menudo cuando hay más factores biológicos, se presentan conductas impulsivas en la familia, o similares a las vistas en los criterios postulados por el DSM-IV-TR; quizás no con el nombre de TLP pero sí probablemente haya habido algún abuelo o bisabuelo que se suicidó, por ejemplo. En este punto algunos familiares coinciden y comentan que con diagnóstico de bipolares. En cuanto a los factores sociales, la coordinadora dice que algunos de estos pacientes tienen historia de trauma en la infancia. Por ejemplo, la muerte de la madre en la infancia podría ser vivido como un hecho traumático (este ejemplo responde a una pregunta puntual de un padre con respecto a su hija, que perdió a su mamá de pequeña). Para concluir con lo relacionado a la etiología del trastorno, la coordinadora aclara que “esta es la mejor explicación que hay hasta ahora”.

La misma coordinadora prosigue diciendo que una persona con este trastorno tiene características particulares, y detalla el proceso de la curva de la emoción “normal”, en el que la emoción parte de una línea base, sube y luego decrece. Explica que en las personas con desregulación emocional el umbral es más bajo, la intensidad es mucho mayor y el tiempo en que la emoción vuelve a bajar es más largo que los de una persona que no tiene desregulación emocional. Un papá hace un chiste con respecto a esto diciendo “entonces tenemos que no

disparar las emociones”, lo cual genera risa en el grupo y le da la oportunidad a otra de las coordinadoras a responder “sí, pero también a saber qué está pasando con la emoción, muchas veces los intentos de apaciguar son peores” (como suele ser en los casos en los que se invalida la emoción). Se prosigue con las explicaciones relacionadas a la emoción y cómo se intenta hacer que los pacientes puedan aprender estrategias para manejarlas mejor (estrategias de tolerancia al malestar y de conciencia plena específicamente). El taller finaliza luego de que se aborda el concepto de ambiente invalidante, el cual es leído por un papá y ampliado por otra de las coordinadoras. Como tarea se les pide que lean el apunte para que puedan despejar dudas la semana entrante. Algunos padres se retiran, otros se acercan a las coordinadoras para hacerles alguna consulta y un pequeño grupo piden los protocolos que no se les pudieron entregar al principio porque llegaron tarde.

5.2. Quinto encuentro - Segundo encuentro de validación

Este encuentro comienza con una de las coordinadoras dirigiendo un ejercicio de conciencia plena. La coordinadora explica que en relación a la regulación emocional hay un tema muy importante en la práctica de conciencia plena que es el de poder encontrar paz en las situaciones para poder resolverlas efectivamente. Para esto es necesario poder reconocer a los pensamientos como lo que son: pensamientos. Esto es necesario para poder tomar distancia de ellos y no confundir que somos nuestros pensamientos. Cuando se está pensando, se tiende a olvidar esto, y se tiende a vivir a los pensamientos como si fueran la realidad, en vez de dar un paso atrás y poder observar que los pensamientos surgen y pasan. La coordinadora explica que “este paso atrás” tiene muchos nombres, como defusión, metacognición o descentramiento. Entonces explica que el ejercicio que se va a realizar apunta a lograr esto, a poder observar los pensamientos como lo que son y a dejarlos pasar. Les pide a los familiares que se sienten derechos y que focalicen su atención en la respiración, y que cuando los pensamientos surjan, se imaginen que los ponen en una caja en una cinta transportadora y los dejan ir; o que se imaginen que cada pensamiento es una hoja de árbol que cae en un río y observan cómo se va, o que cada pensamiento es una nube en el cielo y observan cómo se aleja.

Cada ejercicio comienza y finaliza con el toque de una campana. Al finalizar éste, se invita a los familiares a que comenten su experiencia. Algunos utilizaron la imagen de las hojas que se iban en el río, una mamá comentó que utilizó la imagen de la laguna de Chascomús a donde había estado el fin de semana anterior. Otra mamá no quiso elegir entre las hojas y las cajas, y realizó el ejercicio combinando las dos imágenes, cuando le aparecía un pensamiento lo ponía en una caja y sobre una hoja que era llevada por el río. Mientras los familiares comparten sus experiencias, se ríen, asienten. El clima grupal en este encuentro es cálido y da cuenta de la confianza que se ha ido generado a lo largo del taller.

A continuación, otra de las coordinadoras toma lista, se entregan las tareas corregidas del encuentro anterior y se pregunta por la nueva tarea de validación. Antes de que la entreguen, se pregunta si hay alguien que quiera compartirla para trabajar sobre ella en el momento. Un papá comenta que cuando terminó el encuentro anterior, le mandó un mensaje de texto a su hija, “hice la tarea pero en la práctica”, dice. Relata lo que le escribió:

“Recién salí del seminario , salí caminando para c y me senté en P, un café, a descansar de la reunión, que fue muy fuerte y reveladora para mí. Trabajamos en comunicación persona a persona, una con emocionalidad y otra con racionalidad, y se me vino encima la tremenda escena del domingo. Ahora, te miro cómo estabas en ese momento, llorando, desesperada, babeante, no te cabía el corazón en el cuerpo y tu sensación de humillación y enojo, estallaban. No importa cuál fue mi interlocución allí, tampoco es tan importante el por qué, visto desde aquí. Pero sí entiendo que no te acompañé en tu dolor, te dejé sola en la desesperación, no comprendí cómo te sentías, y te juzgué justa o injusta, acertada o errada, rechacé la argumentación de tu condena; y me enojé yo. Ahora entiendo el infierno en donde estabas y me solidarizo con tu dolor.”

A la pregunta de la coordinadora sobre el resultado de haber mandado este mensaje, la respuesta del papá fue “y funcionó”. Relata que esto abrió una reunión, generó una nueva instancia con su hija y, a partir de ahí, lo aplicó en la práctica. Este papá fue reforzado positivamente tanto por las felicitaciones de las coordinadoras como de otros familiares. Una de las coordinadoras le sugirió con cierta picardía que guardara el mensaje, lo cual generó risas en todos los presentes.

Cuando se pregunta sobre otra tarea, otro papá quien concurre con su esposa al taller, se anima a relatar lo que hizo frente a lo que le ocurrió con su hija el fin de semana anterior a este encuentro:

“El domingo a las 6 de la mañana. Ah, yo vivo en otra casa (en el centro), estoy con P(su esposa, en provincia) los fines de semana. Y a las 6 de la mañana (consulta con su esposa, quien asiente) me suena el celular, me mandan un mensaje a las 6 de la mañana, M, que tenía necesidad de vernos. A continuación recibió las felicitaciones y un aplauso del grupo y contó que si bien su hija le agradeció y le dijo que no era necesario que se movilizara hasta allá (su casa en provincia), él tenía que hacerlo de todos modos, y así lo hizo. Fue hablando con ella durante el viaje y cuando llegó ya su hija estaba bien”

Los nombres de las personas han sido cambiados para proteger la confidencialidad de los participantes del taller.

Luego, una de las terapeutas anticipa que en futuros encuentros se va a trabajar sobre manejo de situaciones de crisis, como ser cuando la persona está teniendo el impulso de cortarse; ya que además de escuchar a la persona, se le puede sugerir el uso de alguna habilidad como el ir a agarrar hielos, o darse una ducha. Acá la terapeuta le sugiere que le pregunte a su hija sobre esta lista de actividades que ella ya confeccionó con su terapeuta para que la comparta con él y así, en caso de que sea necesario, le pueda sugerir su implementación, para además ser validante.

A continuación, otros familiares leen sus tareas, que consistía en escribir dos frases invalidantes que se utilicen con frecuencia y dos validantes que se les ocurriesen. Se trabaja sobre las mismas para luego pasar a los distintos niveles de validación.

5.2.2.3. Decimo primer encuentro

En este encuentro, se comienza realizando un ejercicio de conciencia plena y se sigue con la revisión de la tarea sobre límites personales. Se retoma el concepto de aceptación y se trabaja específicamente sobre aceptación radical y se lee un cuento para su reflexionar sobre la aceptación, como se mencionó anteriormente en el Marco Teórico. Algunos participantes se ven bastante movilizados emocionalmente al trabajar con esta temática y se propone realizar una actividad más, la cual no está incluida en el cuadernillo que los padres tienen.

Se les reparte a cada uno de los participantes un papelito en donde deben escribir en primera persona aquello que les cuesta aceptar. Se bajan un poco las luces para generar un ambiente más reflexivo y calmo. Después de darles un tiempo para que lo realicen, se los invita a que compartan sus experiencias de aceptación, leyendo en voz alta lo que escribieron. A continuación, algunos ejemplos:

“A mí me está costando aceptar que la veo que no se quiere, no se cuida a sí misma. Y que se miente en algunas cosas y veo que no tiene... que eso no le da calidad de vida.” (Papá de paciente de 24 años)

“Primero, y es una cosa que me surgió acá, es que a mí me está costando aceptar, siempre me costó la idea, pero acá, algunos hablan de enfermedad, y eso a mí me hace un ruido bárbaro. Yo sé que no es normal, pero tampoco tengo el término justo. No sé, por ahí es una formalidad pero, no sé, me hace ruido. Bien, habiendo dicho esto, la verdad es que lo que más me cuesta aceptar es que me necesite tanto. Sigue siendo como un silogismo... no lo puedo... es que me necesite tanto a mí o a otras personas para hacer lo cotidiano. Y ni así, a veces lo logre. En realidad creo que me cuesta aceptar sus limitaciones, su fragilidad.” (Mamá de paciente de 16 años en etapa de pre-tratamiento)

“Bueno, yo a partir de que vine acá, cada cosa que dijo cada uno, me pasa a mí. Me doy cuenta que no es mi hija nada más que tiene este problema. Lo único que me viene costando, porque vengo aceptando bastante bien todo es que se corte, la autoflagelación. Pero, entiendo que es un mecanismo fisiológico y todo, pero bueno. Si bien lo hace cada vez más espaciadamente, y al principio eran mayor cantidad de cortes, ahora casi que nada más que se raspa, lo sigue utilizando. Pero bueno, ahora empezó acá y vamos a ver cómo anda.” (Papá de paciente de 24 años en tratamiento)

Acto seguido, se les pide a los familiares que cierren sus ojos y que traigan a sus mentes lo que escribieron y que repitan las palabras que están asociadas a este tema, como si la voz interior de cada uno estuviera repitiendo aquello que leyeron y llevando toda su atención a las mismas. Se les pide que observen las sensaciones físicas que les aparecen. Se los instruye a que respiren hondo y que relajen el cuerpo, la cara, y que se permitan experimentar lo que están sintiendo, que no intenten sacárselo de encima. Algunos participantes no pueden evitar llorar. Luego se les indica que traigan a sus mentes, qué cosas harían si ya estuviesen aceptando esa realidad que les está costando aceptar. Les piden que visualicen algún gesto o actitud de ellos mismos que les indique que ya están aceptando esa realidad. Se los insta a que se permitan sentir lo que están sintiendo. Luego, se les da la consigna de que vuelvan a observar su respiración, que relajen sus caras, y que pongan sus manos hacia arriba, como si fueran a recibir algo, para finalmente articular una leve sonrisa, muy leve, y se vuelve a focalizar en hacer respiraciones profundas, para luego abrir los ojos, cada uno a su tiempo.

Cuando se los invita a compartir sus experiencias, un papá comenta que a él le pasó que estaba muy agradecido de haber podido realizar el taller, ya que lo siente de gran ayuda para poder aceptar el problema de su hija. En cambio hay una mamá que dice que ella no puede aceptar lo que le ocurre a su hija. Frente a esto, una de las terapeutas le dice que la tristeza, la desilusión y el duelo son parte del proceso de aceptación; que el contacto con la realidad que duele no está libre de esas emociones, sino que implica poder tolerarlas y transitarlas como parte del proceso. La terapeuta da su propia opinión personal y comparte que ella cree que los padres que asisten al curso (porque hay muchos que lo podrían hacer y no lo hacen) y que pasan tres meses en el taller ya están encaminados en el proceso de aceptación; el hecho de que estén allí presentes es testimonio de ello. Otros familiares lo comparten y siguen reflexionando sobre la aceptación y sus experiencias.

A continuación, la terapeuta agrega que la aceptación se va produciendo en etapas porque es un proceso. Cuenta que cuando se llega a la aceptación radical, muchas veces lo que se produce, es lo que se llama encontrar el valor oculto de lo vivido y aprendido, o de la situación; como la experiencia de aceptación que comentó un papá en otro encuentro sobre el aprendizaje de poder aceptar la muerte de otra hija de él a los 26 años. La terapeuta aclara que esto es algo que se experimenta, no algo que se impone o se busque.

Otra cosa que agrega, es que estén atentos a cuándo pueden llegar a ponerse tercos y no estar aceptando. Sugiere que aquellos que concurren con sus parejas, se ayuden mutuamente; frente a lo cual una mamá acota que eso mismo les ocurrió en la semana, cuando su marido le señaló que esa situación con la hija se repite una y otra vez, frente a lo cual su marido le preguntó si iba a volver a no comer y a llorar por ello; ahí ella dijo “tiene razón”. Cuenta que se lavó la cara, se cambió y salieron a caminar. Su marido dice “ya tenemos que saber”.

Por último, la terapeuta comenta que este encuentro suele ser muy emotivo (y lo es) y les cuenta que antes solían terminar con ese encuentro, pero como es tan conmovedor y emotivo, lo cambiaron; y que el próximo, que es el último, va a haber empanadas y bebidas para festejar. Por último, agrega que es bueno estar en contacto con estas emociones no muy agradables para perderles el miedo, ya que si no, se intenta evitarlas en vez de experimentarlas y es bueno poder estar en contacto con el dolor para poder transitarlo; ya que el poder perderle el miedo a las propias emociones contribuye al proceso de aceptación.

5.3.Describir la finalidad del taller para padres, familiares y/o allegados de pacientes con TLP dentro del modelo de la DBT .

Como se mencionó anteriormente, una de las funciones que propone la DBT es la estructuración del ambiente en el cual se encuentran los pacientes con TLP (Linehan, 1993a; Gagliesi, 2007); ya que desde la Teoría Biosocial se plantea que parte de la etiología de este trastorno se debe a los ambientes invalidantes (en general la familia) en los cuales estos pacientes se desarrollaron y crecieron. Así, se presume que, en parte, estos ambientes no lograron enseñarle a estas personas a modular sus propias emociones y conductas efectivamente. Debido a que estos pacientes presentan cierta vulnerabilidad emocional y en su transacción con el medio han desarrollado el trastorno, se sostiene que si se logran modificar los patrones conductuales que generan malestar y mala comunicación entre el paciente y su medio, aprendiendo otros patrones que promuevan el bienestar y fomenten la

buena comunicación, se puede mejorar tanto el ambiente en general como la sintomatología asociada a este trastorno en el paciente (Linehan, 1993a; Alfelbaum & Gagliesi, 2004).

Muchos de los familiares de estos pacientes no comprenden las conductas de éstos, siendo éstas vistas como contradictorias e impredecibles. Incluso, el paciente con TLP suele ser percibido como muy cambiante y hasta como una persona manipuladora. Esto fue evidente durante el taller en algunos padres que relataban cómo eran “manipulados” por sus hijas/os. Esto fue trabajado analizando las situaciones más fácticamente, de manera más descriptiva, y buscando soluciones alternativas a las que los familiares habían utilizado sin éxito. En estos casos, muchas veces quedaba en evidencia, que lo que algunos padres consideraban manipulación, era en realidad que sus hijos/as no estaban haciendo lo que a ellos les parecía “bien”; y en otros, que quizás los padres interpretaban las conductas de sus hijos/as como una cuestión personal con ellos, en vez de indagar más sobre si la finalidad de la conducta había sido realmente “arruinarles el día o el momento”. En otros casos, los pacientes estaban acostumbrados a tener conductas que podían ser interpretadas como de manipulación, porque habían aprendido que ésa era la manera de conseguir lo que necesitaban o querían. Así, al desconocer los motivos de las conductas de estos pacientes (intentar regular sus emociones, aunque sea disfuncionalmente) sus familiares las interpretan según su sentido común les indica, y en general, sus respuestas suelen ser invalidantes, contribuyendo a la transacción que sostiene al trastorno. Hay una gran discrepancia entre la experiencia interna del paciente con TLP y cómo éste es visto por su entorno al reaccionar ante sus experiencias internas de dolor intenso, para las que no tiene estrategias apropiadas para modularlas más adecuadamente (Alfelbaum & Gagliesi, 2004). Es por esto que es de suma importancia la psicoeducación de los familiares de estos pacientes, para que puedan por un lado comprender qué les pasa a sus seres queridos que padecen este trastorno, y también para que puedan cooperar positivamente en el tratamiento del TLP.

Por otro lado, también es un hecho que los familiares de estos pacientes también padecen indirectamente del trastorno que padece su ser querido, llegando incluso a desarrollar sintomatología asociada al malestar, como ansiedad, depresión, sobrecarga y el estrés (Hoffman et al., 2005; Regalado et al., 2011). Esto se evidenció a lo largo del taller en los comentarios que los familiares hacían con respecto a las situaciones que les tocaban vivir, como por ejemplo, cuando una mamá comentaba lo frustrante y desgastante que era para ella que su hija adolescente no pudiera realizar por sí mismas cosas simples para los demás, pero muy difíciles para ella, como el hecho de ordenar su cuarto o bañarse; o, un matrimonio que expresaba mucha preocupación por su hija, quien no podía permanecer en un trabajo de manera estable porque cada dos o tres meses la despedían por sus “arranques”. También hay incipiente evidencia científica que da cuenta del impacto positivo que los talleres de psicoeducación y formación en habilidades basados en la DBT provocan en los familiares (Hoffman et al., 2005; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen; Regalado et al., 2011) más allá de lo manifestado por los propios concurrentes a este taller a lo largo del mismo.

En consonancia con lo ya mencionado, el taller para padres, familiares y allegados de pacientes con TLP que estructura, basándose en los lineamientos propuestos por la DBT, se propone dos finalidades fundamentales:

☒ Poder psicoeducar a los familiares que conviven y se relacionan con pacientes con TLP para que puedan entender las conductas de sus seres queridos, las reacciones inapropiadas y/o dañinas que éstos pueden llegar a tener, brindando información apropiada y correcta sobre el TLP.

☒ Ofrecerles a estas familias un espacio de apoyo y de formación en habilidades para sumar al amor, compasión y preocupación que sienten por sus familiares; pudiendo adquirir habilidades para poder resolver sus propias dificultades, en vez de seguir manteniendo quejas interminables, o, poniendo límites personales a situaciones en que los miembros de la familia se encuentran sobreenvolucrados.

Así, los objetivos y metas que se plantea el taller son: disminuir el estrés familiar, incrementar la comunicación, reconstruir la confianza entre los miembros de la familia, poder cambiar el enojo por empatía, ayudar a los concurrentes a entender el TLP, enseñarles habilidades para mejorar la relación familiar y brindarse ayuda entre los participantes. Se espera que cada una de estas metas y objetivos impacte virtuosamente en el sistema familiar.

Es esperable, y se trabaja para tal fin, que al concurrir al taller las familias experimenten cambios positivos, como que su calidad de vida mejore, la esperanza se reavive, puedan experimentar mayor contención; y que a través de lo aprendido y puesto en práctica hayan podido tener un impacto real y positivo sobre su ser querido que sufre de TLP. Que muchas de las situaciones que les resultaban angustiantes e imprevisibles en sus relaciones con sus seres queridos, les sean más comprensibles y de más fácil tránsito; tanto para los familiares, como para las personas que sufren de desregulación emocional.

A lo largo del transcurso del taller se pudo observar cómo los concurrentes fueron aprendiendo sobre el trastorno, manejando los términos conceptualmente, y a su vez, relatando cómo los fueron poniendo en práctica en sus entornos familiares; y cómo manifestaron sentirse más aliviados al compartir sus experiencias con otras personas que se encontraban transitando su misma situación; encontrando allí un espacio de contención y apoyo. Si bien algunos participantes fueron más activos durante el mismo y quizás se hayan beneficiado más del taller, todos dieron muestras, en diferentes momentos y de maneras diversas, de estar beneficiándose de la asistencia al grupo; de encontrarse frente a algo nuevo y distinto que les podía aportar alguna idea o mejor manera de manejar su situación respecto de la problemática de convivir con una persona con TLP. De acuerdo a lo observado, se presume que las dos finalidades del taller se cumplieron al finalizar el mismo, aunque no sea posible cuantificar en qué medida.

6.CONCLUSIONES

El presente estudio tiene como objetivo describir y analizar un taller de padres, familiares y allegados de pacientes con TLP. A lo largo del abordaje de éste, se evidenció que las características de los pacientes con TLP, con quienes la mayoría de los participantes del taller convive, son coincidentes con las características que se informan en la literatura científica en relación a este trastorno. La mayoría de las pacientes son mujeres, quienes han presentado internaciones e intentos de suicidio casi en un tercio en ambos casos. Los síntomas que los familiares informan como de su mayor preocupación son: la inestabilidad emocional, las conductas impulsivas, las autolesiones, la inestabilidad en las relaciones, el abuso de sustancias y el riesgo de suicidio. Asimismo, la mayoría de los pacientes se encuentran en tratamiento y sus familiares informan la presencia de conflictividad en el ámbito familiar.

A lo largo del desarrollo bibliográfico se ha podido observar que no existe a la fecha ningún tratamiento estandarizado para el abordaje familiar del TLP, sino que los talleres o grupos que han surgido hasta el momento, lo han hecho para poder satisfacer esta demanda. Los datos sobre los mismos sugieren que los resultados de la DBT utilizados con familias son alentadores (Fruzzetti et al., 2007). Esto es coincidente con la valoración positiva que han realizado los participantes hacia este taller durante el transcurso del mismo.

Asimismo, se ha evidenciado la falta de estudios de prevalencia con respecto a este trastorno en población local. Sería deseable que futuras investigaciones se abocaran al estudio epidemiológico tanto de este trastorno como de otros sobre los que tampoco hay estadísticas locales.

En relación a este taller para familiares y allegados de personas con TLP, al momento presente existe un solo estudio llevado a cabo para evaluar pre-experimentalmente la utilidad del taller en reducir el nivel de sobrecarga, malestar psicológico y síntomas somáticos, con resultados alentadores al respecto (Regalado et al., 2011). A su vez, a partir de lo atestiguado por los familiares en el trabajo llevado a cabo durante el mismo y del testimonio de una de las coordinadoras, se pudo observar que este taller es de gran utilidad para quienes deciden participar en el mismo. Al menos, durante el tiempo en el cual los familiares se encuentran participando en él. Hasta el momento, si bien los pocos estudios que existen en relación a la eficacia de este tipo de abordajes familiares con DBT seis meses después de haber realizados los mismos presentan resultados prometedores, los mismos no son generalizables a esta población (Hoffman et al., 2005).

Durante el transcurso del taller se pudo observar que la sintomatología que estos pacientes presentan genera una gran preocupación en sus familiares. Razón por la que muchos de ellos decidieron concurrir al taller. Si bien no se pueden realizar afirmaciones contundentes al respecto, muchos de los participantes manifestaron durante la concurrencia al taller, encontrarse en mejores condiciones y con más herramientas para afrontar la sintomatología de sus familiares de manera diferente a cómo lo venían haciendo hasta ese entonces, resultando en resoluciones o abordajes más eficaces que los que realizaron en el pasado. Esto lo fueron manifestando, encuentro a encuentro, en relación a las tareas que se les iban indicando hacer; o, era compartido espontáneamente en relación a una temática que se estaba trabajando en determinado momento.

Sin embargo, este taller presenta sus limitaciones. En el último encuentro del mismo, la gran mayoría manifestó la utilidad de haber asistido al mismo, pero también muchos dijeron sentir que esta instancia era un comienzo, ya que necesitaban poder afianzar y poder seguir poniendo en práctica lo visto y trabajado; opinión que es compartida por las terapeutas. Para esto, existen distintas alternativas. Una es participar de un grupo de familiares que habiendo completado su formación en el taller se reúnen cada 15 días, encuentro que es coordinado por una de las terapeutas. Otra posibilidad es asistir al taller una segunda vez, lo cual ayuda a consolidar las temáticas del mismo. También, se pueden realizar consultas de orientación a padres, lo cual consiste en realizar algunas consultas privadas por temas puntuales que se quieran trabajar en relación a determinadas problemáticas específicas de los familiares y sus seres queridos.

Una cuestión que se puede inferir es que si estos familiares no siguen poniendo en práctica los conocimientos que se les brindaron en el taller, los mismos se irán diluyendo y perdiendo. Esto resultaría en volver a encontrarse casi en el mismo lugar donde se partió antes de comenzar el taller. Esto es corroborado por una de las terapeutas y cuenta que es un desafío que se les presenta y que siguen intentando resolver a través de las alternativas ya mencionadas. La misma informa que en varias ocasiones, los padres vuelven a realizar el taller por este motivo. A su vez, también relata que algunos de sus pacientes individuales le han informado que cuando sus padres estaban realizando el taller, notaban marcadamente la diferencia en la mejoría en el ambiente familiar y en las relaciones entre ellos y sus padres; pero, que una vez finalizado el mismo, si los familiares no seguían trabajando sobre las habilidades y conceptos aprendidos, éstos tendían a extinguirse, y el buen funcionamiento familiar tendía a disminuir.

Se considera que este estudio presenta ciertas limitaciones inherentes al estudio descriptivo en sí ya que se limita a describir y analizar lo acontecido en este taller en particular. Sin embargo, el poder describir la estructura, la modalidad, los contenidos y la finalidad general del mismo podría ser tomado en cuenta para futuros estudios que se propongan profundizar en esta temática.

Para concluir, se considera que las finalidades fundamentales que se propone el mismo de psicoeducar a los familiares para que puedan entender las conductas de sus seres queridos, y, de brindarles un espacio en donde puedan encontrar contención, apoyo y puedan adquirir nuevas herramientas para afrontar la realidad de convivir con un paciente con TLP, son alcanzadas durante el transcurso del mismo. Empero, no se puede afirmar que la información brindada y las habilidades enseñadas se hayan incorporado totalmente, ni que su uso sea sostenido a lo largo del tiempo. Por esto se sugiere continuar con alguna modalidad de práctica post-taller para lograr tal fin.

6.1. Reflexión personal

Luego de haber realizado el recorrido que significó realizar el presente trabajo como parte de la Práctica Profesional y de haber participado en las reuniones de supervisión del equipo de terapeutas que trabaja con pacientes con TLP, cabe destacar el esfuerzo que realizan estos terapeutas en su labor profesional.

El trabajo con este tipo de pacientes además de ser muy demandante puede llegar a ser tan agobiante para el terapeuta que él mismo decida, tanto por el bien del paciente como de su persona, derivarlo a otro profesional. Es por eso que en el espacio de supervisión no sólo se trabaja sobre las dificultades que los terapeutas puedan llegar a tener a nivel de conocimiento o entrenamiento en cómo aplicar las estrategias que brinda la DBT para tratar a estos pacientes, sino sobre todo, en ofrecerles a los terapeutas un espacio de contención y motivación.

Esto es así porque es muy difícil para los terapeutas el poder manejar el impacto emocional que estos pacientes les generan. Por un lado deben poder generar un vínculo terapéutico que será la base sobre la cual se sostiene el tratamiento, lo cual implica tener una cercanía emocional con los pacientes. Por otro lado, también es necesario que los terapeutas puedan tener cierta distancia emocional para no perder su capacidad de maniobra al momento de trabajar con los pacientes. Este ajuste emocional, que puede ser visto como una dificultad o un desafío, genera la inquietud de preguntarse qué características debería tener un terapeuta para trabajar con estos pacientes. Para lograr una buena labor terapéutica con personas con TLP, ¿es suficiente contar con un buen entrenamiento o hay ciertas características que tienen que ver con el estilo terapéutico y de personalidad de los terapeutas que pueden llegar a tener más peso que la aplicación de técnicas y estrategias? Por lo presenciado en las supervisiones de equipo, la segunda alternativa parece estar más cercana a la eficacia terapéutica a la hora de incidir positivamente en estos pacientes.

Ahora, esto mismo que experimentan los terapeutas de estos pacientes es lo que experimentan sus familiares. Cuanto más cercano es el vínculo que se tiene con estas personas, mayor es el impacto emocional que generan en los demás. Es por esto que los familiares de estos pacientes suelen presentar gran malestar, el cual puede manifestarse como estrés, preocupación constante, sobrecarga, o incluso con síntomas subclínicos de ansiedad o depresión. El punto es que estos padres o familiares no pueden derivar a sus familiares como sí lo haría un terapeuta en caso de verse sobrepasado por un paciente. En el caso de los familiares, algunos toman distancia emocional de ellos para preservarse a sí mismo; otros hacen lo que pueden o está dentro de sus posibilidades; y otros pueden decidir participar en el taller que se les ofrece, para encontrar un espacio de contención y vislumbrar una posibilidad de cambio en sus vidas.

A su vez, estas familias suelen presentar características de dinámica intrafamiliar disfuncionales y algunas características de desregulación emocional. De alguna manera, han sido el ambiente invalidante en donde estos pacientes crecieron y desarrollaron el trastorno. Por lo que trabajar con ellas tampoco es una tarea fácil. Sin embargo, las terapeutas que lideraron el taller mostraron no sólo tener un buen entrenamiento en DBT sino también un estilo que posibilitó que los familiares pudieran tomar responsabilidad de sus actos, sin que éstos se sintieran juzgados; o que, padres que tenían un mayor protagonismo, por tomar la palabra a menudo, no se sintieran mal, al pedirles que acoten su discurso o el mismo fuera interrumpido muy amablemente para darle lugar a otros participantes.

Se presume que la buena recepción de los contenidos del taller y el buen devenir del mismo estuvo dada por la labor de las terapeutas en saber cómo y cuándo validar a estos padres y de

qué manera movilizarlos para el cambio, poniendo en práctica los preceptos fundamentales de la DBT; y por sus estilos personales como terapeutas.

7.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Asociación Americana de Psiquiatría. (2000) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Crowell, S.E., Beauchaine, T.P. & Linehan, M.M. (2008) A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510. DOI: 10.1037/a0015616.

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

Fundación Foro. (2008) Programa Psicoeducativo Dirigido a Personas con Desorden Límite de la Personalidad, sus Familiares y Allegados. Manuscrito inédito. Recuperado de <http://www.trastornoborderline.com.ar/pdfs/desordenlimite.pdf>

Fundación Foro. (2008) Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de personas con desórdenes de la regulación de las emociones. Manuscrito inédito.

Fruzzetti, A.E., Santisteban, D.A. & Hoffman, P.D. (2007) Chapter 8: Dialectical Behavior Therapy with Families. En L.A Dimeff, & K. Koerner (Eds.) *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. (pp. 222-244) New York: The Guilford Press.

Gagliesei, P. (2007) *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Manuscrito inédito. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo40.pdf>.

Gratz, K.L., Tull, M.T., Reynolds, E.K., Bagge, C.L., Latzman, R.D., Daughters, S.B. & Lejuez, C.W. (2009) Extending Extant Models of the Pathogenesis of Borderline Personality Disorder to Childhood Borderline Personality Symptoms: The Roles of Affective Dysfunction, Disinhibition, and Self-and Emotion-Regulation

Deficits. Development and Psychopathology, 21(4), 1263-1291. DOI: 10.1017/S0954579409990150.

Koerner, K. (2012) *Doing Dialectical Behavior Therapy. A Practical Guide*. [kindle edition]. New York: The Guilford Press.

Koerner, K. (2007) Case formulation in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. En T.D. Eells (Ed.) *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* [kindle edition]. New York: The Guilford Press.

Kreger, R. (2008) *The essential family guide to Borderline Personality Disorder*. [kindle edition]. Minnesota: Hazelden.

Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E. & Swenson, C. (1999) Advances in Theory and Practice. *Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training*. *Family Process*, 38, 399-414.

Hoffman, P.D., Buteau, E., Hooley, J.M., Fruzzetti, A.E & Bruce, M.L. (2003) Family Members' Knowledge about Borderline Personality Disorder: Correspondence with their Levels of Depression, Burden, Distress, and Expressed Emotion. *Family Process*, 42, 469-478.

Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F. & Struening E. (2005) *Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder*. *Family Process*, 44(2), 217-225.

Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E. & Buteau E. (2007) Understanding and engaging families: An Education, Skills and Support Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.

Linehan, M.M. (1993a) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993b) *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M.M. (2003) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.

Linehan, M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

Linehan, M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.

Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 13, 257-263.

Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C. & Gagliesi, P. (2011). Familiares de Personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245-252.

Robins, C.J. & Chapman, A.L. (2004) Dialectical Behavioral Therapy: Current Status, Recent Developments and Future Directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89.

Sauer, S.E. & Baer, R.A. (2010) Validation of Measures of Biosocial Precursors to Borderline Personality Disorder: Childhood Emotional Vulnerability and Environmental Invalidation. *Assessment*, 17(4), 454-466. DOI: 10.1177/1073191110373226.