

El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados

Sergio Apfelbaum

Médico Psiquiatra. Miembro de AREA de Investigación y Desarrollo en Salud Mental. e-mail: sergioas@arnet.com.ar

Pablo Gagliesi

Médico Psiquiatra. Miembro de AREA de Investigación y Desarrollo en Salud Mental. e-mail: pablogagliesi@fibertel.com.ar

Introducción

El diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), desde su introducción en el DSM en 1980, ha sufrido importantes modificaciones. La comprensión de este trastorno por parte de la psiquiatría demuestra, aún en la actualidad, una gran heterogeneidad. Desde la década del '70 aparecen conceptualizaciones que lo vinculan con tradiciones específicas, prevaleciendo el énfasis en lo ambiental(19) o como una forma de presentación dentro del espectro de la esquizofrenia(35). Luego, las descripciones clínicas fenomenológicas y la investigación, lo vincularon con el espectro de los trastornos afectivos(1). Posteriormente, la interpretación del TLP como parte de los desórdenes relacionados con el control de los impulsos, dominó la investigación y la clínica(43). El final de la década del '90 y el comienzo del milenio, fueron acompañados de una explosión bibliográfica en relación al TLP.

Las perspectivas actuales hacen suponer que se trata de un desorden de la regulación de las emociones(27), posiblemente de origen biológico, y de las interacciones de la persona con esta desregulación con su contexto en un circuito de retroalimentación positiva(25, 23, 24, 34).

Este no ha sido un sutil desplazamiento. Las inves-

tigaciones están siendo focalizadas desde este nuevo paradigma con resultados que validan el constructo, y la práctica clínica se modifica sustancialmente des- centrándose del control de los impulsos.

Según la perspectiva de la *teoría biosocial* del TLP, la desregulación emocional explicaría muchos de los síntomas y comportamientos de los individuos con ese trastorno. Esta desregulación sería el resultado de la suma de una vulnerabilidad emocional, probablemente de origen biológico, más la aplicación de estrategias inadecuadas de modulación de las emociones. La vulnerabilidad emocional estaría caracterizada por una gran sensibilidad a los estímulos emocionales, una respuesta muy intensa ante esos estímulos y un lento retorno al nivel basal una vez que la respuesta se ha activado.

Por otra parte, la modulación de las emociones implica la posibilidad de inhibir comportamientos inapropiados ante la activación de fuertes afectos negativos o positivos; organizar y coordinar acciones con el fin de alcanzar un objetivo externo; autoapagar la activación cognitiva y/o fisiológica que la intensa emoción pudiera haber inducido, y la capacidad de focalizar la atención.

Muchas de estas habilidades para la regulación son aprendidas durante el desarrollo. Los ambientes invalidantes son conceptualizados por Marsha Line-

Resumen

El presente trabajo revisa las teorías imperantes del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) y sus relaciones con sus familias y sus allegados. La *teoría biosocial* propone que la relación entre la vulnerabilidad emocional y las interacciones con los vínculos familiares parecen explicar los problemas con los pacientes TLP. Se define entonces a este trastorno como una enfermedad interaccional. Los familiares y allegados suelen tener síntomas, creencias y emociones producidas por dicha interacción. Se presenta así mismo una lista de estrategias generales para la asistencia a estos consultantes y sus familias: La transformación de la queja en problema, la psicoeducación, la reducción de la emoción expresada, la aceptación y el entrenamiento en habilidades. Finalmente se relata la experiencia con *talleres psicoeducativos* con esta población y el uso del Manual Psicoeducativo.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad – Psicoeducación – Terapia familiar.

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: THE PATIENTS AND THEIR RELATIVES

Summary

This present paper reviews the current theories about the borderline personality disorder and their relations with their families and significant others. The biosocial theory states that the relationship between emotional vulnerability and the interactions with family relations seems to explain the problems with DLP clients. This disorder is defined then as an interaction disease. Relatives and significant others usually have symptoms, beliefs, and emotions produced by this interaction. A list of general strategies for the assistance of these clients and their families is introduced: The transformation of the complaint into a problem, the psycho education, the reduction of expressed emotions, the acceptance and the training in different abilities. At the end, the experience with psycho education approach workshops is commented, as well as the use of a psycho educational manual.

Key words: Borderline Personality Disorder – Psychoeducation – Family therapy.

han como un componente necesario para el desarrollo de muchas de las características del TLP(26). La invalidación se produce cuando existe una discrepancia marcada y persistente entre las experiencias privadas del niño (o del individuo con TLP) y aquello que los otros describen o hacen ante las expresiones de esas experiencias. Se invalida cuando se presentan respuestas erráticas e inapropiadas a las experiencias privadas de un individuo y, en particular, cuando reaccionan de manera insensible (o de manera extrema) ante las experiencias privadas que no tienen adhesión pública.

En un ambiente invalidante, las experiencias penosas son trivializadas y atribuidas a características negativas del individuo –como falta de motivación, disciplina o excesiva sensibilidad– o son criticadas y castigadas.

Otra característica de un ambiente invalidante incluye la discriminación del niño sobre la base del género u otras características arbitrarias, así como el uso del castigo en forma inadecuada, desde el hiper-criticismo al abuso físico y/o sexual.

La desregulación de las emociones sería un proceso en el que tanto la vulnerabilidad emocional como las estrategias de modulación de las emociones se interrelacionan y realimentan. La implicación más importante aquí es que ambos, individuo y ambiente, experimentan transacciones constantes.

Una segunda revolución está sucediendo en el campo de la relación entre la familia y los profesionales de la salud mental en los últimos años. Los miembros de la familia han dejado de ser observados como “pacientes colaterales” para transformarse en “asistentes colaterales” de un tratamiento(29).

Este cambio ha sido acompañado de una modificación dramática sucedida en los últimos años que viró de un modelo hospitalario a un tratamiento comunitario, donde la responsabilidad sobre los pacientes regresó al seno de las familias. Este proceso, atravesado por variables socioeconómicas, nos hace ver a los pacientes y sus allegados como consumidores que pueden seleccionar críticamente modos de tratamiento. Este desplazamiento nos impone algunos cambios en la práctica clínica que, tímidamente, comienzan a reemplazar la preocupación etiológica (la familia como causa del desorden emocional y conductual foco de la atención médica) por una preocupación genuina sobre los síntomas que aquejan a esta familia relativos a la interacción (por ejemplo: confusión e incompetencia), la psicoeducación, y la práctica y entrenamiento en habilidades especiales.

Las familias borderline

Se describe una mayor incidencia de problemas de salud mental en familiares de personas con TLP. La mayor prevalencia de trastorno bipolar en familiares, puesta de manifiesto en varios trabajos de investigación(36), y la incidencia aumentada de alcoholismo y abuso de sustancias(28), son una muestra de ello. De todos modos, la mayoría de los estudios en familiares con diagnóstico de TLP no son concluyentes, en parte porque el modelo de control de impulsos,

espectro de la esquizofrenia y otros no han permitido una aproximación adecuada al cuadro y, en parte, porque los trabajos tienen dificultades metodológicas intrínsecas como el tamaño de las muestras(8, 41). Sin embargo, los estudios de Torgersen y colegas con gemelos reportan una fuerte heredabilidad (0.52-0.69) para TLP(38).

Un apartado especial requiere el tema del abuso. El abuso físico, sexual y psicológico (invalidación y negligencia) –clasificación siempre confusa– afecta a gran parte de la población general, especialmente a las mujeres. También se ha observado que muchos diagnósticos del eje I del DSM IV presentan este antecedente(6). Pero el abuso sexual es señalado por Linehan como un caso paradigmático de invalidación. “En el escenario típico del abuso sexual, el abusador le indica al niño que el contacto sexual está bien y que debe tolerar las molestias, pero que no debe decirlo a nadie. El abuso es raramente conocido por otros miembros de la familia y, si el niño denuncia el abuso, corre el riesgo de ser desmentido o culpado. Es difícil de imaginar una experiencia más invalidante para un niño”(25).

Las evidencias de que los y las consultantes con TLP han tenido historias de abuso infantil y adolescente son tan extensas que se ha llegado a suponer que este desorden se trataría de una forma de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, término preferido por algunos especialistas como van der Kolk y Herman(39, 40).

Este antecedente, sumado a cierta evidencia de que el abuso es habitualmente intrafamiliar, complica las aproximaciones psicoeducativas y dispara procesos familiares difíciles pero no por ello innecesarios(20, 21).

No hay hasta el momento descripciones certeras de tipos de vínculos que caractericen específicamente las familias con un miembro con TLP. Aún así Marsha Linehan observó tres tipos de familias, como resultado de su extensa experiencia clínica(25):

1. *Las familias caóticas:*

En éstas pueden haber problemas de todo tipo, como abuso de sustancias, problemas financieros graves, padres ausentes gran parte del tiempo y, en general, poca atención y tiempo para los niños.

Las necesidades de ellos son consecuentemente invalidadas o desatendidas. Millon sugiere que esta modalidad es una “causa” del aumento de la casuística de TLP aunque no existen evidencias de ello hasta el momento(32).

2. *Las familias perfectas:*

En ellas los padres, por una u otra razón, no pueden tolerar las demostraciones de emociones negativas de sus hijos. Esto puede ser el resultado de varias cosas: padres muy exigidos por otras instancias, falta de habilidad en la tolerancia de afectos negativos, muy concentrados en sí mismos, o temor a malcriar un hijo con temperamento difícil. Alguna de estas familias perfectas logran tener empatía con su miembro TLP, pero se sorprenden de que “no pueda controlar sus emociones” o confían que “con voluntad, lo va a resolver”.

3. Las familias típicas:

Linehan refiere que la cultura occidental tiende a enfatizar el control cognitivo de las emociones. El *self*, un artefacto altamente individual, se define por una diferencia entre el *self* y los otros. El autocontrol se refiere en este contexto a la habilidad de la gente para controlar su propia conducta con sus propios recursos "internos". Estas estrategias de control de sí son aprendidas y puestas en práctica por casi todos, con cierto éxito evolutivo. Pero funciona sólo cuando funciona. Algunas otras personas parecen carecer de esta destreza o no pueden aprenderla, o simplemente perciben excesivamente los *inputs* (internos o externos). Se pueden observar familias con hijos con diferentes temperamentos a los que se impone la normativa.

En personas emocionalmente muy vulnerables y reactivas, los contextos invalidantes suelen ser una forma segura de generar problemas. Muchos niños y niñas con temperamentos difíciles de calmar, y con persistentes problemas de atención pueden sobrepasar, amenazar y desorganizar a padres que en otras situaciones serían eficaces.

¿Qué ocurre en la interacción?

Muchas de las conductas de las personas con TLP son vistas como contradictorias e imprevisibles. Muchas veces la persona con TLP es percibida por el entorno como muy cambiante en sus opiniones, arbitraria y, aun, como manipuladora. Cuando no se conocen los motivos que dan lugar a las conductas, los familiares las interpretan según lo que el sentido común les dicta. Y las respuestas son con frecuencia invalidantes. Para comprender esas conductas es necesario tener en cuenta que muchas de ellas tienen motivaciones, de las cuales la persona con TLP apenas es consciente; y tienen más bien la función de protegerse frente a un intenso dolor, que la de herir a otros.

Hay habitualmente una discrepancia entre lo que experimenta o siente la persona con TLP y cómo es vista al reaccionar ante sus experiencias internas dolorosas, las cuales son muy intensas y para las que no posee modelos aprendidos o estrategias apropiados para modularlas más adecuadamente.

Si bien lo que caracteriza habitualmente la experiencia interna de las personas con TLP es un sentimiento de temor, desesperación, inadecuación y falla o defecto personal, las caras visibles de estos sentimientos son muchas veces la ira y conductas impulsivas, productos de la desesperación. De este modo, los individuos con TLP se vuelven "invisibles", quedando a la vista sólo la fachada: un conjunto de reacciones y conductas inapropiadas, desproporcionadas, que son leídas como agresivas y manipuladoras, y



producen intenso dolor en los otros significativos. Esto lleva a respuestas que terminan siendo invalidantes, como el señalar esas conductas como "enfermas" o "locas", lo que nuevamente desestima la experiencia interna de la persona con TLP.

Las personas con TLP son altamente reactivas a las situaciones interpersonales. Esto sucede especialmente cuando mayor es el compromiso afectivo.

Como perciben el mundo como si fuese peligroso, desarrollan un estado de defensa y de alerta permanente. Por otro lado creen ser impotentes y vulnerables, con lo cual se sienten profundamente desamparadas. Ambas creencias generan un estado de vacilación entre la autonomía y la dependencia.

Puede decirse que las personas con TLP tienen un dilema constante, crónico, entre defenderse de los otros y necesitar imperiosamente de su presencia y apoyo. Cuando esta oscilación es percibida por los demás, genera mucha confusión e impotencia.

Cuando la persona con TLP está comprometida en una relación muy cercana –como por ejemplo en una relación de pareja– puede sentirse rápidamente defraudada en cuanto a sus expectativas de muestras de amor y cuidado. Cuando percibe una amenaza (real o no) de que la relación deja de ser segura y confiable, la ansiedad aumenta y puede llegar a tener conductas desesperadas.

Por lo general, los demás ven estos comportamientos como excesivos o poco apropiados, y sus respuestas muchas veces son invalidantes y favorecen la sensación de abandono o de rechazo en las personas con TLP.

Diferencias entre conducta y motivación

Es frecuente que los familiares y allegados se sientan engañados o manipulados, aún cuando no sea ésta la intención de las personas con TLP.

Es muy importante distinguir entre la verdadera *intención* de una conducta y sus *efectos*. Todos estamos acostumbrados a descubrir la intención de una

conducta en los efectos que esa conducta tiene. Pero, sin lugar a dudas, no siempre nuestra interpretación es exacta y puede diferir de la intención de las otras personas.

Por ejemplo, cuando una persona con TLP tiene una acción (como amenazas de suicidio) la motivación puede ser la desesperación de evitar el abandono que es vivido como inevitable y catastrófico, pero la conducta es vista por los demás como manipuladora.

¿Cómo afecta el comportamiento de las personas con TLP a quienes las rodean?

En muchas situaciones angustiantes e imprevisibles en la relación con una persona con TLP, los familiares y allegados no comprenden qué está pasando. Se preguntan con frecuencia qué están haciendo mal o qué podrían cambiar para mejorar la situación.

La gente que está expuesta al comportamiento TLP puede, sin saberlo, transformarse en parte del trastorno. Amigos, parejas y familiares usualmente toman ese comportamiento como una cuestión personal y se sienten atrapados en un círculo de culpa, depresión, furia, negación, aislamiento y confusión. Tratan, entonces, de afrontar la situación de maneras que no funcionan en el largo plazo o que empeoran la situación. Mientras tanto, el comportamiento de la persona con TLP se ve reforzado porque quienes interactúan con ella aceptan la responsabilidad por sentimientos y acciones que en realidad no les corresponde(30).

¿Cuáles son los pensamientos habituales de los familiares y allegados?

- Soy responsable de todos los problemas en esta relación.
- Todas las acciones de la otra persona se relacionan conmigo.
- Es mi responsabilidad resolver todos los problemas de la otra persona, y si yo no puedo hacerlo, entonces nadie va a poder.
- Si la/lo puedo convencer de que tengo razón, estos problemas van a desaparecer.
- Si puedo probar que sus acusaciones son falsas, entonces va a volver a confiar en mí.
- Querer realmente a alguien implica aceptar su abuso físico o emocional.
- Esta persona no puede hacer nada con su comportamiento TLP, así que no debería responsabilizarla por su conducta.
- Establecer límites personales hiere a la otra persona y por lo tanto es un error.
- Si trato de hacer algo para mejorar la situación y esto no funciona, debo seguir intentándolo hasta hacer que funcione.
- No importa lo que el otro haga, debería ofrecerle mi amor, entendimiento, apoyo y aceptación incondicional.

Las conductas impulsivas de la persona con TLP, muchas veces percibidas como manipuladoras o arbitrarias, hacen que los familiares y allegados sientan mucha inseguridad en la relación. No pueden

confiar en que sus sentimientos van a ser tratados con respeto y cariño, por lo que comienzan a retraerse y a esconder emociones y pensamientos. Esta distancia ocasional o permanente que se genera en el vínculo puede resultar tremendamente amenazante para un individuo con el temor permanente a ser rechazado o abandonado.

Las fluctuaciones extremas de reacciones y actitudes que tienen las personas con TLP, se observan también en los familiares y allegados, que comienzan a subordinar sus emociones a lo que sucede en el vínculo. Por ejemplo, el estado de ánimo es bueno cuando la persona con TLP está bien, pero también se angustian en exceso cuando perciben malestar o depresión. Sienten temor cuando se presentan momentos de hostilidad o ira, dolor y rencor luego de conductas impulsivas que generan situaciones de riesgo o que lastiman a los otros significativos.

En general en las relaciones de pareja se presentan fluctuaciones cíclicas entre momentos de gran intensidad emocional y sensación de cercanía, con momentos de crisis que parecen terminales y desesperadas. Estas situaciones generan incertidumbre y muchas veces desánimo en las parejas de las personas con TLP(25, 30).

Reacciones y sentimientos habituales de los familiares y allegados

- Tratar de esconder sentimientos o pensamientos por miedo a la reacción del otro.
- Sentir que lo que se dice puede ser dado vuelta y usado en contra.
- Sentir que se es criticado por todo lo que está mal en la relación, aun cuando esto parezca no tener sentido.
- Ser foco de intensos, violentos e irracionales arrebatamientos, alternados con períodos en que la otra persona actúa de manera normal o cariñosa.
- Sentirse manipulado, controlado o víctima de chantaje emocional.
- Percibir la fluctuación en la valoración (idealización o denigración) sin motivos racionales para el cambio.
- Tener miedo de pedir cosas en la relación para no ser tomado como demandante. Las necesidades propias no son vistas como importantes.
- Sentir que el punto de vista propio siempre es denigrado, y que las expectativas cambian constantemente.
- Sentirse incomprendido la mayor parte del tiempo.
- Cuando se intenta dejar la relación, la persona con TLP promete que va a cambiar, puede hacer declaraciones de amor o volverse amenazante.
- Dificultad en hacer planes (por ejemplo, compromisos sociales), por los cambios de humor y la impulsividad de la persona con TLP.

¿Cómo reaccionan los familiares y allegados?

Las siguientes son algunas de las reacciones más frecuentes:

- Negación.
- Enojo.

- Depresión.
- Aturdimiento.
- Culpa y vergüenza.
- Pérdida de la autoestima.
- Co-dependencia.
- Sentirse atrapado y sin esperanza.
- Retirarse de la situación.
- Aislamiento.
- Adopción de hábitos poco saludables (fumar, beber o comer en exceso).
- Atención excesiva a síntomas y enfermedades físicas.
- Adopción de pensamientos y sentimientos TLP (fluctuaciones en el estado de ánimo congruentes con las de la persona con TLP).

Se producen cambios muy favorables especialmente cuando los familiares y allegados pueden identificar los *disparadores* de las situaciones conflictivas. Se denomina *disparadores* a determinadas situaciones que generan una reacción intensa y automática en la persona con TLP. Identificando los eventos que generan estas reacciones es más fácil anticiparlas e intentar que se vuelvan más manejables. Por ejemplo, algunos de estos eventos son los que incluyen la percepción de abandono, rechazo o desatención.

Es importante despersonalizar estos comportamientos, dado que no son dirigidos al familiar o allegado en forma intencional, sino que son parte de las características del desorden.

Saber acerca de estas situaciones problemáticas no significa evitarlas, pero reconocerlas ayuda a afrontar los conflictos en forma más eficaz(30).

Disparadores habituales

- Percibir un abandono.
- Sentirse invalidado y recibir críticas.
- Estar en situaciones donde otro es el centro de atención.
- Sentirse estigmatizado o etiquetado (señalado como loca o loco, por ejemplo).
- Sentir que los demás son impredecibles (esto genera inseguridad).

Como se dijo anteriormente, independientemente de que la persona diagnosticada con TLP modifique su comportamiento, hay algunos aspectos que pueden ayudar a mejorar la situación de los familiares o allegados(30).

Cambios posibles

- Buscar ayuda y validación.
- No tomar el comportamiento TLP como una cuestión personal.
- Cuidar de uno mismo.
- Apuntalar la autoestima y la identidad.
- Responsabilizarse por el propio comportamiento.
- Considerar en qué medida la relación se ajusta a las propias necesidades.
- Dejar de dar excusas y de negar la severidad de la situación.
- Reconocer la parte exultante y eufórica de la relación.

- Dejar de intentar resolver cuestiones de la infancia a través de la relación.
- Tomar decisiones propias.
- Creer en el merecimiento de un mejor trato.
- Examinar las creencias acerca de la pareja y la familia.
- Focalizar en cuestiones propias.

Familias y prácticas de Salud Mental

Existen diferentes tecnologías o modos de trabajo con familias, bien cuando el motivo de la consulta tenga o no relación con la misma. El debate sobre la utilidad de las intervenciones familiares parece aún no tener fin –las variables a controlar lo hacen tremendamente complejo–. Aunque nadie parece dudar ya de la importancia de la red del o de la consultante a la hora de iniciar un tratamiento, sí parece haber grandes diferencias a la hora de organizar aquella tecnología. Aun así, partimos de la idea de que el desorden límite de la personalidad es una enfermedad relacional.

En términos generales no existen evidencias de que la terapia de familia como es tradicionalmente concebida –encuentros regulares con miembros de la red de un o una paciente identificada– tenga efectos beneficiosos con los y las consultantes TLP. El desarrollo de los modelos de psicoterapia familiar intensiva desarrollados en los años 70 y 80 fracasaron ya que, según los resultados, las personas con TLP terminaban con severas dificultades en el manejo de la ira y en una pelea constante con sus familiares o allegados, y estos últimos sintiéndose injustificadamente acusados. Este cambio puede ser observado a lo largo de los escritos de algunos autores como Gunderson entre otros(10,11, 12).

De todos modos, la práctica de la entrevista familiar es una tecnología muy frecuente en la práctica clínica contemporánea con personas con TLP. A continuación revisaremos algunas sugerencias generales para su inclusión en los tratamientos y, posteriormente, observaremos algunas con mayor detenimiento.

1. Transformación de la queja en un problema

Muchas familias tienden a tener dificultades en transformar una queja en un problema(16). La metáfora sugerida es que “los problemas tienen solución y esa solución requiere compromiso de realizar acciones, mientras las quejas no”. El inicio de un tratamiento debe implicar disposición al cambio y esta disposición requiere de esta transformación inicial.

2. La psicoeducación como una redefinición

Si bien volveremos sobre este punto nodal del programa, es indiscutible que este es un modo de democratización del saber (*empowerment*) donde el saber propicia también el cambio. Además propicia nuevas metáforas, muchas de ellas científicas, que permiten nuevos niveles de comprensión y, a través de ellos, modificaciones subjetivas y conductuales.

Proveer información sobre la enfermedad modifica la relación entre profesionales, pacientes y familiares. La definición del problema proporciona una

base común de comunicación y permite el establecimiento de metas y objetivos compartidos.

La psicoeducación es una herramienta que, a través de brindar información valiosa –tanto a los pacientes como a los familiares– permite adquirir cierta sensación de dominio sobre un proceso vivido como caótico y aparentemente ingobernable(15). Esto va asociado a una disminución del miedo, la angustia, y la confusión que, a veces, puede liberar energías que serían mejor empleadas en la tarea de hacer frente a la enfermedad y sus ramificaciones(2, 15).

El modelo psicoeducativo 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. En sentido amplio, esto no implica sólo el conocimiento de las características, evolución, pronóstico y formas de abordaje terapéuticos de un determinado trastorno. Comprende principalmente la generación de una serie de habilidades, entre las cuales se encuentran: la aceptación del problema; la identificación de las manifestaciones y de los factores probablemente relacionados a su aparición, exacerbación o mantenimiento; formas de entender las manifestaciones de la enfermedad; y modos de acción que ayuden a hacer frente con la mayor eficacia posible a dicha problemática. Es en este sentido amplio que diferentes tradiciones psicoterapéuticas podrían considerarse maneras de abordaje psicoeducativas e incluir la modalidad eficazmente en su agenda.

El taller psicoeducativo es un dispositivo del modelo en el que se comparte la información científico-técnica que los profesionales poseen sobre un determinado trastorno con los y las pacientes y sus familiares y allegados. Estos talleres pueden ser de naturaleza individual, grupal o multifamiliar en su modo de implementación.

La efectividad de la intervención psicoeducativa ha sido probada en el trastorno bipolar. Un estudio de Colom y Vieta demostró que, este abordaje en grupo de pacientes –en comparación con un tratamiento de grupo no estructurado– produjo una disminución en el número de recaídas y en el número de recurrencias por paciente y un alargamiento del tiempo antes de una recurrencia, en los dos años que siguieron a la intervención(7). Otro trabajo demostró la efectividad de la psicoeducación a familiares de pacientes con el mismo trastorno, en la reducción de recaídas, prolongación de la sobrevida, mejoría en los síntomas anímicos y en la adherencia a la medicación de los y las pacientes cuyos familiares habían recibido psicoeducación(31).

Una investigación reciente correlaciona el nivel de información que tienen los miembros de una familia en relación al TLP y los niveles de depresión, distrés, agobio y *emoción expresada*(17).

Este trabajo que relaciona cuánto saben los familiares con el nivel de malestar merece un comentario más extenso. Más de 1/3 de la muestra –32 familias– sabían poco y nada sobre el TLP a pesar de estar en tratamientos como internación, hospital de día o tratamientos largos. Cuanto más conocimiento tenían, más críticos y hostiles eran durante las entrevistas de *emoción expresada*. Contrariamente a la predicción los miembros de la familia que sabían más no pare-

cían aprovechar esto, ya que estaban más deprimidos, tenían más síntomas psicológicos y manifestaban una mayor *emoción expresada*. En este sentido la esperanza no se correlacionaba con el conocimiento. Pero lo discutible es que estas características aparezcan relacionadas causalmente con el TLP. El estudio es retrospectivo y la relación entre mayor hostilidad y desánimo con mayor conocimiento podía estar dada por el hecho de que los familiares con mayor nivel de malestar buscaron más información sobre el trastorno. Habría muchas hipótesis en relación al dato, por ejemplo de que aquellos con mayor nivel de malestar quieran saber más, o bien que las características de externalización de esos familiares (variable no tenida en cuenta) sean las causales. Finalmente el trabajo produce un debate inacabado de los datos obtenidos sugiriendo que “la ignorancia podría ser una bendición”.

Lejos de este trabajo, los desarrollos psicoeducacionales de TARA (Asociación de familiares de pacientes con TLP de los Estados Unidos, 2003), los implementados por el MacLean Hospital(10), aquellos desarrollados por Young(42), Linehan(26), Mason y Kreger(30) y nuestra experiencia personal(3) señalan la utilidad de estos programas.

3. La reducción de la Emoción Expresada

La identificación de factores psicosociales relacionados con la evolución, número y frecuencia de las recaídas y rehospitalizaciones en el curso de la esquizofrenia en los años '50 y '60, por el sociólogo George Brown y otros, llevó al desarrollo de intervenciones destinadas a reducir esos factores de estrés psicosociales.

La alta *emoción expresada* se estableció, en numerosos estudios, como un factor de riesgo de recaídas. Este índice indica el nivel de actitudes críticas, hostiles y de sobreinvolucramiento que poseen los familiares de una persona afectada por una enfermedad de evolución crónica. Se mide a través del número de comentarios que expresan los familiares y allegados de un o una paciente en una entrevista semi-estructurada.

En las décadas del '70 y '80 se estableció la efectividad de algunos de esos modelos de intervención familiar en la reducción de la *emoción expresada* y en el número y frecuencia de las recaídas en la evolución de la esquizofrenia(2).

Un meta-análisis reciente confirmó su importancia en la comprensión y la prevención de recaídas en una variada gama de condiciones psicopatológicas. De hecho, la media del tamaño del efecto asociado a la incidencia de la *emoción expresada* en la evolución de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos alimentarios fue significativamente mayor que para la esquizofrenia(5, 22).

El uso de este paradigma en TLP está discutido en la actualidad. Contrariamente a lo que se suponía la hostilidad y el criticismo –dos importantes variables del modelo– no predicen qué tan bien funcionarán los pacientes fuera de la internación, ni siquiera parecen funcionar como predictores de una rehospitalización. Sin embargo, sí parece estar asociado el sobreinvolucramiento –otra de las variables– pero de un modo curioso: los pacientes cuyas familias (espe-

cialmente las madres de las pacientes) puntuaron alto en esta última variable parecerían tener mejores resultados en la evolución de los y las pacientes TLP(18).

Varios autores sin embargo defienden este tipo de tecnología observando una regla de Larry Beutler: *cuándo-se-hace-qué-con-quié*n(4).

En la actualidad el uso difundido de intervenciones que reduzcan la *emoción expresada* en pacientes psiquiátricos crónicos está recomendado, recordando que en el TLP el sobreinvolucramiento es, aparentemente, un recurso de atención hacia el o la paciente.

4. La aceptación

La bibliografía sobre la aceptación en la literatura psicológica es muy extensa. La tradición gestáltica, especialmente, la propone como "primer paso del cambio". Este cambio opera a través de dejar fluir nuestros sistemas de afrontamiento de los problemas, sin lucha, intentando desautomatizar los pensamientos y respuestas inmediatas, como un sistema de exposición. Aceptar significa aprender a sentir y a no hacer aquello a lo que nos impulsan nuestros pensamientos y sensaciones, para pensar y actuar más asertivamente(13,14).

5. Entrenamiento en habilidades

Muchos y muchas consultantes y sus familiares y allegados llegan *exhaustos, desesperanzados y desorientados* a las primeras entrevistas.

La sociedad occidental privilegia el entrenamiento en destrezas cognitivas desde las edades tempranas sobre las emocionales.

Con esta premisa se han desarrollado programas de habilidades interpersonales o en regulación de las emociones que resultan de una condensación de técnicas conductuales que han demostrado ser muy eficaces para ayudar a los consultantes y sus vínculos a mejorar sus estilos a partir del acuerdo en forjar un cambio sustentable.

Desconocemos si el problema primario de este desorden se relaciona con una alteración a nivel del sistema nervioso central de la percepción o del procesamiento(33, 37).

En ambos casos funciona la máxima "Se ha demostrado que en términos educativos es menos frustrante el trabajo orientado a rescatar las áreas de fortalezas y los mecanismos de compensación y no revertir las áreas de debilidades. Es difícil que un ciego vuelva a ver, deberá desarrollar otras habilidades que le permitan compensar el déficit de la mejor manera posible"(9).

En este sentido es muy útil recurrir a modelos estandarizados para evitar la dispersión y proponer a *los viejos hábitos nuevas conductas*.

Para ello, los procedimientos son de: observación del hábito, observación de las consecuencias, proponer nuevas, pensar en las ventajas y desventajas de poner en práctica nuevas habilidades, pensar en la posibilidad del fracaso y sus vericuetos, y practicar, practicar, practicar. Reevaluar. Volver a practicar. Hay una frase muy utilizada en Narcóticos Anónimos que, como una connotación positiva, es bueno repetir: "Suerte y adelante".

Taller psicoeducacional con familias y allegados de pacientes con TLP

A partir de un curso de postgrado de Tratamiento *Cognitivo e Integrativo del Desorden Límite de la Personalidad* del Instituto de Postgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires se comenzó a diseñar un *taller psicoeducacional* para los familiares y allegados de personas con este trastorno.

Teniendo en cuenta los conceptos y el paradigma vertidos en el presente trabajo, se ha diseñado un folleto psicoeducativo o Manual sobre del TLP para pacientes y familiares(3).

Se han realizado varios *talleres psicoeducativos* multifamiliares, desde el 2002 hasta la fecha, para los y las consultantes con TLP, familiares y allegados. En dichos talleres se brinda información sobre las características clínicas evolutivas y pronósticas del trastorno límite de personalidad, haciendo hincapié en las experiencias internas de los pacientes, en la desregulación emocional como base de las conductas impulsiva (como medios para controlar el dolor y la sensación de desesperación). También se focaliza en las reacciones emocionales y conductuales características de los familiares o convivientes, así como en las formas de enfrentar algunas de estas dificultades.

Los talleres duran 3 horas con entrega de material psicoeducativo y acceso a una página de Internet con grupos virtuales.

El taller consta de 5 partes:

1. Evaluación de la población asistente y entrega del material.
2. Psicoeducación: Una clase de 60 minutos.
3. Taller de habilidades en el manejo de crisis y otros recursos: Una clase de 30 minutos.
4. Escenificación de una situación y debate.
5. Evaluación final sobre conocimientos adquiridos y del taller.

Las devoluciones han sido de "muy buenas" a "excelentes" por los participantes. La mayoría reclamaba nuevos encuentros (95%). Solo la mitad tenía información sobre el desorden y la mayoría reclamaba mayor acceso al conocimiento sobre el TLP.

En los talleres se observaron algunos temas planteados por los participantes referentes a la circularidad de los problemas que se observan en la convivencia. Como -por ejemplo- la evidencia de que, tanto los familiares como algunos pacientes que participaron de los talleres, identificaron el mismo tipo de emociones generadas por la interacción. Otro tema sobresaliente fue la dificultad en la puesta de límites. Los participantes manifestaron vivir el dilema del temor a la puesta de límites y la posible escalada en las conductas impulsivas por un lado, y la necesidad de estructura y contención tanto por parte de las personas con TLP como por parte de los familiares.

Como conclusión podemos afirmar que el trabajo sobre éstas y otras áreas en talleres multifamiliares específicamente diseñados para el entrenamiento en habilidades, y sostenidos en el tiempo, podría tener importantes implicancias en el abordaje terapéutico integral de las personas con TLP, producir cambios sustentables en los consultantes, sus familiares y sus allegados, y racionalizar los recursos comunitarios en salud ■

Referencias bibliográficas

1. Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *Psychiatr Clin North Am.* 1981 Apr;4(1):25-46.
2. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. *Esquizofrenia y Familia; Guía práctica de psicoeducación.* Amorrortu editores, Bs. As. 1986.
3. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, Boggiano J y Vuelta B. 2002, 2003, 2004. *Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad.* "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA (en prensa).
4. Beutler LE. Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment, *American Psychological Association* Volume 3, Article 27, August 2000.
5. Brewin CR, MacCarthy B, Duda K, Vaughn CE. Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia *J Abnorm Psychol.* 1991 Nov;100(4):546-54.
6. Briere J, Woo R, McRae B, Foltz J, Sitzman R. Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *J Nerv Ment Dis* 1997, 185:95-404.
7. Colom F, Vieta E. A randomized trial on efficacy of group psychoeducation in prophylaxis on recurrence in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60, 402-407.
8. Dahl AA. Heredity in personality disorders - an overview. *Clin Genet* 1994;46:138-43.
9. Gagliesi P. Lo hubiera sabido antes... Bases para una práctica psicoeducativa. *Clepios, Una Revista para Residentes de Salud Mental* 1999, 5(3).
10. Gunderson JG, Berkowitz C, Ruiz-Sancho, A. Families of boerderline patients: A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*; Fall 1997;61:4, 446.
11. Gunderson JG, Englund DW. Characterizing the families of borderlines. *Psychiatric Clinics of North America* 1981, 4:159-168.
12. Gunderson JG, Lyoo, I. Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harv Review of Psych* 1997 4 272-278.
13. Hayes SC, Barnes-Holmes D, & Roche, B. *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition.* New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers. 2001.
14. Hayes SC, Strosahl K, & Wilson KG. "Acceptance and Commitment Therapy" An *Experimental Approach to Behavior Change.* New York: Guilford Press. 1999.
15. Herman L, Pechon C. *Taller de Psicoeducación para familiares y allegados de pacientes con trastorno límite de la personalidad.* Trabajo final del "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad". Facultad de psicología; UBA, julio 2002 (en prensa).
16. Hirsh H, Rosarios H. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales.* Nadir Editores, Buenos Aires, 1987.
17. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress and expressed emotions. *Family Process* 2003 Vol 42; 4:469-478.
18. Hooley JM, Hoffman PD. Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999 Oct;156(10):1557-62.
19. Kernberg, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism.* New York, NY, Jason Aronson, 1975.
20. Kriwet M, Boggiano JP. *Abuso y PTSD en pacientes con diagnóstico de DLP.* Trabajo final del "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad". Facultad de psicología; UBA, julio 2003 (en prensa).
21. Laporte L, Guttman H. Abusive relationships in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *J Nerv Ment Dis.* 2001 Aug;189(8):522-31.
22. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990 Oct; 157:571-7.
23. Lieb K, Rexhausen JE, Kahl KG, Schweiger U, Philippsen A, Hellhammer DH, Bohus M. Increased diurnal salivary cortisol in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2004 Nov-Dec;38(6):559-65.
24. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004 Jul 31;364(9432):453-61.
25. Linehan M. *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder.* The Guilford Press, New York NY, 1993.
26. Linehan, M. *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite.* Paidós, Barcelona, 2003.
27. Livesley WJ, Jang Kl, Vernon PA. Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:941-8.
28. Marinkas KR, Swendsen JD. Genetic epidemiology of psychiatric disorders. *Epidemiol Rev* 1997;19:144-55.
29. Marsh DT. *Families and mental illness: New directions in professional practice.* New York NY Praeger, 1992.
30. Mason P, Kreger R. *Stop Walking on Eggshells. Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder,* New Harbinger Publications, Inc. Oakland, CA, 1998.
31. Miklowitz DJ, George ET et al. A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2003; 60, 904-912.
32. Millon T. On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Pers Disorder* 1987, 1:354-372.
33. Rusch N, van Elst LT, Ludaescher P, Wilke M, Huppertz HJ, Thiel T, Schmahl C, Bohus M, Lieb K, Hesslinger B, Hennig J, Ebert D. A voxel-based morphometric MRI study in female patients with borderline personality disorder. *Neuroimage* 2003 Sep;20(1):385-92.
34. Schmahl C, Greffrath W, Baumgartner U, Schlereth T, Magerl W, Philippsen A, Lieb K, Bohus M, Treede RD. Differential nociceptive deficits in patients with borderline personality disorder and self-injurious behavior: laser-evoked potentials, spatial discrimination of noxious stimuli, and pain ratings. *Pain* 2004 Jul;110(1-2):470-9.
35. Siever LJ, Gunderson JG. Genetic determinants of borderline conditions. *Schizophr Bull* 1979; 5:59-86.
36. Silverman JM, Pinkham L, Coccaro EF, Klar H, Schear S et al. Affective and impulsive personality traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1991;148:1378-85.
37. Tebartz van Elst L, Hesslinger B, Thiel T, Geiger E, Haegele K, Lemieux L, Lieb K, Bohus M, Hennig J, Ebert D. *Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study.*
38. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000;41:416-25.
39. van der Kolk BA, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 1991 Dec;148(12):1665-71.
40. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry* 1996 Jul;153(7 Suppl):83-93.
41. White C, Gunderson JG, Zanarini MC, Hudson JI. Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11:8-19.
42. Young, J. *Early Maladaptive Schemas: EMS.* Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York. 1995.
43. Zanarini MC. "Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder". En Paris J, ed.: *Borderline personality disorder: etiology and treatment.* Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993:67-85.