



Intervenciones con familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad basadas en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT)

Paula Soledad José Quintero
Fundación Foro, Argentina
Contacto: paulaquin@gmail.com

Resumen:

Las investigaciones sugieren que el nivel de sobrecarga y de dolor emocional que experimentan los familiares cuidadores de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad es mayor que el experimentado por cuidadores de personas que padecen otros problemas mentales severos (Bailey & Grenyer, 2015). Los familiares de personas que padecen Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) reportan sentirse frecuentemente ansiosos y estresados en su vida cotidiana (Ekdahl, Idvall & Perseius, 2014). Por otro lado, datos de investigación indican que las personas diagnosticadas con TLP se desempeñan mejor cuando la familia aumenta su nivel de involucración (Hooley et al., 2010). El objetivo del presente trabajo es la disseminación de los programas existentes que constituyen formas efectivas de ayudar a los familiares y allegados de personas diagnosticadas con TLP, así como también presentar el programa que se ha desarrollado en Argentina para el trabajo con esta población particular.

Palabras clave: Entrenamiento en Habilidades a Familiares- Trastorno Límite de la Personalidad- Terapia Dialéctico-Conductual

Cuando una persona padece problemas de salud mental, sabemos que eso no afecta solamente al individuo sino también a sus familiares y allegados agregando mucha presión sobre las relaciones interpersonales significativas.

Datos de investigación empírica revelan que los familiares de personas que padecen de trastornos

Abstract:

Research suggests that the level of overload and emotional pain experienced by family caregivers of people diagnosed with personality disorders is greater than the one experienced by caregivers of people suffering from other severe mental problems (Bailey & Grenyer, 2015). Family members of people with Borderline Personality Disorder (BPD) report feeling frequently anxious and stressed in their daily lives (Ekdahl, Idvall & Perseius, 2014). On the other hand, research data indicate that people diagnosed with BPD perform better when the family increases their level of involvement (Hooley et al., 2010). The objective of this paper is the dissemination of existing programs that are effective to help relatives of people diagnosed with BPD, as well as presenting the program that has been developed in Argentina for working with this particular population.

Keywords: Family Skills Training - Borderline Personality Disorder- Dialectical Behavior Therapy

mentales reportan mayores niveles de estrés psicológico y de sufrimiento emocional comparado con los datos normativos comunitarios (Winefield & Harvey, 1993). Además, el estrés sufrido por los familiares de personas que padecen de trastornos mentales se asocia a la presencia no sólo de sobrecarga sino también de depresión y aislamiento (Lefley, 1987).



Cuando ese trastorno es un trastorno de personalidad como el Trastorno Límite (TLP), los patrones conductuales de la desregulación emocional impactan directamente sobre las relaciones interpersonales y, con frecuencia, las relaciones familiares y maritales se ven perturbadas (Nakao et al., 1992). Esta perturbación puede expresarse bajo la forma de dificultades en la comunicación, experiencias de desorientación y dificultades en la toma de decisiones, guiadas por el miedo frente a respuestas muchas veces impredecibles, alta frecuencia de discusiones y expresión frecuente de enojo y malestar. Las relaciones se ven naturalmente dañadas con estos eventos que se vuelven casi cotidianos y se perciben como poco satisfactorias.

Los datos de investigación sugieren que el nivel de sobrecarga y de dolor emocional que experimentan los familiares cuidadores de personas diagnosticadas con trastornos de personalidad es mayor que el experimentado por cuidadores de personas que padecen otros problemas mentales severos (Bailey & Grenyer, 2015); además, presentan riesgo aumentado de padecer desordenes psiquiátricos tales como depresión o abuso de sustancias (Riso, Klein, Anderson & Ouimette, 2000; Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell & Levine, 2012). Los familiares reportan no saber cómo responder y sentirse frecuentemente ansiosos y estresados en su vida cotidiana (Ekdahl, Idvall & Perseus, 2014).

Es importante considerar, a la vez, que las personas diagnosticadas con TLP han sido criadas en familias en donde en muchos casos pre-existían trastornos psicopatológicos e interacciones problemáticas (Links & Munroe Blum, 1990; Weaver & Clum, 1993), por lo tanto puede existir cierta vulnerabilidad en las familias y dificultades en la utilización de habilidades que permitan lidiar mejor con los problemas en general y con los de la desregulación emocional en particular.

Las familias se sienten agotadas al tener que lidiar frecuentemente con situaciones complejas y desafiantes que les resultan difíciles de comprender y para las cuales no encuentran respuestas efectivas aumentando su sensación de frustración. Esta frustración contribuye a que las interacciones interpersonales negativas se vean incrementadas, formando un circuito en el que el malestar aumenta. La sensación de sobrecarga está presente en la mayoría de estas familias.

Al no lograr comprender muchas respuestas de su ser querido con desregulación emocional, intentan dar respuestas lógicas que rara vez resultan efectivas, lo cual suele terminar en una sensación de profundo agotamiento. A su vez, estas respuestas suelen tener efectos de invalidación de la experiencia de su ser querido con TLP. La investigación ha mostrado que los familiares de personas con un diagnóstico psiquiátrico en general y con TLP en particular, muestran mayores niveles de invalidación hacia sus hijos (Shenk & Fruzzetti, 2014). Tienen las mejores intenciones de ayudar, pero al desconocer cómo hacerlo de forma efectiva, muchas veces sus formas de afrontamiento terminan empeorando el problema.

A este panorama se agrega el hecho de que las familias muchas veces tardan en encontrar la ayuda que necesitan y se sienten aisladas y poco comprendidas ya que no hay mucho conocimiento en la población general respecto a este trastorno y la información ofrecida es escasa. Esto se suma a que los tratamientos basados en la evidencia para este trastorno no están disponibles en todas las comunidades, problema que se acrecienta en Latinoamérica, en donde las dificultades en el acceso al sistema de salud se ven incrementadas, si bien está surgiendo un movimiento de difusión e implementación de programas adecuados de atención en estos cuatro últimos años.



Aún en comunidades en donde el acceso a tratamientos en salud mental está facilitado, no ha habido una gran oferta de asistencia para familiares de personas con desregulación emocional como una población objetivo particular. Muchos tratamientos no incluyen a las familias. Otros las incluyen en sesiones de terapia familiar que rara vez se orientan a aumentar las habilidades de los familiares para lidiar con los problemas de formas más efectivas (Porr, 2010).

Por lo tanto es necesario que se conozcan y difundan las formas efectivas de ayudar a los familiares y allegados que están disponibles, a la vez que se desarrollen y apliquen mejoras a estos programas ajustándolos a las necesidades que se hacen evidentes en el proceso.

Es fundamental destacar que las intervenciones con familiares y allegados de personas con TLP, tienen un doble impacto: por un lado ayudan a las familias a lidiar mejor con las situaciones desafiantes que enfrentan en su vida cotidiana y su propia experiencia emocional; por otro, si la familia aprende mejores maneras de responder a estos desafíos, la persona con desregulación emocional encuentra un contexto más saludable el cual impacta en su forma de experimentar su problema e intentar soluciones más efectivas. La investigación ha demostrado que las intervenciones para familiares y cuidadores de personas con TLP resultan eficientes, es decir, que son costo-efectivas (Gunderson, 2008). Sabemos que las personas diagnosticadas con TLP se desempeñan mejor cuando la familia aumenta su nivel de involucración (Hooley et al., 2010). Si estos modos de involucrarse pueden además orientarse a las necesidades complejas que requiere la situación, tendrán un mejor impacto aún, ya que conductas preferidas o deseadas encontrarán los reforzadores que las logren aumentar y mantener. Las familias constituyen, de este modo, un recurso privilegiado para modelar y reforzar habilidades de

afrontamiento efectivo frente a las dificultades (Porr, 2015). Modelar y reforzar implicará que los familiares deben aprender, ellos mismos, nuevos modos de afrontamiento y también estar atentos a la aparición de mejores modos de afrontamiento por parte de su ser querido con desregulación emocional para poder reforzarlos.

¿Qué necesitan los familiares y allegados de personas que padecen TLP?

La experiencia de trabajo con familias que tienen un miembro que padece de desregulación emocional sugiere que los familiares tienen una necesidad doble: a) experimentan una intensa necesidad de ayudar a su ser querido con desregulación emocional y b) experimentan una intensa necesidad de recibir ayuda frente a sus propias experiencias dolorosas. Su dolor es doble. Les resulta difícil lidiar con el dolor emocional de su ser querido del que son testigos casi diariamente y también con su propio dolor emocional, que surge de experiencias casi cotidianas de conflicto y crisis.

Necesitan, de esta forma, apoyo y comprensión para sí mismos y a la vez nuevas habilidades para lidiar mejor con los desafíos interpersonales a los que se enfrentan. Por un lado aumentar formas efectivas de ayudar a su ser querido, por otro, encontrar formas saludables de lidiar con el propio sufrimiento y aliviarlo. Ambas en combinación dan respuesta también a la necesidad de reparar y mejorar las relaciones dentro de la familia, las cuales en la mayoría de los casos se han visto resentidas.

Los familiares son la fuente principal de recursos de la persona con desregulación emocional y las intervenciones destinadas a darles apoyo y a mejorar su bienestar aumentará su capacidad de dar apoyo efectivo a su ser querido con TLP.

En suma, esta doble necesidad de ayuda puede traducirse en dos objetivos de intervención que



esta población demanda: intervenciones destinadas a reducir el estrés y la sobrecarga e intervenciones destinadas a aumentar la comprensión y la efectividad.

¿Qué intervenciones están disponibles para ayudarlos?

Una de las principales intervenciones que han demostrado disminuir la sobrecarga y el estrés familiar es la psicoeducación para familiares de personas que padecen trastornos mentales severos (Cohen et al., 2008) y muchos programas especialmente orientados a familiares de personas con TLP la incluyen como un componente central (por ejemplo: Gunderson, Berkowitz & Ruiz-Sancho, 1997).

Muchos programas psicoeducativos para familiares de personas con diversos trastornos mentales han sido estudiados en su efectividad y han demostrado ser útiles para reducir la tasa de recaídas del paciente identificado (Hoffman & Fruzzetti, 2007; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003); en su mayoría han estado orientados a mejorar el funcionamiento familiar para así lograr mejorar las condiciones del paciente. Sin embargo, los nuevos desarrollos comenzaron a incluir el bienestar de los familiares también como un objetivo importante y las investigaciones demostraron que la psicoeducación como intervención para familias lograba reducir su nivel de sobrecarga y mejorar sus estrategias de afrontamiento así como su salud mental general (Song, Biegel & Milligan, 1997).

Si bien la psicoeducación constituye un componente importante, el conocimiento sobre la naturaleza y evolución del trastorno no siempre es suficiente (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti, & Bruce, 2003), de modo que muchas intervenciones para familiares suman al componente psicoeducativo, el entrenamiento en habilidades particulares; son los llamados “programas de educación familiar” (FE: family education; Hoffman & Fruzzetti, 2007).

Particularmente en el ámbito del tratamiento del TLP, se han desarrollado diversos programas específicos para familiares y allegados. Algunos de ellos están basados en Terapia Dialéctico-Conductual (DBT, Linehan, 1993). El modelo estándar de DBT no contiene intervenciones diseñadas para abordar de manera directa el segundo componente del modelo etiológico de la desregulación emocional, es decir, el ambiente invalidante (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999). Sin embargo, si se considera el planteamiento general del modelo etiológico y los objetivos del tratamiento DBT, encontramos que tiene mucho sentido incluir intervenciones en esta dirección. Uno de los objetivos de DBT consiste en estructurar el ambiente, función que puede ser fortalecida a través de la intervención con las familias.

Reseñaremos, entonces, a continuación estas intervenciones, para luego describir en detalle un programa que fue diseñado e implementado en Argentina y que es actualmente también utilizado en otros países de Latinoamérica.

Programa Psicoeducativo Multifamiliar. Este programa fue diseñado por Gunderson y colaboradores (1997) en el Hospital McLean en Belmont, Massachusetts. El programa está basado en el trabajo de McFarnale (1995) y está orientado especialmente a padres de personas diagnosticadas con TLP. El principal objetivo de este programa es disminuir el estrés en la familia. Consta de una primera etapa de una o dos sesiones en donde el encuentro se realiza con cada familia por separado y en las cuales se comparte información sobre el diagnóstico, se proveen materiales de lectura, se construye una alianza terapéutica y se los invita a participar de las siguientes etapas. Luego continúa la etapa 2 en la cual participan de 5 a 7 familias y los encuentros se focalizan en desarrollar formas efectivas de resolución de problemas, de manejo de crisis y de desarrollo de estabilidad. A estas actividades de la etapa 2 el paciente identificado es invitado si desea



participar, si bien los autores refieren que no suele concurrir. Como una actividad opcional, el programa ofrece un taller entre la etapa 1 y la 2 focalizado en psicoeducación sobre el TLP.

Un estudio piloto sobre este programa (N = 8) arrojó como resultado un reporte de los familiares de reducción de la sensación de sobrecarga y un aumento de la habilidad para modular las emociones (Berkowitz & Gunderson, 2002).

Entrenamiento de Sistemas para la *Predictibilidad Emocional y Resolución de Problemas- STEPPS* (por sus siglas en inglés). Este programa de entrenamiento (Black, Blum, Pfohl & St. John, 2004) basado en intervenciones cognitivo-conductuales es propuesto como complementario al tratamiento individual del paciente con TLP —el cual es renombrado por los autores como “desorden de intensidad emocional”— y está basado en el programa de Bartels & Crotty (1998). STEPPS no es un programa específico para familias, sino un grupo de entrenamiento en habilidades para personas con TLP, de 20 semanas de duración con sesiones semanales de dos horas en donde hay dos coordinadores que son los encargados de impartir las habilidades. El programa total tiene tres componentes: a) Conciencia de enfermedad, b) habilidades de manejo de emociones y c) habilidades de cambio conductual. A pesar de no ser un programa específico para familias, está incluido aquí ya que tiene un componente con participación de familiares y allegados digno de mencionar. El programa sugiere que los pacientes pueden aprender modos de influenciar a su ambiente familiar y de amistades para obtener refuerzos positivos frente a conductas deseadas. Como parte de este objetivo, el programa ofrece un encuentro especial en el que participan los familiares y amigos en donde reciben psicoeducación sobre el TLP, información sobre el programa y una guía de lo que pueden hacer para ayudar. A continuación de esa sesión de educación, el paciente puede invitar a algún miembro de su familia o grupo cercano que

él elija a participar de dos encuentros más.

Este programa fue testeado y ha demostrado constituir un complemento efectivo para el tratamiento del TLP (Black, Blum, McCormick & Allen, 2013; Blum, Pfohl, St John, Monahan & Black, 2002).

Método TARA. Se trata de un programa psicoeducativo para familiares de personas con TLP diseñado por Valerie Porr (2010) cuya meta principal es lograr que la persona con TLP comience un tratamiento efectivo. El programa sostiene que al cambiar el comportamiento de los familiares, disminuirán las crisis y aumentará la confianza lo cual podría tener como efecto lograr que la persona con desregulación acceda a un buen tratamiento. El programa se propone disminuir el estrés familiar y los disparadores de las conductas problemáticas del TLP y mejorar la comunicación. Apunta al doble objetivo de modificar el ambiente familiar para a) hacerlo menos estresante para persona con TLP a la vez que b) aumenta el bienestar de la familia. Incluye psicoeducación sobre bases neurobiológicas del TLP, así como también herramientas cognitivo-conductuales de cambio conductual, entrenamiento en reconocimiento de emociones, habilidades de DBT- entre ellas: mindfulness, validación, tolerancia al malestar y habilidades de efectividad interpersonal- y herramientas de la Terapia de Mentalización (MBT, Bateman & Fonagy, 2006).

Entrenamiento en Habilidades para Familias-DBT (Programa DBT-FST). Se trata de un programa para familiares de personas con TLP basado en DBT cuyos desarrolladores son Hoffman y Fruzzetti (1999). Resalta la importancia de la psicoeducación, el entrenamiento de habilidades y el cambio ambiental y se propone interrumpir el ciclo de invalidación que se observa en las interacciones familiares. El programa tiene cuatro objetivos: a) que la familia se familiarice con los diferentes aspectos del TLP, b) que la familia aprenda estilos de comunicación basados en



la validación, c) que los familiares se tornen menos juiciosos entre sí y muestren más aceptación, d) proveer un espacio cuidado en donde los familiares puedan tratar temas difíciles relacionados con el TLP que afectan sus vidas. Para alcanzar estos objetivos, el programa imparte entrenamiento en 5 grupos de habilidades DBT: habilidades de conciencia plena, de efectividad interpersonal, de tolerancia al malestar, de regulación emocional y de validación (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999). El programa tiene 6 meses de duración, con un encuentro semanal al que concurre el paciente con su familia.

Estudios empíricos mostraron que el programa DBT-FST generó una disminución significativa del malestar y la sensación de sobrecarga en familiares, mayor bienestar y más experiencias de dominio y competencia (Ekdahl et al., 2014; Hoffman et al., 2003). Fruzzetti (2006) desarrolló también un programa interesante de DBT para parejas, en el que sumó habilidades específicas tales como habilidades de cercanía e intimidad.

Programa Conexiones Familiares (Family Connections, FC). Se trata también de un programa para familiares de personas con TLP, desarrollado por Hoffman y Fruzzetti, basado en DBT, de 12 semanas de duración, cuyos coordinadores son familiares entrenados en el programa (Hoffman et al., 2005) y del que sólo participan los familiares. El programa está diseñado para aportar: a) psicoeducación, b) habilidades para el manejo de emociones propias y de otros miembros de la familia y c) apoyo social, al tener un formato grupal permite entrar en contacto con otros que han pasado por la misma situación problemática. Para cubrir estos objetivos, el programa imparte diferentes contenidos, entre ellos, psicoeducación sobre el TLP, habilidades de mindfulness interpersonal, habilidades de validación y habilidades de resolución de problemas y de cambio conductual.

Se han realizado varios estudios que evaluaron

la efectividad de este programa (Hoffman et al., 2005; Hoffman, Fruzzetti, & Buteau, 2007; Rajalin, Wickholm-Pethrus, Hursti & Jokinen, 2009) y han mostrado que el programa redujo los niveles de sobrecarga, de malestar emocional y los síntomas de depresión e incrementó la experiencia de dominio y capacidad, la salud mental y el bienestar en la relación con el paciente.

Entrenamiento en Habilidades Multifamiliar para Adolescentes y sus familias. Este entrenamiento es un componente del tratamiento DBT para adolescentes suicidas (Miller, Rathus & Linehan, 2006). El entrenamiento en habilidades sucede con los pacientes y sus familias en un grupo multifamiliar. Los familiares aprenden el mismo contenido que los adolescentes. El formato grupal permite expandir la red de apoyo y obtener modelado en el uso de habilidades. Además las prácticas pueden suceder entre familias, por ejemplo un adolescente interactuando con una madre de otra familia. Esto enriquece el feedback y posibilita que las emociones se mantengan dentro de un límite que permita la adquisición de habilidades (Rathus & Miller, 2014). Muchos de los participantes graduados reportaron mejorías en la relación con sus familiares participantes del taller. En este grupo multifamiliar se entrenan 5 grupos de habilidades: habilidades de mindfulness, de regulación emocional, de efectividad interpersonales, de tolerancia al malestar y habilidades de sendero del medio, siendo estas últimas un aporte original de los autores. El curso completo dura aproximadamente 6 meses con encuentros semanales.

Además de este componente, el tratamiento incluye algunas sesiones con los familiares en la etapa de pre-tratamiento para orientarlos sobre DBT y también sesiones sobre crianza con los padres o cuidadores en caso de ser necesario. También se ofrece asistencia telefónica para los familiares con el objetivo de generalizar las habilidades aprendidas en el entrenamiento.



El tratamiento de DBT para adolescentes ha sido ampliamente investigado (para una revisión ver: Groves, Backer, van den Bosch & Miller, 2012), con varios estudios que sugieren que es un tratamiento bien recibido por la población adolescente y que logra reducir el uso de servicios psiquiátricos al disminuir el número de internaciones requeridas, así como reducir las conductas auto-lesivas, la ideación suicida y la depresión (Fleischhaker et al., 2011; Katz, Cox, Gunasekara, & Miller, 2004; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002).

La experiencia de Buenos Aires

El equipo de DBT de Fundación Foro se propuso diseñar una intervención para familiares y allegados (*Temas básicos de psicología y Entrenamiento en Habilidades para familiares y allegados*, 2008) basada en habilidades DBT con un formato especialmente diseñado para esta población.

El formato del taller para familiares y allegados es similar al formato de un entrenamiento en habilidades, es decir, tiene determinadas actividades y formas de transmisión de las habilidades que difieren de las de un grupo de apoyo o de las de un grupo terapéutico.

Básicamente el taller cumple dos funciones generales: 1) adquisición de las habilidades, a través de la instrucción y del modelado en los encuentros y 2) fortalecimiento de las habilidades, a través de los ensayos conductuales (tareas y actividades de práctica para el hogar), refuerzo de las mejoras y feedback sobre la performance en el momento de revisión de las tareas para la semana.

El formato del entrenamiento es grupal y a él asisten solamente los familiares. El entrenamiento en grupo permite que la intervención sea menos costosa y más personas se vean beneficiadas que si fuera impartido de modo individual. Además de esta ventaja el formato grupal presenta otras: a) ofrece oportunidad para obtener *apoyo social*, algo que estas familias realmente necesitan debido al aislamiento muchas

veces experimentado por la incompreensión de parte la comunidad respecto a las características del problema que enfrentan las familias, b) por esto mismo, ayuda a reducir el estigma, al conocer a otras familias que pasan por lo mismo en un contexto no juicioso y de aceptación, un lugar seguro en donde poder compartir experiencias e inquietudes con personas que pasan por situaciones similares, c) permite *ensayar* y obtener feedback, modelar, moldear, identificar obstáculos al uso de habilidades, estar expuesto a *múltiples ejemplos* para ampliar el repertorio conductual e invita a la toma de perspectiva a partir de compartir experiencias con otros que están en un momento diferente en relación a la problemática.

Está coordinado por dos profesionales de salud mental del equipo DBT, que trabajan especialmente con familiares y allegados. Por cada encuentro uno de los coordinadores asume el rol de coordinador principal y el otro el de co-coordinador. Estos roles se intercambian en cada encuentro entre los dos coordinadores. El coordinador principal es el responsable del proceso de transmisión y adquisición de la habilidad y quién está a cargo del encuentro respecto de las actividades y del manejo del tiempo. El co-coordinador está atento a la dinámica grupal y a necesidades que puedan surgir en algún participante en particular. Puede asistir al coordinador con ejemplos o marcando algunas cosas que el coordinador no está notando. También el co-coordinador cuida que el ambiente del entrenamiento se mantenga siendo validante y no juicioso marcando cuando algo disruptivo en este sentido aparece.

El entrenamiento tiene una duración de 12 semanas, con un encuentro semanal de dos horas. Participan entre 6 a 10 familias guiadas por los dos coordinadores. Al comenzar se provee a cada participante con un manual impreso que incluye los contenidos básicos para cada encuentro y hojas de tarea que deben completar durante la semana. Cada participante debe tener su propio manual ya que se respeta y enfatiza el recorrido individual por el entrenamiento a pesar de que en muchos casos concurra la pareja parental.



Se les solicita que traigan su manual cada semana y sobre él se basa la instrucción de cada habilidad.

Los *criterios de inclusión* al grupo no son estrictos pero en principio está diseñado para familiares y allegados de personas con desregulación emocional. No es requisito que el ser querido con desregulación emocional se encuentre en tratamiento para realizar el taller. Muchas veces el primer paso para lograr que la persona diagnosticada con TLP encuentre un tratamiento adecuado es que sus familiares inicien el camino a través del entrenamiento en habilidades. El taller está abierto, de esta forma, a familiares de personas que ya están realizando tratamiento DBT así como a familiares en general que quieran obtener mejores formas de lidiar con las dificultades que enfrentan, estén sus seres queridos recibiendo otro tipo de tratamiento no DBT o ningún tratamiento.

La *estructura de los encuentros* se mantiene estable cada semana: se comienza con una práctica de conciencia plena con el objetivo de lograr aumentar la capacidad de estar presentes y atentos durante el encuentro y de aumentar las chances de práctica para la vida cotidiana, luego se revisa la tarea que realizaron durante la semana en donde el feedback tiene lugar, a continuación se imparte la nueva habilidad finalizando con la descripción de la tarea o actividad a realizar en casa durante la siguiente semana.

Los contenidos del entrenamiento

El foco está puesto en lograr aumentar las capacidades de las familias para afrontar de forma más efectiva los desafíos que enfrentan, mejorar su bienestar, reducir su sensación de sobrecarga y construir un ambiente mejor estructurado (más validante y efectivo) que ayude a la persona con desregulación emocional a lidiar con las dificultades de modo más saludable.

En la tabla 1 se presentan los temas y contenidos básicos de cada encuentro. Respondiendo a las

necesidades de las familias y de su ser querido con desregulación emocional, fueron seleccionadas algunas habilidades de DBT que pudieran dar buena respuesta y herramientas para satisfacerlas.

Para aumentar la comprensión sobre el trastorno, sus manifestaciones típicas, su etiología y los datos que la investigación puede aportar, el entrenamiento incluye un componente de *psicoeducación*.

Para aumentar la capacidad de estar presente en el aquí y ahora con una postura de aceptación y no de rechazo, y ampliar el espacio para elegir comportamientos efectivos, el entrenamiento incluye habilidades de conciencia plena o *mindfulness* y habilidades de *aceptación radical*.

Para aumentar la capacidad de identificación, descripción y etiquetado de emociones, de modo de aumentar la comprensión y regulación de la propia experiencia emocional así como de la de los demás, el entrenamiento incluye habilidades de *educación en emociones*.

Para aumentar la capacidad de aceptación, de validación y de auto-validación emocional, el entrenamiento incluye habilidades de *validación*.

Para aumentar la comprensión de las conductas, sus disparadores y sus consecuencias e identificar potenciales formas de afectar el comportamiento propio y el de los demás, el entrenamiento incluye habilidades de *análisis y cambio conductual*.

Para aumentar la efectividad interpersonal y mejorar así la comunicación, el entrenamiento incluye habilidades de *comunicación efectiva*.

Para aumentar la efectividad de las respuestas de los familiares frente a situaciones de crisis y de riesgo, el entrenamiento incluye habilidades para *afrontar conductas de riesgo*

Para reducir la sensación de sobrecarga y el burnout del cuidador, el entrenamiento incluye habilidades de identificación y cuidado de *límites personales*.



Se ha llevado a cabo un estudio pre-experimental (Regalado, Pechon, Stoewsand & Gagliesi, 2011) para evaluar los efectos de este entrenamiento sobre los niveles de sobrecarga de los familiares, su calidad de vida, su nivel de malestar y el nivel de psicopatología. Los resultados arrojaron que tras la participación en el grupo hubo una reducción estadísticamente significativa en el nivel de sobrecarga y la gravedad de los síntomas de somatización y el índice global de malestar psicológico decrecieron significativamente. En la actualidad se están llevando a cabo nuevas investigaciones que permitirán continuar evaluando y mejorando este entrenamiento.

Cierre

En la actualidad este entrenamiento está siendo ofrecido en distintos países de Latinoamérica, dentro de los programas DBT que están en constante crecimiento y expansión.

Este entrenamiento, así como otros que hemos mencionado, intenta reflejar un enfoque integrativo en donde no sólo se presta atención a un desorden psiquiátrico como relevante sino que también se considera el contexto más amplio en el cual tiene lugar. Las intervenciones destinadas a influir sobre estos contextos han demostrado beneficios para todos los involucrados, familiares y consultantes y constituyen muchas veces la única intervención posible cuando la persona que padece se niega a realizar a un tratamiento. Es por esta razón que es importante y sumamente necesario diseñar, testear, ampliar y mejorar estas intervenciones para que cada vez sean más efectivas y accesibles.

Referencias

Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and Mental Health*, 9(1), 21–32. <http://doi.org/10.1002/pmh.1273>

Bartels, N., Crotty, T. (1998). A systems approach to treatment: The borderline personality disorder skill training manual. Winfield: EID Treatment Systems.

Bateman, A., Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. Oxford.: OUP.

Berkowitz, C. B., Gunderson, J. G. (2002). Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In W. R. McFarlane (Ed.), *Multifamily group treatment for severe psychiatric disorders* (pp. 268–290). New York: Guilford.

Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., Allen, J. (2013). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) group treatment for offenders with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 124–129.

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193–210. <http://doi.org/10.1023/B:JOC.0000036630.25741.83>

Blum, N., Pfohl, B., St John, D., Monahan, P., Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder - a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301–310.

Cohen, A. N., Glynn, S. M., Murray-Swank, A. B., Barrio, C., Fischer, E. P., McCutcheon, S. J., ... Dixon, L. B. (2008). The Family Forum: Directions for the Implementation of Family Psychoeducation for Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*, 59(1), 40–48. <http://doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.40>

Ekdahl, S., Idvall, E., & Perseius, K. I. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy: The experience of the significant others. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 235–241. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.002>



Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <http://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>

Fruzzetti, A. (2006). *The high-conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. New Harbinger Publications.

Groves, S., Backer, H. S., van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65–75. <http://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.00611.x>

Gunderson, J. G., Berkowitz, C., Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(4), 446.

Gunderson, J. (2008). *Family interventions and therapies Borderline personality disorder: A clinical guide*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., Swenson, C. (1999). Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training. *Family Process*, 38, 399–414. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x>

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(4), 469–78. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14979218>

Hoffman, P. D., & Fruzzetti, A. E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9(1), 68–73. <http://doi.org/10.1007/s11920-007-0012-z>

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(February), 69–82. <http://doi.org/10.1080/09638230601182052>

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16013747>

Hooley, J.M., Gruber, S.A., Parker, H.A., Guillaumot, C., Rogowska, J., Yurgelun-Todd, D. A. (2010). Neural processing of emotional overinvolvement in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1017–1024.

Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282. <http://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>

Lefley, H. P. (1987). The family's response to mental illness in a relative. *New Directions for Mental Health Services*, (34), 3–21. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3614184>

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: NY: Guilford Press.

McFarlane, W., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: Four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family Process*, 34, 127–144.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family*



Therapy, 29(2), 223–45. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12728780>

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, B. (2014). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.

Nakao, K., Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Tanaka, N., Yorifugi, K., Takaishi, J. (1992). Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 24–31.

Porr, V. (2010). *Overcoming Borderline Personality Disorder: A family guide for healing and change*. Oxford University Press.

Porr, V. (2015). *Overcoming Borderline Personality Disorder: A Family Guide for Healing and Change*. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 752–752. <http://doi.org/10.3109/01612840.2015.1047074>

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(3), 257–263. <http://doi.org/10.1080/13811110903044401>

Rathus, J. H., Miller, A. L. (2014). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Publications.

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157. <http://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>

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. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245–252.

Riso, L.P., Klein, D.N., Anderson, R.L., Ouimette, P. C. (2000). A family study of outpatients with borderline personality disorder and no history of mood disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 208–17.

Shenk, C. E., & Fruzzetti, A. E. (2014). Parental Validating and Invalidating Responses and Adolescent Psychological Functioning: An Observational Study. *The Family Journal*, 22(1), 43–48. <http://doi.org/10.1177/1066480713490900>

Song, L.-Y., Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1997). Predictors of Depressive Symptomatology Among Lower Social Class Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269–286. <http://doi.org/10.1023/A:1025090906696>

Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: Identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76–91. <http://doi.org/10.1037/a0023081>

Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de personas con desorden de la regulación de las emociones (2008), Stoewsand, C., Pechon, C., y cols. (Fundación Foro). Buenos Aires: unpublished work.

Winefield, H. R., & Harvey, E. J. (1993). Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(3), 619–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8235462>