

Autor: Beatriz Martín Cabrero. Psicóloga Clínica. Unidad de Psiquiatría Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Título: Grupo de familiares de personas con Trastorno Límite de Personalidad

RESUMEN: Se presenta una experiencia grupal dirigida a familiares de personas con trastorno límite de personalidad llevada a cabo en el Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer. El grupo se realiza durante seis meses con los objetivos generales de ampliar el conocimiento que tienen los familiares o personas que conviven con una persona con TLP sobre las características generales del trastorno; desarrollar los recursos personales para manejar las conductas disfuncionales del familiar con TLP; desarrollar los recursos personales para afrontar las propias alteraciones emocionales derivadas de las conductas del familiar con TLP; y, a través de los objetivos anteriores, proporcionar un clima familiar que favorezca el cambio y mejoría de la persona con TLP. Se explica el programa desarrollado de cuatro módulos y la metodología empleada, así como una descripción de las necesidades, motivaciones y expectativas de los familiares asistentes y de la dinámica grupal observada. A lo largo del artículo se hace referencia a estudios específicos publicados sobre las familias e intervenciones familiares en paciente límites.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, relaciones familiares, grupo de apoyo, psicoeducación, emoción expresada.

Título: Group of relatives of people with Borderline Personality Disorder

ABSTRACT: The following lines show a group experience with relatives of people with borderline personality disorder that took place in the Psychiatric Day Hospital of Hospital Son Llàtzer. The group has a duration of six months and its general objectives are to increase the knowledge of the relatives or the people who live with the person with BPD about the general characteristics of the BPD; to develop personal resources to deal with the dysfunctional behaviours of the relative with BPD; to develop personal resources to cope with the own emotional alterations that come from the behaviours of the person with BPD; and, through all of the former objectives, create a familiar climate that could favour the changes and recovery of the person with BPD. The article shows the developed programme of four modules and the methodology used, as well as a description of the needs, motivations and expectations of the relatives and the group dynamic observed. References to specific studies published about families and family interventions in borderline personality disorder are described throughout the article.

Key words: borderline personality disorder, family relations, support group, psychoeducation, expressed emotion.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ha aumentado considerablemente su presencia en las consultas psicológico-psiquiátricas y en las redes de salud mental públicas y constituye un reto para los profesionales (1). Es la categoría diagnóstica más estudiada del eje II del DSM-IV en los últimos 10 años (2). Sin embargo, las investigaciones sobre las familias de los afectados se han centrado en las experiencias de la infancia temprana y la visión de los pacientes, siendo muy escasos los estudios sobre la relación entre variables del ambiente familiar y el curso del trastorno (3).

A pesar de esta falta de investigación sobre la relación de estas dos variables, en la literatura se aconseja incluir en el tratamiento del TLP un abordaje familiar (1, 4, 5, 6, 7, 8, 9) y son múltiples las referencias de asociaciones de familiares y pacientes que ofrecen atención a las familias o de programas dirigidos a familiares en unidad específicas para trastornos de personalidad (9, 10, 11, 12, 13).

La razón fundamental es que existen claras necesidades de intervención en los familiares, así como en los pacientes en relación con su ambiente familiar. En contraste, los familiares de los pacientes con TLP son frecuentemente rechazados por los servicios (14,15). Han pasado de ser vistos como causante del trastorno, lo que explica para algunos autores (4, 9, 16, 17) parte de ese rechazo por parte de los profesionales, a ser considerados aliados terapéuticos, para lo cual necesitan ayuda y orientación (18) que están recibiendo de manera confusa (9). En un estudio de exploración de las vivencias de los familiares con metodología cualitativa (9), se señala la experiencia de los familiares de que las consultas con los profesionales son más bien una búsqueda de información por parte de estos últimos, más que una intervención que atienda algunas de sus necesidades.

Las necesidades de salud mental de los familiares están asociadas a su rol de cuidadores de un paciente con trastorno psiquiátrico (9, 16, 18, 19) y a la complejidad del trastorno. Los familiares se ven enfrentados a múltiples diagnósticos previos o por comorbilidad, a conductas altamente estresantes como autolesiones o intentos de suicidios, a las dificultades del sistema de salud mental; experimentan miedos intensos, culpa, sobrecarga emocional muchas veces sin resultados positivos a cambio, rechazo social, tensiones en las relaciones familiares y están en una continua búsqueda de una explicación de las conductas de su familiar. (9, 20) Los familiares se encuentran en la situación de tener deseos de cuidar y apoyar a sus familiares con el trastorno, aunque con la idea de que éste no debe ser excesivo, y a la vez temiendo las consecuencias de esta separación (9). Esta tarea que tienen que hacer los familiares de buscar el equilibrio entre estos dos polos no es algo que el profesional pueda evitar, pero si es necesario que los profesionales comprendamos la difícil tarea que tienen entre manos, y que facilitemos las condiciones para ayudarles a encontrar las claves que les permitirán conocer cuál es el equilibrio óptimo en su propia familia y en sus propias circunstancias.

Los programas de intervención familiar deben basarse en las características y necesidades específicas de estas familias y se debe ser cauteloso a la hora de sacar conclusiones basadas en estudios sobre otros grupos diagnósticos que pueden no tener que ver con el TLP (3).

Los programas existentes suelen incluir psicoeducación, apoyo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y comunicación familiar (1, 6, 11, 21). A modo de ejemplo es reseñable el programa desarrollado por Fruzzetti y Hoffman (22), que consta de seis módulos: 1) información actualizada sobre el TLP (síntomas, pronóstico...); 2) psicoeducación sobre el desarrollo del TLP, tratamientos disponibles, comorbilidad y una introducción a la desregulación y reactividad emocional; 3) habilidades individuales

y de relación para favorecer el bienestar emocional de los participantes (incluyendo automanejo emocional, mindfulness, actitud no enjuiciadora, reducción de la vulnerabilidad a la emoción negativa y reducción de la reactividad emocional); 4) habilidades familiares para mejorar la calidad de las interacciones (reducción de la culpa y la rabia, habilidades de aceptación); 5) autoexpresión emocional adecuada y efectiva (cómo validar); 6) habilidades de solución de problema (definición efectiva de problemas, solución de problemas en colaboración, distinguir cuándo centrarse en la aceptación y cuándo en el cambio). (22).

Hoffman *et al* (21) evaluaron los resultados de aplicar este programa educativo manualizado de 12 semanas de duración en 44 familiares. El programa es conducido por familiares que lo habían realizado previamente y habían superado un curso de entrenamiento específico en la conducción del grupo. Los resultados muestran una reducción en dolor emocional y sobrecarga y un aumento en su desempeño frente al problema.

Intentando contribuir a un mayor esclarecimiento de las características de las familias de pacientes con TLP y las intervenciones centradas en sus necesidades, se presenta a continuación una descripción de los grupos de familiares puestos en marcha en el Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer.

METODOLOGÍA Y OBJETIVOS

Nuestro dispositivo inició los grupos de familiares de personas con trastorno límite de personalidad en noviembre del 2006, fecha desde la cual se han realizado tres grupos. Progresivamente se ha ido aumentando el número de meses del grupo, siendo en la actualidad de 8 meses. Gunderson (4) recomienda realizar un grupo no menor de 6 meses.

Las sesiones tienen una duración de hora y media cada quince días y son conducidas por una psicóloga clínica. El número de participantes oscila entre 10 y 20 familiares, sin que sea limitado a la familia nuclear.

En la tabla 1 se detallan los objetivos generales planteados y los módulos del programa que tratan de cubrir esos objetivos.

OBJETIVOS	PROGRAMA
Ampliar el conocimiento que tienen los familiares o personas que conviven con una persona con TLP sobre las características generales del trastorno	Módulo 1: psicoeducación
Desarrollar los recursos personales para manejar las conductas disfuncionales del familiar con TLP	Módulo 2: de “ventilación emocional” y apoyo Módulo 3: de inicio o facilitación de procesos de duelo

Desarrollar los recursos personales para afrontar las propias alteraciones emocionales derivadas de las conductas del familiar con TLP	Módulo 3: de inicio o facilitación de procesos de duelo Módulo 2: de “ventilación emocional” y apoyo
A través de los objetivos anteriores, proporcionar un clima familiar que favorezca el cambio y mejoría de la persona con TLP	Módulo 4: de entrenamiento en habilidades de comunicación y de manejo
Tabla 1: objetivos y módulos del programa	

Los objetivos han sido elaborados teniendo en cuenta las necesidades de los familiares. Al inicio de los grupos y/o en una entrevista previa que en ocasiones se ha podido realizar, los familiares expresan su motivación para participar en un grupo de estas características:

- Entender a su familiar: distinguir qué es enfermedad y qué es su carácter, dudas sobre su comportamiento (si hay síntomas exagerados o simulados, si se escudan en su “enfermedad”), dudas sobre síntomas (en relación a la agresividad: “¿hasta dónde puede llegar?”)
- Mejorar las relaciones con su familiar y saber cómo actuar: “saber como tratarle”, disminuir las discusiones (“Noto que no le doy la ayuda necesaria”, “Darle esa parte de apoyo que le falta”), “saber hasta qué punto exigirle”, “saber hasta qué punto le puedes decir las cosas claras”, aprender a “controlar lo que digo” (enfado), “saber qué hacer, saber cómo calmarla”
- Búsqueda de apoyo: “no estar solo en esto”, “escuchar y que me escuchen”, “Ser comprendida, desahogarme”, “poder llevar esta situación lo mejor posible”, “encontrar esperanza, ayuda, apoyo”, “coger fuerza”
- Aprender sobre el trastorno, ya sea a partir de los profesionales (dudas sobre el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico) como del resto de los miembros del grupo (“ver los puntos de vista de los otros”, “ver cómo evolucionan otros casos”)

EL PROGRAMA

Como se ha apuntado anteriormente, los temas que son abordados en las sesiones se agrupan en cuatro grandes temas que constituyen los módulos del programa.

Los módulos están interrelacionados. Cada tema que señalan los módulos son aspectos trabajados en paralelo en cada sesión, ajustándose a las necesidades grupales e individuales que surgen en cada sesión. Las sesiones no están estructuradas, para permitir la flexibilidad que requiere atender y contener las emociones que van surgiendo.

Otra razón para no estructurar las sesiones es permitir la interacción entre ellos, factor definitivamente terapéutico y facilitador de la consecución de algunos de los objetivos propuestos.

Hay materiales escritos que sirven de recordatorio de algunos temas hablados en el grupo o que pueden suscitar preguntas o reflexiones para debatir durante la sesión.

Los materiales se entregan en la segunda sesión. En la tabla 2 se resume el contenido de los mismos y entre paréntesis la fuente a partir de la cual se elaboraron.

¿Qué es el Trastorno Límite de Personalidad (TLP)? (5, 6, 23, 24, 25)

¿Qué es un trastorno de personalidad?

¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad?

¿Cuál es la experiencia interna que tienen las personas con TLP?

¿Cómo se realiza el diagnóstico?

¿Cuándo consultan las personas afectadas y por qué?

¿Cuál es la causa?

¿Qué tratamientos existen?

¿Cuál es el pronóstico?

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

Decir adiós al “no puedo más” (5, 6, 23)

¿Por qué a veces nos sentimos tan mal con una persona con este trastorno?

¿Cómo actuar en esos momentos?

Desarrollando la capacidad de contención: guía para conversaciones “cargadas emocionalmente” (25)

Estableciendo límites de forma sana: guía para confrontar un comportamiento inaceptable (25)

Las crisis

Los mitos sobre el suicidio (26)

El riesgo de suicidio en el TLP

Cómo manejar situaciones que pueden llevar a una crisis: cómo actuar ante una amenaza de suicidio o ante una crisis de ira/llanto

15 claves para recordar (4)

Tabla 2: índice temático de los materiales escritos entregados al grupo

A continuación se explica cada módulo y algunos temas relevantes que los familiares han llevado al grupo:

Módulo 1: psicoeducación

En el grupo se da información sobre el trastorno a través de los materiales escritos y por la intervención de la conductora del grupo, cuya función principal es, cuando se considera pertinente, responder a preguntas directas que hacen los familiares sobre el trastorno y clarificar cuestiones que son objeto de debates entre familiares.

La información sobre el trastorno es fundamental. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los familiares son *expertos* en las *conductas* del familiar con el TLP. Son capaces de describir con gran detalle los pormenores de muchas secuencias de conducta del familiar, los antecedentes, los signos externos y síntomas visibles, e incluso las consecuencias. La información de la que carecen los familiares es aquella relacionada

con la experiencia interna del paciente, es aquella relacionada con la patología estructural más profunda. El objetivo general de este módulo es que puedan entender la “lógica” del TLP (los procesos cognitivos y la conducta externa visible) en base a la alteración en la regulación emocional (la intensidad y dificultades en la regulación emocional; los escasos recursos personales de afrontamiento derivados de esta alteración; los problemas en la identidad también derivados de esta alteración).

Hay que destacar que la mayoría tiene mucha información sobre el TLP también debido a su fácil acceso por Internet. Como suele ocurrir, esta información puede ser excesivamente técnica en un extremo, o confusa desde páginas de escasa fiabilidad en otro extremo. Esta información “sobradamente conocida” por los familiares (criterios del DSM-IV) resulta útil entregarla por escrito, porque al ver que su familiar con TLP encaja en un alto tanto por ciento en la descripción que allí se señala de manera ordenada, supone una base clara sobre la cual empezar a hablar.

Hoffman *et al* (27) encontraron que cuanto más conocimiento tenían las familias sobre el TLP mayores eran sus niveles de depresión, sobrecarga, angustia y hostilidad hacia los pacientes (aunque su estudio no permite descartar que no sea lo inverso: que las familias con mayores niveles de emoción negativa estén más motivadas para buscar información). Desde este punto de vista, un grupo que incluya la perspectiva de la terapia de apoyo e incluso la psicoterapia de grupo que les ayude a elaborar emocionalmente la información que reciben resulta más adecuado que plantear un grupo meramente psicoeducativo. En todo caso, la información que se les da a las familias debe ser cuidadosamente seleccionada en base a la utilidad de la misma para las familias y libre de toda culpabilización que no ofrezca la posibilidad de mirar para el futuro.

Sin embargo, aunque la información sea fiable y válida, no es fácil de entender este trastorno. Sólo hay que pensar en los debates sobre el TLP que tiene la comunidad científica. Lo que podemos aventurarnos a decir es que lo que los familiares necesitan conocer es el funcionamiento de la esfera emocional humana, que es el que está alterado en los TLP pero también es aquel que se altera al entrar en relación con alguien con TLP.

Cuando los familiares hablan sobre su familiar con el trastorno, se han dado dos tipos de situaciones: a veces se da una identificación entre los miembros del grupo, y otras una necesidad de diferenciarse del otro o dudas sobre el diagnóstico.

Las dudas o cuestionamientos del diagnóstico proceden en ocasiones de escuchar de los otros familiares descripciones de síntomas o conductas de su familiar con el trastorno que no presenta el suyo y que además producen rechazo, por ejemplo, conductas psicopáticas marcadas.

En relación al diagnóstico, también se dedica un tiempo para hablar de la comorbilidad y de la tendencia al mimetismo observada en los TLP probablemente derivada de una identidad sin construir, así como de la inevitable existencia de diferencias individuales aunque haya coincidencia en el diagnóstico.

El tema más importante que surge es “¿se trata de una enfermedad o es su forma de ser?”. La complicación del asunto es evidente si tenemos en cuenta que el debate también se da entre los profesionales. Contestar a esta pregunta es importante para los familiares porque para ellos supone entender si las llamadas “conductas manipulativas” son intencionadas o no, y por tanto saber si está justificado su enfado e intolerancia hacia ellas o no.

La idea que se transmite en el grupo es que se trata de una “enfermedad del carácter”, es decir, que posiblemente se puede decir que es ambas cosas, enfermedad y forma de ser. Ahora bien, emplear la palabra enfermedad puede llevar a un error de concepto que asocie “enfermedad” con “no intencionado” y con “hay que tolerar”.

Definirlo como una enfermedad o trastorno no quita al paciente su responsabilidad personal sobre determinadas conductas ni elimina del plan de tratamiento la meta tan importante de la autonomía.

Los familiares se sienten muchas veces manipulados y chantajeados, y quieren saber si es algo que los pacientes realizan consciente o inconscientemente. Tienen muchos ejemplos de situaciones en que se podría decir que los pacientes tienen conciencia plena de estar “manipulando” o engañando. Atendiendo a teorías que profundizan en la personalidad humana, es sabido que se trata de una defensa ante sentimientos que no son capaces de asumir, pero una vez más, “mecanismo defensivo” no es sinónimo de “tener que ser tolerado”. Comprender esta perspectiva puede ayudar a los familiares a reducir sentimientos de rabia intensos, y a la vez redirigir esa rabia hacia la puesta de límites claros.

Veíamos que una de las dudas que traen al grupo es hasta qué punto pueden poner límites. La primera tarea es que los familiares comprendan la necesidad de que en el entorno del paciente existan límites, como una forma de protegerse ellos mismos de conductas inaceptables pero también como una forma de crear un entorno que ayude a la persona con TLP, posibilitando una incorporación de esos límites externos a su mundo interno y calmando así algunas de sus angustias.

Otras cuestiones que surgen en el grupo son reflexiones sobre el inicio del trastorno (brusco o gradual); el pronóstico (qué pueden esperar de los tratamientos, el miedo a que la no colaboración del paciente perjudique seriamente su evolución, la idea extendida de que con el tiempo el trastorno se mitiga, etc); y las causas. A partir de la información que se les da, los familiares pueden elaborar o hacer hipótesis sobre su caso personal basado en sus propias historias biográficas. En el grupo se transmite la idea de que no hay certezas y que toda información dada es provisional y sujeta a teorías con cierto consenso científico pero no comprobadas empíricamente. Se trata de dar información que pueda ampliar la visión del familiar y encauzarlo hacia mejoras en el futuro; todo lo que no permita una mayor comprensión y aumento de posibilidades de acción no merece la pena ser verbalizado. En este sentido se omiten por ejemplo estadísticas sobre abuso sexual en TLP o datos similares que no contribuyen al cambio del familiar.

Módulo 2: de “ventilación emocional” y apoyo

Los familiares tienen una gran necesidad de relatar cómo son sus familiares con TLP. Las primeras sesiones de los grupos son una presentación libre que desde el principio y de forma espontánea consiste en describir con mucho detalle y con alta resonancia emocional las situaciones conflictivas con sus familiares. Hay una necesidad de ser escuchados por los profesionales y por el resto del grupo, y una esperanza de poder ser comprendidos en su sufrimiento diario.

La sobrecarga emocional de los familiares es muy alta. Es lógico suponer que se da una interacción entre rasgos temperamentales de los familiares y el ambiente de convivencia que se genera con un paciente con TLP, si bien sería una cuestión que requeriría más investigación. Partiendo de la teoría biosocial del TLP, que postula que las personas con TLP nacen con una vulnerabilidad biológica que consiste en una hiperreactividad a los estímulos emocionales, una respuesta intensa a los mismos y una vuelta lenta a la calma después de la excitación emocional (28), cabría pensar que una alto porcentaje de progenitores también podrían presentarla en menor grado. Por otra parte, el entorno podría influir de tal manera que se advierte (28) de que las dificultades emocionales del niño podrían contribuir a generar un ambiente invalidante, que en

origen no lo era, por las dificultades educativas que plantean los niños con esa vulnerabilidad emocional. En todo caso, la convivencia con una persona con TLP produce un contagio emocional, una respuesta emocional continua a las dificultades que presentan estos pacientes.

No es el objetivo de este trabajo dilucidar las relaciones causales entre esos factores ni esclarecer la etiología del TLP, si bien estas breves reflexiones pretenden destacar el hecho de que el trabajo emocional con las familias es un punto fundamental que debe ser integrado en cualquier programa destinado a las familias (3, 29, 30).

Una de las funciones principales del grupo es atender esa sobrecarga emocional, partiendo de la base de que esa “saturación”, ya sea causa o consecuencia de conflictos, constituye un obstáculo en el tratamiento de los pacientes y una merma de la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Los miembros del grupo promueven un espacio de apoyo donde pueden expresarse, ser escuchados y comprendidos.

El conductor del grupo explicita lo mencionado en el párrafo anterior, en definitiva, la premisa “cuidar al cuidador” como forma de ayudar al que es cuidado, haciendo que la persona que convive con él/ella pueda utilizar sus recursos con mayor efectividad.

Este aspecto ha llamado la atención de los investigadores a través del concepto de Emoción Expresada, aplicado originariamente a la esquizofrenia y posteriormente a diversos trastornos psiquiátricos. Son escasos los estudios sobre este concepto y el TLP. Hooley y Hoffman (3) han estudiado la validez predictiva de este constructo en los resultados clínicos del paciente con trastorno límite. Encontraron que cuanto más sobreimplicación emocional familiar, mejores resultados clínicos obtenía su familiar con TLP en el año posterior al alta del tratamiento recibido, y que el nivel de criticismo no estaba relacionado con las recaídas. Estos autores se plantean el significado del concepto de sobreimplicación emocional que pueda explicar los resultados, e hipotetizaron que esta sobreimplicación puede ser vivida por el TLP como una forma de cuidado. Los familiares sobreimplicados no minimizarían o ignorarían el sufrimiento del paciente, lo cual podría ser una forma de validación e incluso una señal de seguridad frente al miedo al abandono. Aunque los mismos autores confirman la provisionalidad de los resultados hasta que puedan ser replicados, son estudios que merecen ser tenidos en cuenta a la hora de poner en marcha un grupo de familiares.

Al inicio del grupo hay una necesidad de hablar de todas las situaciones conflictivas vividas, y rápidamente se pone de manifiesto todo el registro de emociones que presentan los familiares. En ocasiones, se observa la falta de conciencia del estado emocional en el que llegan ellos mismos al grupo. Que los familiares pasen por el proceso de identificar sus emociones, asumirlas y elaborarlas para transformarlas, es mayor garantía de que puedan entender lo que le pasa a su familiar con TLP en cuanto al manejo de sus emociones.

En este sentido merece la pena mencionar el estudio de Guttman y Laporte (29) sobre la empatía en familias de mujeres con TLP, mujeres con anorexia nerviosa y mujeres sin diagnóstico psiquiátrico. Diferencian la capacidad para la empatía en general de las familias, de la empatía dirigida específicamente al paciente. Los padres de las mujeres con TLP eran los menos empáticos comparados con los padres de mujeres con anorexia nerviosa y de mujeres sin diagnóstico psiquiátrico. Los resultados, derivados en parte de la autoevaluación realizada por los padres, apuntan a que presentan una baja capacidad para la empatía en general, y en concreto el componente de “empatía intelectual” relacionada con la habilidad de reconocer los sentimientos del otro sin estar experimentándolos en ese momento.

Estos autores consideran que su estudio tiene evidentes implicaciones clínicas: en primer lugar, la necesidad de prestar atención a los déficits de los familiares en este aspecto y de desarrollar métodos que promuevan respuestas empáticas en los padres, utilizando técnicas de “inversión de roles” para ponerse en el lugar del otro que les permita empalizar con su familiar con el trastorno.

Es destacable el hecho, también mencionado por ellos, de que las respuestas empáticas hacia el familiar con el trastorno son difíciles de sentir si las expectativas sobre su conducta son inadecuadas o si las creencias sobre la naturaleza del problema giran en torno a la dimensión de “maldad-bondad” de la persona y no en términos de alteración psíquica. Por este motivo, es fundamental abordar y elaborar estos aspectos a la vez que ofrecer técnicas para entrenar esas habilidades.

También se ponen de manifiesto creencias derivadas de esas emociones (culpa, miedo, vergüenza, enfado, tristeza). Los familiares necesitan la validación de esos sentimientos, si bien necesitan comprender la necesidad de atenderlos y disminuir su intensidad, para que puedan cuestionar creencias que refuerzan el problema de su familiar con TLP, por ejemplo, la creencia de que *"es mi responsabilidad resolver todos los problemas de la otra persona, y si yo no puedo hacerlo, entonces nadie va a poder"* o *"si le puedo convencer de que tengo razón, estos problemas van a desaparecer"* (23)

En la dinámica grupal se observa un giro desde las primeras fases en las que los familiares quieren que su familiar con el trastorno sea el que cambie para ellos poder estar mejor, hasta otra fase en la que se dan cuenta de la necesidad de cambio de ellos mismos, tanto para estar mejor a pesar de las dificultades como para ayudar al familiar con TLP a que cambie.

Módulo 3: de inicio o facilitación de procesos de duelo

A partir de las conversaciones grupales sobre sus propias emociones se facilita esa identificación, asimilación y elaboración emocional de que hablábamos anteriormente. Los familiares llegan con múltiples duelos pendientes. Estos son algunos de los duelos que están abiertos:

- Duelos relacionados con el trastorno del paciente:
 - Proceso de aceptación de que su familiar tiene un trastorno que conlleva muchos déficits y dificultades, siendo en ocasiones incapacitante
 - Proceso de aceptación de que es una enfermedad crónica de pronóstico “incierto”
 - Proceso de aceptación de que es una enfermedad del “vínculo” o las “relaciones”, en la que hay “conductas manipulativas” que les afectan directamente
 - Proceso de aceptación de que ellos no podrán “quitarle” la enfermedad
 - Proceso de aceptación de que los profesionales y los servicios socio-sanitarios tienen limitaciones en la actualidad

- Duelos en relación a aspectos de sí mismos:
 - Proceso de aceptación de que quizá hay cosas que no han hecho / hacen bien, para poder mirar hacia el futuro
 - Proceso de aceptación de la necesidad de realizar cambios en ellos mismos para poder convivir con el familiar con TLP
 - Proceso de aceptación de la necesidad de mantener una distancia óptima del problema (conseguir una separación del paciente, o una toma de

- conciencia de la necesidad de separación, que en el caso de los padres y madres supone una tarea larga y dura)
- Proceso de aceptación de una vida limitada por el trastorno de su familiar

El acercamiento al logro de los objetivos señalados al principio será mayor en tanto en cuanto el grupo sea capaz de facilitar el progreso de estos procesos de duelo. Para esto resulta de más utilidad una composición del grupo que incluya no sólo padres y madres, sino también hermano/as, tío/as y/o esposo/as.

Módulo 4: de entrenamiento en habilidades de comunicación y de manejo

Los familiares están muy confusos sobre la mejor forma de tratar al paciente, porque lo que a veces funciona otras veces no, en relación lógica con la inconsistencia e inestabilidad del paciente límite, o porque estímulos aparentemente insignificantes pueden provocar reacciones emocionales en el paciente que el familiar juzga desproporcionadas. También influye en este no saber qué hacer el que en momentos de crisis tienen la sensación de que cualquier cosa que hagan o digan no contribuye a calmar al paciente, sino a veces todo lo contrario. Por estas razones, los familiares llegan con la sensación de estar haciendo algo mal o de que nada de lo que hacen sirve para ayudar a su familiar con el trastorno.

En el material escrito que se les entrega al inicio se dan pautas directas, como vemos en la tabla 2, sobre el desarrollo de la capacidad de contención, la puesta de límites y el manejo de las crisis.

Estos “consejos” intentan cubrir una de las motivaciones señaladas anteriormente que tienen los familiares a la hora de empezar esta experiencia grupal, que es la de responder a la pregunta de “¿qué hago?” en diferentes situaciones conflictivas o muy cargadas emocionalmente.

Sin embargo, hay varios aspectos que aclarar en este punto. Si bien lograr una comunicación y un manejo de crisis facilitadores o no obstaculizadores de la relación y el tratamiento de su familiar es uno de los objetivos del programa, la manera de lograr este objetivo se realizaría de forma indirecta. Esta forma indirecta consistiría en prestar más atención al componente emocional que está impidiendo que los familiares pongan en marcha esos estilos comunicativos y esas habilidades de manejo.

Cuando un familiar plantea una dificultad o conflicto concreto que puede ser de interés para todo el grupo, merece la pena detenerse a analizar la situación. El conductor del grupo hace una indagación detallada de la situación: quiénes estaban, dónde, cuándo, qué había pasado esa semana, qué hacían minutos antes, qué paso después, cómo reaccionó el paciente, qué pensó y sintió el familiar, cómo reaccionó el familiar, cómo reaccionó el paciente ante la reacción del familiar, qué consecuencias a largo plazo tuvo, etc. Esta forma de proceder permite, en primer lugar, tener una idea clara del problema que oriente sobre la intervención a realizar en ese momento por el conductor del grupo y, más importante, que el resto de familiares puedan tener la escena en la cabeza, aunque siendo protagonizada por otros, lo cual les permite pensar con una distancia emocional más óptima. En segundo lugar, y ligado a esto último, el mismo proceso de analizar la situación desde cierta distancia permite que el grupo o el familiar implicado puedan llegar a conclusiones por sí mismo/s sobre qué hacer y puedan tomar mayor conciencia de lo que interfiere en el proceso que dependa de ellos, habitualmente, sus propias emociones intensas no identificadas ni controladas.

Una ventaja de trabajar desde este punto de vista es que se refuerza el componente de apoyo de esta experiencia grupal, al reducir la carga que supone para los

familiares intentar realizar algo que no se sienten capaces de realizar. Por ejemplo, cuando los profesionales decimos a los familiares que pongan un límite a su familiar con TLP puede suponer un carga mayor, en tanto en cuanto se les está pidiendo que hagan algo que es evidente que no son capaces de hacer. Por tanto, se suma a la sobrecarga emocional que ya tienen los familiares y no contribuye a ayudar al familiar ni al paciente. Quizá lo que produce es que se refuerce su inconsistencia: poniendo el límite a una conducta del paciente cuando se sienten con fuerzas justificándolo por ser una “prescripción facultativa”, y otras veces permitiendo esa misma conducta porque el paciente insiste y toca el punto débil de su familiar (haciéndolo sentir culpable, por ejemplo).

Lo que puede resultar más útil transmitir es la necesidad global de poner límites a la conducta del paciente, sin que exista una prisa o una prioridad establecida por el profesional. Es decir, primero el familiar tiene que comprender la utilidad de la puesta de límites en la relación y en la psicopatología del TLP. Posteriormente, debe *decidir* dar ese giro a la relación, para lo cual es necesario que el familiar se de cuenta de los propios sentimientos que influyen en su dificultad para poner los límites (suele ser culpa y miedo) y abordarlos de forma que no sean tan intensos como para determinar su conducta. Finalmente, se daría la puesta en marcha del nuevo estilo conductual, que tendría que ser aplicado de forma progresiva para que tenga un sentido. Para ello, se recomienda establecer una lista de prioridades: corresponde decidir al familiar qué es lo que él quiere en esa relación, qué conductas no va a tolerar y cuáles sí. El éxito será más probable si es el familiar el que elige sobre qué aspectos poner límites claros en base a lo que se siente más capaz de realizar dados sus recursos de ese momento particular.

Así que en el grupo se dan pautas concretas como orientación respecto a qué hacer, destacando siempre que debe estar basado en sus propias elecciones y decisiones. Y para elegir y decidir es necesario la “ventilación emocional” y el inicio o facilitación de procesos de duelo. De esta manera vemos la no linealidad de los módulos, sino su interrelación.

Por otra parte, no hay que descartar que las familias tengan un déficit real de determinadas habilidades (y no solamente una interferencia de las emociones en la puesta en práctica de esas habilidades), lo cual deberá ser dilucidado por investigaciones empíricas. Una primera aproximación es el estudio de Gutman y Laporte (29) mencionado anteriormente, que apunta a un déficit en la capacidad de empatía por parte de los padres. En el grupo que se está llevando actualmente en nuestro hospital, un familiar mostró especial interés en conocer el tratamiento que se les estaba dando a los pacientes con TLP (que es la terapia grupal dialéctico-conductual). La conductora del grupo se comprometió a explicar brevemente el tratamiento (ya que daría pie a hablar de los déficits del paciente) y no descarta la posibilidad de hacerlo de forma experiencial, es decir, enseñando esas mismas habilidades a las familias de la manera en que se hace para los pacientes, algo que ya está descrito en la literatura. Hoffman, Fruzzetti y Swenson (30) describen un programa de intervención familiar breve llamado “terapia dialéctico-conductual – entrenamiento de habilidades para familias” en el que se enseña a los miembros de la familia habilidades interpersonales y de regulación emocional basado en el programa de Linehan.

CONCLUSIONES

En la literatura se enfatiza la necesidad de realizar un abordaje integral para el tratamiento del TLP, incluyendo alguna forma de tratamiento a las familias. A pesar de los escasos estudios que relacionen las características de las familias y el curso del

trastorno que puedan orientar el desarrollo de los programas de tratamiento, se han puesto en marcha múltiples iniciativas que tienen como eje la psicoeducación, el apoyo y el entrenamiento en diversas habilidades.

El programa del grupo para familiares para personas con TLP que se puso en marcha en noviembre del 2006 en el Hospital de Día de Psiquiatría del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca incluye cuatro módulos que se corresponden con los objetivos generales del grupo: 1) Psicoeducación, para aumentar el conocimiento de los familiares sobre el TLP; 2) Ventilación emocional y apoyo, para contribuir a la disminución de la sobrecarga emocional y conocer las alteraciones emocionales de los familiares; 3) Facilitación de procesos de duelo, para ayudar al familiar a identificar sus propias emociones y elaborarlas, con el objetivo último de utilizar con mayor efectividad sus recursos de afrontamiento del trastorno; 4) Entrenamiento en habilidades de comunicación y manejo de crisis, para favorecer un clima familiar lo más terapéutico posible para el paciente.

En la preparación de este grupo se han tenido en cuenta los resultados de algunos estudios que se han dirigido específicamente a estas familias: por ejemplo, en relación con el componente psicoeducativo, el aumento de angustia y sobrecarga inicial en los familiares al tener más información del trastorno (27); en relación a sus vivencias emocionales y su influencia en el paciente (3, 9); sobre las habilidades de identificación y autocontrol de sus emociones de los propios familiares (29, 30)

Estos estudios y la experiencia grupal llevada a cabo en el Hospital Son Llàtzer sugieren que las necesidades de los familiares con TLP son mejor abordadas dentro de un grupo de terapia de apoyo más que en un grupo meramente psicoeducativo, ya que sus necesidades giran en torno a la posibilidad de expresión emocional sin culpabilización y orientación respecto a qué hacer basada en sus propias elecciones y decisiones. La experiencia grupal ha sido valorada por los miembros del grupo como muy positiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Paumard C, Rubio V, Granada JM. Programas especializados de trastornos de personalidad. *Norte de Salud Mental* 2007; 27: 65–72.
- (2) Paris J. *Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.
- (3) Hooley JM, Hoffman PD. Expressed Emotion and clinical outcome in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 1999 oct; 156(10): 1557-62
- (4) Gunderson JG. *El trastorno Límite de Personalidad: Guía clínica*. Barcelona: Ars Médica; 2002.
- (5) Mosquera D. *Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares*. Madrid: Ediciones Pléyades; 2004.
- (6) Mosquera D. *Diamantes en Bruto II. Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Programa estructurado para profesionales*. Madrid: Ediciones Pléyades; 2004.
- (7) Hoffman PD, Fruzzetti AE. Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Curr Psychiatry Rep* 2007 Feb;9(1):68-73.
- (8) Berkowitz CB, Gunderson, JG. Multifamily psychoeducational treatment of borderline personality disorder. In McFarlane WR, editor. *Multifamily groups*

- in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press; 2002, p. 268-290.
- (9) Giffin J. Family experience of Borderline Personality Disorder. Australian and New Zealand Journal of family Therapy 2008; 29(3): 133-138.
 - (10) Grupo de Trabajo TLP de la Asociación de Enfermos Mentales FEAFES Valladolid – El Puente. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). [citado 17 oct 2008] Disponible en: URL: <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm>
 - (11) del Calvario B. Trabajo con familias en ALAI-TP: intervención psicoeducativa [citado 4 dic 2008] Disponible en: URL: <http://www.alai-tp.com/alai/revistas/Revista02/revista2Difusion.html>
 - (12) Apfelbaum S, Gagliesi P. El trastorno límite de Personalidad: consultantes, familiares y allegados. Vertex 2004; XV(58): 295-302.
 - (13) Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de Personalidad. TLP y familia. [Citado 16 nov 2008]. Disponible URL: www.alai-tp.com
 - (14) Glick ID, Loraas EL. Family treatment of borderline personality disorder. En MacFarlane MM, editor. Family therapy and mental health: Innovations in theory and practice. New York: Haworth Clinical Practice Press; 2001, p. 135–154
 - (15) Harman MJ, Walso M. Family treatment of borderline personality disorder through relationship enhancement therapy. En MacFarlane MM, editor. Family therapy and mental health: Innovations in theory and practice. New York: Haworth Clinical Practice Press; 2001, p. 215–235
 - (16) Gunderson J, Lyoo I. Family Problems and Relationships for Adults with Borderline Personality Disorder. Harv Rev of Psychiatry 1997; 4 (5): 272-278.
 - (17) Hoffman P, Buteau E, Fruzzetti A. Borderline Personality Disorder: Neo-Personality Inventory Ratings of Patients and their Family Members. Int J Soc Psychiatry 2007; 53: 204-215.
 - (18) Hoffman P, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members knowledge about Borderline personality disorder: correspondence of their level of depression, burden, distress and expressed emotion. Fam Process 2003; 42 (4): 469-478.
 - (19) Schiers J, Bok S. Psychological Distress in Garetakers or Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder. Int J Soc Psychiatry 2007; 5d (5): 195-203.
 - (20) Penny D, Woodward M. Family Perspectives on Borderline Personality Disorder. In Gunderson J, Hoffman P, editores. Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Families. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2005.
 - (21) Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, *et al.* Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Fam Process 2005 Jun;44(2):217-25.
 - (22) Fruzzetti AE, Hoffman PD. Family Connections workbook and training manual. Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder; 2004.
 - (23) Apfelbaum S, Gagliesi P. Psicoeducación familiar en el trastorno límite de personalidad [citado 15 nov 2006] Disponible en: URL: <http://www.sin-limite.net>
 - (24) Stone MH. Tratamiento del trastorno límite de la personalidad: revisión de los abordajes psicoterapéuticos. World Psychiatry 2006 Abr; 4(1): 15-20

- (25) Recorriendo los límites. Guía práctica para familiares y pacientes con trastorno límite de personalidad. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2005.
- (26) Asociación Levantina de Ayuda e Investigación de los Trastornos de Personalidad. Los mitos sobre el suicidio. [citado 15 nov 2006] Disponible en URL: <http://www.alai-tp.com>
- (27) 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 emotion. *Fam Process*, 2003, winter; 42(4): 469-78
- (28) Linehan M. Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite. Barcelona: Paidós, 2003.
- (29) Guttman HA, Laporte L. Empathy in families of woman with borderline personality disorder, anorexia nervosa and a control group. *Fam Process* 2000; 39(3): 345-358.
- (30) Hoffman PD, Fruzzetti AE, Swenson CR. Dialectical behavior therapy--family skills training. *Fam Process* 1999; 38(4): 399-414.