



Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite

María V. Navarro-Haro¹, Nuria Pérez-Hernández², Susana Serrat¹ y Miquel Gasol-Colomina^{1,2}

¹Instituto Trastorno Límite, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

²Hospital Universitario General de Catalunya, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

Abstract: *Effectivity and acceptability of dialectical behavioral therapy skills training for family members of people with borderline personality disorder.* Social and family environment is fundamental in the development and maintenance of borderline personality disorder (BPD). Despite family members of people with BPD having more risk of suffering from psychological problems, there are no empirically-validated interventions for this population. Dialectical behavior therapy (DBT) has been adapted for families of people with BPD with promising results. The main goal of this study was to evaluate the effectivity and acceptability of a 25-session intervention based on DBT in a sample of 7 family members of people with BPD and in a Spanish context. Pre-post treatment changes were measured of the variables: emotional burden, depression, anxiety, difficulties in emotion regulation, and mindfulness skills were assessed. Preliminary results show significant improvements in anxiety, emotion regulation and mindfulness, and good acceptance of the intervention. This study may benefit the implementation of interventions for family members of people with BPD.

Keywords: Borderline personality disorder; family members; dialectical behavior therapy.

Resumen: El ambiente social y familiar es fundamental en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de personalidad límite (TPL). A pesar de que los familiares de personas con TPL tienen más riesgo de padecer problemas psicológicos, no existen intervenciones empíricamente validadas para esta población. La terapia dialéctica comportamental (*dialectical behavior therapy*, DBT) se ha adaptado para familiares de personas con TPL con resultados alentadores. El objetivo principal del estudio fue evaluar la efectividad y la aceptabilidad de una intervención de 25 sesiones basada en DBT en una muestra de 7 familiares de personas con TPL y en un contexto español. Se evaluaron los cambios pre-post tratamiento en las variables agotamiento emocional, depresión, ansiedad, desregulación emocional y atención plena. Los resultados mostraron mejoras significativas en ansiedad, regulación emocional y atención plena y una buena aceptación de la intervención. Este estudio podría favorecer la implantación de intervenciones para familiares de personas con TPL.

Palabras clave: Trastorno de personalidad límite; familiares; terapia dialéctico-conductual.

Introducción

El DSM-5 (APA, 2014) describe el trastorno de personalidad límite (TPL) como un patrón dominante de

inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una presencia de impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y está presente en diversas áreas de la vida de la persona. Este trastorno se asocia a una alta severidad psicopatológica y a un alto riesgo de suicidio (Oldham, 2006).

Los modelos etiológicos del TPL con más pruebas científicas defienden el rol fundamental del ambiente social y familiar en el desarrollo, mantenimiento, y recaídas, y/o remisión de los problemas asociados al TPL

Recibido: 20 de abril 2018; aceptado: 11 de septiembre 2018.

Correspondencia: María Vicenta Navarro, Instituto Trastorno Límite, Josep Trueta s/n, 08195 Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España. Correo-e: vicenta.navarro@hgc.es

Agradecimientos: Queremos agradecer la participación de las familias que colaboraron en este estudio, así como de los voluntarios que ayudaron en las tareas de investigación.

(Crowel, Beauchaine, y Linehan, 2009; y Linehan, 1993a; Fruzzetti y Fruzzetti, 2003; Fruzzetti, Shenk, y Hoffman, 2005). El modelo biosocial (Crowel et al., 2009, Linehan, 1993a) postula que el TPL es el resultado de una desregulación emocional persistente, consecuencia de la interacción entre una vulnerabilidad emocional de base biológica y un ambiente invalidante que responde de forma errática o exagerada a las experiencias internas de la persona, negándolas o atribuyéndolas a rasgos negativos de personalidad. En esta línea, el modelo transaccional (Fruzzetti et al., 2005) enfatiza la interacción entre, por una parte, la alta reactividad emocional y las interpretaciones negativas de la persona, que suelen provocar respuestas emocionales inadecuadas de la persona hacia el entorno y, por otro lado, la invalidación problemática que hace el entorno de las emociones de la persona con TPL. Sin embargo, a pesar de que en los últimos años se han desarrollado estrategias psicológicas basadas en la evidencia que nos ayudan a mejorar la psicopatología del TPL y su vulnerabilidad biológica de base, todavía hay un escaso número de investigaciones sobre como intervenir con el entorno de la persona y, en concreto, el entorno familiar.

Los familiares de personas con un trastorno mental tienen riesgo de padecer depresión, sobrecarga emocional, duelo y aislamiento (Greenberg, Seltzer, y Greenley, 1993; Hoffman et al., 2005). Por ejemplo, los resultados de un estudio mostraron que los familiares de personas con trastorno mental grave presentaban hasta el doble de malestar psicológico (ansiedad, depresión e insomnio) que la población general (Oldridge y Hughes, 1992). En concreto, los familiares de personas con TPL tienen que hacer la función de “terapeutas informales” en las crisis (p.ej., llamadas relacionadas con conductas suicidas) y no están cualificados para ello (Hoffman, Fruzzetti, y Buteau, 2007). Al mismo tiempo, estos familiares presentan sus propias vulnerabilidades ya que a menudo han vivido en ambientes invalidantes (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, y Chauncey, 1990).

Por otro lado, la literatura científica indica que la eficacia de los tratamientos individuales para personas con psicopatología grave aumenta cuando, de forma conjunta, se realizan intervenciones con toda la familia (Dixon et al., 2001). Por ejemplo, en un estudio se encontró que los niveles altos de implicación emocional de los familiares estaban significativamente relacionados con mejores resultados al año de seguimiento en personas diagnosticadas con TPL que recibían tratamiento (Hooley y Hoffman, 1999).

En la última década se ha discutido la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para abordar el ambiente familiar/relacional de las personas con TPL.

La terapia dialéctica comportamental (*dialectical behavior therapy*, DBT; Linehan, 1993a, 1993b, 2015) ha demostrado una amplia eficacia para el tratamiento del TPL (Stoffers et al., 2012) en diferentes poblaciones, incluida la población española (p.ej., Navarro-Haro et al., 2018; Navarro-Haro, Jorquera, García-Palacios, Bottella, 2010; Soler et al., 2009). Este tratamiento se considera a día de hoy un tratamiento transdiagnóstico para trastornos relacionados con la desregulación emocional (ver Ritschel, Miller, y Taylor, 2013). El componente grupal del entrenamiento en habilidades de la DBT (Linehan, 1993b; Linehan, 2015) ha resultado eficaz para disminuir la depresión, la desregulación emocional y aumentar el funcionamiento en diferentes poblaciones clínicas (p.ej., Linehan et al., 2014; Soler et al., 2009) y no clínicas (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, y Pantalone, 2014; Wilks et al., 2017).

Aunque se necesitan investigaciones rigurosas con poblaciones diferentes a la estadounidense, la investigación sobre la eficacia de las intervenciones familiares basadas en la DBT muestra resultados alentadores. Actualmente, existen dos adaptaciones de la DBT a un formato familiar: el programa *Family Connections* (FC; Fruzzetti y Hoffman, 2004) y el entrenamiento en habilidades de la DBT en formato grupal llamado *Friends and Family* (F&F; Linehan, 2015). Mientras que el primer programa es una intervención específica para mejorar la relación entre el familiar y la persona con TPL, el segundo se centra en estrategias para el propio familiar como individuo así como para mejorar su relación con los que le rodean, incluyendo a la persona diagnosticada con TPL.

En primer lugar, FC® es una adaptación de la DBT que proporciona psicoeducación, entrenamiento breve en habilidades, y apoyo específico para familiares de personas con TPL. Este modelo de intervención propone un entrenamiento grupal en estrategias para expresarse de una forma más adecuada, validar al familiar con TPL (p.ej., comunicar entendimiento y aceptación de los sentimientos, pensamientos, deseos, acciones y experiencias de la otra persona; Fruzzetti y Fantozzi, 2008) y disminuir la invalidación (p.ej. negar, castigar o ignorar las experiencias de la otra persona) del familiar con TPL (Fruzzetti et al., 2005). Los estudios piloto que han evaluado el programa FC® indican mejorías en el duelo (i.e., *las experiencias cognitivas, emocionales y psicológicas como tristeza, dolor y pérdida asociadas a tener un familiar con trastorno mental*; Hoffman, 2005, p. 220), la sobrecarga emocional, el bienestar psicológico y la autoeficacia de los familiares tras recibir el programa (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Rajalin Wickholm-Pethrus, Hursti, y Jokinen, 2009). Por otro

lado, recientemente Flynn et al., (2017) llevaron a cabo un estudio no aleatorizado en Irlanda en el que compararon el programa FC® ($n = 51$) con un tratamiento habitual optimizado ($n = 29$). Los resultados mostraron que la FC® fue superior al tratamiento habitual optimizado en reducir tanto la sobrecarga subjetiva y objetiva como el duelo. Las mejoras se mantuvieron en los seguimientos (3, 12 o 19 meses) en el grupo FC®. Además, FC® como un programa añadido a la DBT estándar para personas con TPL, se ha sugerido que podría mejorar los resultados de la sintomatología del TPL (Fruzzetti y Boulanger, 2005), aunque más investigación en esta línea es necesaria.

En segundo lugar, el programa *Friends and Family* (F&F; Linehan, 2015) incluye el componente grupal de entrenamiento en habilidades de la DBT (DBT skills training; Linehan, 2015) para familiares de personas con trastornos de conducta (incluido el TPL) en una versión reducida (6 meses en vez de 1 año). Incluye cuatro módulos: regulación emocional, tolerancia al malestar, eficacia interpersonal y atención plena (*mindfulness*). Según Wilks et al. 2017, este entrenamiento en habilidades podría ser una intervención adecuada para familiares y cuidadores de personas con TPL ya que interviene directamente en el manejo de las propias experiencias emocionales del familiar y también enseña habilidades para mejorar las relaciones con los demás. Los resultados de un estudio piloto pre-post que evaluó el programa F&F para personas con trastorno mental (incluido el TPL) mostró una mejoría en la desregulación emocional, la reactividad al estrés y las variables interpersonales de los familiares (Wilks et al., 2017).

No tenemos conocimiento de estudios publicados que hayan evaluado estas adaptaciones de la DBT destinadas a familiares de personas con TPL en población española. Por ello, el objetivo principal del presente estudio fue evaluar la efectividad y la aceptabilidad de una intervención basada en la DBT para familiares de personas con TPL. La intervención se realizó en una unidad ambulatoria específica para el tratamiento de TPL y los participantes fueron españoles. Antes de la realización de la investigación se plantearon dos hipótesis principales: 1) tras realizar la intervención, los familiares de personas diagnosticadas de TPL obtendrán reducciones estadísticamente significativas en la sintomatología depresiva y ansiosa, la desregulación emocional y la sobrecarga emocional con el familiar, así como un aumento significativo en las habilidades de atención plena (*mindfulness*); y 2) los familiares de personas diagnosticadas de TPL aceptarán la intervención, lo que se medirá en función del número de abandonos.

Método

Diseño y procedimiento

El diseño del estudio fue cuasi experimental, pre-post e intra-sujeto y se realizó en un contexto natural (un centro de salud mental ambulatorio). El objetivo fue evaluar la aceptabilidad y los resultados preliminares de este estudio como una estrategia previa para, más tarde, llevar a cabo estudios con muestras más amplias que incluyan grupos controles.

Se seleccionaron a los familiares (p.ej., madre, padre, abuelos) y/o cuidadores (p.ej., pareja del paciente) que según el consenso del equipo clínico del centro (Unidad de Trastornos de la Personalidad, Hospital Universitario General de Cataluña) informaban de malestar o sobrecarga emocional con el familiar, o que interferían en el tratamiento de las personas con TPL que acudían a la unidad. Antes de comenzar la intervención, el terapeuta principal del entrenamiento grupal en habilidades para familiares realizó una entrevista individual con los familiares para conocer sus dificultades personales y las asociadas a la persona con TPL que acudía al centro, así como para informarles sobre los objetivos de la intervención y del estudio. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Para entrar en el grupo de intervención se les requería que se comprometieran a asistir al mismo para mejorar no solo el malestar asociado al paciente, sino también sus propios problemas. Esta estrategia fue utilizada para disminuir la tendencia de los familiares a culpabilizar al paciente con TPL de sus propios problemas.

Las medidas de autoinforme explicadas en el apartado de instrumentos fueron cumplimentadas por los participantes en la primera sesión (Pre-) y en la última sesión del grupo (Post-). Los participantes rellenaron los cuestionarios de forma voluntaria. No recibieron ninguna compensación por participar en el estudio. El comité ético del centro aprobó la realización del estudio.

Participantes

La muestra total de participantes estuvo compuesta por 10 familiares. Tres de ellos abandonaron el tratamiento por motivos relacionados con la incompatibilidad con sus horarios de trabajo y otras dificultades para mantener la asistencia al grupo. La muestra final de este estudio estuvo compuesta por 7 familiares de 5 pacientes adultos diagnosticados de TPL (57.1% madres y el porcentaje restante padres). La media de edad de los participantes fue de 52.2 años ($DT: 7.9$). En cuanto al estado civil, 71.4% estaban casados y 28.6% divorciados. El 57.1% tenía estudios superiores y el 42.9% medios.

Tres de los 7 participantes en el estudio habían asistido previamente a una intervención psicoeducativa de 2 meses sobre el TPL en el mismo centro. No obstante, habían realizado esta intervención hacía más de dos años. Los contenidos de la intervención grupal aplicada en este estudio no incluían ningún componente psicoeducativo, por lo que no pensamos que la asistencia previa de 3 participantes al grupo psicoeducativo pudiera ser un factor que contaminara los resultados de esta investigación.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados pretendían evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, la desregulación emocional, los niveles de sobrecarga emocional con el familiar y las habilidades de mindfulness. Los familiares fueron evaluados con los siguientes autoinformes antes y después de la intervención.

Inventario Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961; versión en español de Conde y Useros, 1975). Es uno de los instrumentos más utilizados a nivel clínico para valorar la depresión. Está compuesto por 21 descriptores que evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. El contenido de esta prueba enfatiza el componente cognitivo de la depresión, representado con 15 descriptores. Los síntomas de tipo somático constituyen el segundo bloque de mayor peso representado por 6 ítems de sintomatología somática. Sus índices psicométricos han mostrado una buena consistencia interna (rango de alfa de Cronbach 0.76 – 0.95; Sanz y Vázquez, 1998).

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberg, Gorsuch, y Lushene, 1986; versión en español de Conde y Franch, 1984). El inventario contiene dos escalas, una para medir la ansiedad estado y otra para medir la ansiedad rasgo, con 20 ítems cada una. La ansiedad estado se refiere a una tendencia relativamente estable a percibir las situaciones como amenazantes. La ansiedad rasgo es la ansiedad experimentada en un momento concreto. La fiabilidad test-retest para población española ha mostrado una puntuación alta de 0.81 y la consistencia interna oscila entre 0.83 y 0.92 (Guillén, 2014).

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (Difficulties of Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004; versión en español de Hervás y Jódar, 2008). Es un instrumento diseñado para evaluar aspectos del proceso de regulación emocional en los que pueden existir dificultades. La versión española consta de 28 ítems que se agrupan en cinco subescalas: desaten-

ción emocional (falta de conciencia emocional), confusión emocional (falta de claridad emocional), rechazo emocional (no aceptación de experiencias emocionales), interferencia cotidiana (dificultad en centrarse en conductas centradas en objetivos cuando se está emocionalmente activado) y descontrol emocional (dificultad de controlar los impulsos). Esta escala ha mostrado pruebas científicas de las buenas propiedades psicométricas de la versión española (alfa Cronbach de 0.93 para la puntuación total y un rango de 0.78 a 0.93 para las subescalas; Hervás y Jódar, 2008).

Adaptación del *Maslach Burnout Inventory* para familiares (MBI, Maslach y Jackson, 1981; Linehan, 2012, adaptado para familiares, resultados no publicados). Este cuestionario, que se utilizó para evaluar el agotamiento emocional con el familiar, pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el síndrome de quemarse o *burnout*. La escala original estaba constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones y su función era medir el desgaste profesional. Para este estudio se utilizó la versión de Linehan para evaluar *burnout* con el familiar. El cuestionario Maslach mide los 3 aspectos del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Para este estudio solo utilizamos la escala de agotamiento emocional. La subescala de agotamiento emocional valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del familiar. Este instrumento ha mostrado buenos resultados de fiabilidad para la escala de agotamiento emocional (alfa de Cronbach=0.93) en su versión en inglés (Iwanicki y Schwab, 1981).

Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (*Five Facets of Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, y Toney, 2006; versión en español de Cebolla et al., 2012). Este cuestionario se compone de 39 ítems que miden cinco facetas o factores del mindfulness: *observar* (notar o atender a las experiencias internas y externas como las sensaciones, los pensamientos, o las emociones); *describir* (poner palabras a las experiencias internas); *actuar con conciencia* (focalizarse en las actividades de uno mismo en el momento en vez de comportarse mecánicamente); *no juicio de la experiencia interna* (tomar una postura no evaluativa hacia pensamientos y sentimientos); y *no reactividad a la experiencia interna* (permitir a los pensamientos y sentimientos ir y venir, sin dejarse atrapar o dejarse llevar por ellos). Los ítems puntúan en una escala tipo Likert desde el 1 (“nunca o muy raras veces”) a 5 (“muy frecuentemente o siempre”). Se ha validado la versión española de este cuestionario mostrando una buena consistencia interna y fiabilidad (rango de alfa Cronbach entre 0.80 y 0.91; Cebolla et al., 2012).

Intervención

El formato de la intervención que recibieron los familiares fue un entrenamiento en habilidades grupal y constó de 25 sesiones semanales de dos horas de duración, que se extendieron durante un período de 6 meses. La estructura fue similar a la del programa *Friends and Family* (basado en el entrenamiento en habilidades de la DBT, Linehan, 2015). Al igual que en el estudio de Wilks et al., 2017, este programa se redujo a 6 meses (el entrenamiento en habilidades de la DBT estándar dura 1 año, Linehan, 2015) ya que la muestra no presentaba sintomatología tan grave como la población clínica y los resultados de investigaciones con población menos grave apoyan esta modificación (Valentine et al., 2014). El programa *Friends and Family* incluye un entrenamiento en habilidades con 4 módulos principales que se focalizan en combinar estrategias basadas en la aceptación (mindfulness y tolerancia al malestar) con estrategias basadas en el cambio (regulación emocional y eficacia interpersonal). Al igual que en el entrenamiento en habilidades de la DBT estándar, el módulo de mindfulness se realiza al principio del tratamiento y se repite después de cada módulo.

La terapia grupal se llevó a cabo por dos psicólogas de la Unidad de Trastornos de la Personalidad (Instituto Trastorno Límite) del Hospital General de Catalunya. La terapeuta principal fue MN, doctora en psicología, especializada en terapia dialéctica comportamental, con experiencia en el programa *Friends and Family* y formada en FC®. La coterapeuta fue NP, licenciada en psicología y con certificación como Terapeuta Sistémica y formada en el formato grupal de entrenamiento habilidades por MN.

La primera parte de las sesiones (1 hora de duración aproximada) comienza con un ejercicio de *mindfulness*, seguido del repaso de tareas para casa. Tras un descanso de 10-15 minutos se lleva a cabo la segunda parte, que consiste en la enseñanza de una nueva habilidad con la correspondiente asignación de tareas para casa. La sesión se cierra pidiendo a los integrantes del grupo que expresen sus observaciones sobre lo que han notado durante la sesión, sin juzgar. Con el objetivo de incrementar la cohesión grupal, y dada la dificultad de los familiares de expresar temas personales, no se siguió la estructura modular del entrenamiento estándar (en el que nuevos miembros pueden entrar a principio de cada módulo), sino que solo se podían incorporar en las 4 primeras sesiones de la intervención.

Por otro lado, y a pesar de que el grupo *Friends and Family* trabaja componentes interpersonales, después de la experiencia de varios grupos piloto llevados a cabo en nuestro centro, se vio la necesidad de incluir componen-

tes que trabajaran más específicamente la relación entre el familiar y la persona afectada de TPL. Por este motivo, se integraron componentes terapéuticos del programa *Family Connections*. Las habilidades específicas para familias que se incluyeron del programa FC® fueron:

(a) *Mindfulness de la relación*: Se centra en la conciencia de uno mismo y del familiar, con especial atención en disminuir los juicios y transformar la ira en otra emoción primaria (p.ej., tristeza, miedo, decepción), ya que tanto los juicios como la ira suelen precipitar el desarrollo de conflictos interpersonales entre familiar/cuidador y persona con TPL. Estas habilidades se incluyeron en la última sesión del módulo de mindfulness, enfatizando su práctica con el familiar con TPL.

(b) *Habilidades para entender la invalidación y practicar la validación*: Se centran en cómo entender a la otra persona, comunicar ese entendimiento de forma genuina y reforzar la expresión emocional adecuada. Aunque esta estrategia ya fue incorporada en el entrenamiento en habilidades de la DBT estándar (Linehan, 1993b), el modelo de FC® nos enseña no solo cómo validar, sino cuáles son los aspectos que hay que validar, cuándo hay que hacerlo, cómo construir motivación para validar y cómo recuperarse de la invalidación. Las habilidades para entender la invalidación y practicar la validación se enseñaron en la tercera sesión del módulo de eficacia interpersonal cuando se introducían las estrategias que tenían como objetivo ayudar a mantener las relaciones con los demás. En este caso, se enfatizaba cómo aplicar estas estrategias con el familiar con TPL.

(c) *Habilidades de acercamiento*: Permiten a los allegados de las personas con TPL oportunidades para transformar los conflictos en entendimiento y conexión mutua. Las habilidades de acercamiento van dirigidas a potenciar la aceptación radical del otro y a tolerar los momentos de decepción. Estas estrategias se incluyeron en el módulo de tolerancia al malestar. Uno de los objetivos de la tolerancia al malestar es aprender a aceptar la realidad. Se introdujeron las habilidades de acercamiento para que los familiares aprendieran a aceptar radicalmente la situación de sus familiares (p.ej. sus dificultades para cambiar, las crisis emocionales), de forma que se redujeran los conflictos entre paciente y familiar.

Análisis estadístico

Se llevaron a cabo análisis de estadísticos descriptivos para describir las características demográficas y puntuaciones medias de la muestra. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se utilizó para evaluar cambios antes y después de la intervención y la *d* de Cohen

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y cambios antes y después del tratamiento en las medidas de autoinforme

Variables	Pre		Post-6 meses		Pre-Post	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Z (p)</i>	<i>d</i>
BDI (depresión)	11.86	9.54	8.14	6.14	-1.62	0.46
STAI (ansiedad)						
Estado	19.86	13.92	13.57	11.92	-1.35	0.48
Rasgo	24	13.08	16.29	15.48	-2.21*	0.74
DERS (regulación emocional)						
Total	52.86	19.37	48	13.91	-1.27	0.28
Rechazo	12.29	5.31	11.57	4.31	-.526	0.14
Descontrol	16.43	6.29	16.43	7.32	0	0
Interferencia	11.43	4.50	9	3.10	-2.04*	0.62
Desatención	5.86	3.33	5.71	1.79	-.594	0.05
Confusión	6.86	3.62	5.43	1.13	-.954	0.53
MBI (agotamiento emocional)	25.43	12.19	14.43	8.69	-1.52	1.03
FFMQ (mindfulness)						
Observar	24.14	5.98	30.43	4.39	-2.01*	-1.19
Describir	24.86	6.44	30	5.85	-1.94*	-0.83
Actuar con consciencia	25.29	6.57	26.57	6.24	-.632	-0.20
No juicio	28.29	8.40	31.29	7.82	-.677	-0.36
No reactividad	21.71	4.27	22.14	4.22	-.169	-0.10

Nota. BDI = Inventario de Depresión de Beck; DERS = Escala de Dificultades de Regulación Emocional; DT = Desviación típica; FFMQ = Cuestionario de las cinco facetas de mindfulness; MBI = Maslach Burnout Inventory para familiares; M = Media; Z: test de Wilcoxon; *d* = *d* de Cohen. STAI = Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo. * $p \leq .05$.

se utilizó para analizar el tamaño del efecto. Para los análisis, se utilizó la versión 20.0 del programa estadístico SPSS.

Resultados

Como podemos observar en la Tabla 1, respecto a la efectividad preliminar de la intervención, los resultados sobre los cambios antes y después del tratamiento mostraron reducciones estadísticamente significativas en el rasgo de ansiedad. El tamaño del efecto para el rasgo de ansiedad fue entre medio y grande (grande: *d* de Cohen igual o mayor a 0.8; medio: *d* igual o mayor a 0.5; pequeño: *d* entre 0.2 y 0.3). En la variable ansiedad estado, se observó una tendencia a la mejoría y un tamaño del efecto medio, aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos.

Por otro lado, aunque las puntuaciones antes y después del tratamiento fueron similares a las de la población normal en población española (Hervás y Jódar, 2008), se ob-

tuvo una mejoría estadísticamente significativa en la subescala de *interferencia* de la escala de dificultades de regulación emocional (DERS) y el tamaño del efecto para esta variable fue entre medio y grande. Las demás dificultades de regulación emocional (*desatención*, *confusión* y *rechazo*) y la puntuación total de las dificultades de regulación disminuyeron después del tratamiento (excepto el *descontrol emocional* que se mantuvo igual). Los tamaños del efecto fueron pequeños para las facetas *desatención*, *rechazo* y la puntuación total. Para la faceta *confusión*, el tamaño del efecto fue moderado.

Aunque los cambios entre antes y después de la intervención no fueron estadísticamente significativos, el agotamiento emocional del familiar diagnosticado de TPL (medido con el MBI) se redujo notablemente, obteniéndose un tamaño del efecto grande ($d = 1.03$).

Se produjo además un aumento estadísticamente significativo en las habilidades de *observar* y *describir* del *mindfulness* (evaluado a través del FFMQ). Ambas variables obtuvieron tamaños del efecto grandes ($d > 0.8$).

No existen medias normativas del FFMQ para población general española. Por otro lado, las variables *actuar con consciencia, no juicio y no reactividad*, aunque aumentaron, este incremento no fue estadísticamente significativo y los tamaños del efecto fueron pequeños.

Respecto a la aceptabilidad del tratamiento, los participantes en general se beneficiaron del mismo y estuvieron de acuerdo con la intervención. El 30% ($n = 3$) de los participantes abandonaron el tratamiento por las razones expuestas en el apartado de “participantes”. Ninguno de los participantes que abandonaron expresó disconformidad con la estructura, terapeutas o modelo de intervención.

Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la efectividad y la aceptabilidad preliminares de una adaptación de la DBT para ser aplicada a familiares de personas con diagnóstico de TPL. Estos pacientes recibían tratamiento en una unidad ambulatoria española específica para el tratamiento del TPL.

Los resultados sobre la efectividad de la intervención muestran una mejoría estadísticamente significativa en el *rasgo de ansiedad* en el post-tratamiento en comparación con el pre-tratamiento. Este resultado sugiere una disminución en la tendencia de los participantes a interpretar las situaciones difíciles como amenazantes (Spielberg et al., 1986). Una posible interpretación es que disponer de estrategias útiles para poder aplicar en situaciones problemáticas, tales como las estrategias de supervivencia a las crisis, podría permitir una percepción más favorable de dichas situaciones. También las estrategias de atención plena pudieron ayudar a interpretar dichas situaciones como hechos dolorosos (sin incluir juicios de valor) en lugar de amenazantes.

Por otro lado, aunque no se obtuvo una mejoría significativa en la puntuación total de la escala de dificultades de regulación emocional y en las otras subescalas de esta medida (descontrol, desatención, confusión y rechazo), se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la escala de *interferencia* del DERS al final del tratamiento. La interferencia tiene que ver con las dificultades a la hora de realizar conductas orientadas a objetivos cuando se está emocionalmente activado (Gratz y Roemer, 2004). Estos resultados se corresponden con hallazgos de estudios previos que pusieron a prueba el programa *Friends and Family* y en los que disminuyó la desregulación emocional (Wilks et al., 2017). Es posible que la disminución significativa en esta escala se deba a la práctica de las habilidades de aceptación enseñadas en el entrenamiento en habilidades. Por un lado, las habili-

dades de *mindfulness* enseñan a los familiares a actuar “con eficacia”, es decir, a centrarse en lo que funciona sin dejarse llevar por juicios de valor, y por otro lado, las habilidades de tolerancia al malestar enseñan a tolerar las situaciones difíciles sin dejarse llevar por las emociones intensas.

Por último, se produjo un incremento estadísticamente significativo en las habilidades de *observar y describir* de *mindfulness*. Los tamaños del efecto fueron grandes. El aumento significativo en *observar* indica que los participantes incrementaron su capacidad para ser conscientes de lo experimentado en cada momento. Esta capacidad es básica para desarrollar el resto de habilidades *mindfulness*. Los cambios observados en *describir* indican que también mejoraron su capacidad para poner en palabras las experiencias del momento, habilidad muy relacionada con la inteligencia emocional (Baer et al., 2006). Estas dos habilidades, junto con *actuar con consciencia*, se corresponden con el factor atencional del *mindfulness*, que podría corresponder al que Bishop et al. (2004) definieron como “autorregulación de la atención”, i.e., la que facilita mantener la atención en la experiencia del momento presente. Las habilidades *no-juicio y no-reactividad*, que pueden considerarse como formas de operacionalizar la aceptación (Baer et al., 2006), mostraron una mejora aunque no significativa. Dado que ninguno de los participantes tenía experiencia previa en *mindfulness*, probablemente requieran de mayor tiempo de práctica continuada para obtener mejorías en las variables relacionadas con la aceptación.

Estos últimos hallazgos resultan novedosos ya que, para nuestro conocimiento, este es el primer estudio en el que se evalúan las habilidades de *mindfulness* en familiares de personas con TPL después de haber recibido una intervención basada en DBT. El entrenamiento en *mindfulness* es además un componente clave en el entrenamiento de habilidades ya que se practica durante todo el programa. La práctica de *mindfulness*, según investigaciones con población general, podría ayudar a disminuir la reactividad emocional (p.ej., Ortner, Kilner, y Zelazo, 2007) pero también se ha visto que está inversamente asociada al malestar contagiado en las situaciones sociales estresantes y correlaciona positivamente con la habilidad de actuar con consciencia en situaciones sociales (Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, y Dewulf, 2008). Para futuros estudios, sería interesante investigar si la mejoría en variables de *mindfulness* aumenta la eficacia interpersonal con el familiar diagnosticado de TPL.

Los síntomas depresivos, el estado de ansiedad, las restantes facetas de *mindfulness* (actuar con consciencia, no juicio y no reactividad), las otras dificultades de regulación emocional (desatención, confusión y rechazo, ex-

cepto el descontrol emocional que se mantuvo igual) y su puntuación total, así como el agotamiento familiar, también apuntaron a una mejoría, aunque el cambio no fue estadísticamente significativo. Específicamente, la escala de agotamiento emocional con el familiar mostró un tamaño del efecto grande. Este resultado es alentador, ya que va en la línea de previas investigaciones que evaluaron el programa FC (Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005; Hoffman, et al., 2007; Rajalin et al., 2009) y sugiere que incluir componentes específicos para las relaciones familiares podría disminuir la sobrecarga emocional del cuidador.

Los resultados de este estudio piloto después de 6 meses de intervención sugieren una buena aceptabilidad ya que el 70% de los participantes terminaron el tratamiento y los participantes que abandonaron lo realizaron por causas ajenas a la intervención. Porcentajes de abandono similares se obtuvieron en el estudio pre-post que evaluó el programa *Friends and Family* (Wilks et al., 2017) y los estudios sobre FC (p.ej. Flynn et al., 2017).

A pesar de que los resultados son alentadores, el estudio tiene una serie de limitaciones importantes. Los resultados no nos permiten sacar conclusiones firmes sobre la eficacia del programa. Para ello, son necesarios estudios controlados aleatorizados, que incluyan muestras más amplias y grupos de comparación con seguimientos a largo plazo. Por otro lado, la evaluación se realizó tan solo con medidas de autoinforme y no se llevaron a cabo entrevistas estructuradas. Como líneas de investigación futuras, encontramos la necesidad de introducir medidas validadas en población española que nos permitan explorar factores relacionados con la dinámica familiar y la sobrecarga del familiar. Sería interesante también explorar si el hecho de que los familiares reciban esta intervención familiar se relaciona con mejorías en la psicopatología de sus familiares bajo tratamiento (i.e., los pacientes con TPL que reciben el programa DBT estándar en el centro).

En conclusión, los resultados de este estudio indican que una intervención basada en la terapia dialéctica comportamental ha sido aceptada por los familiares de los pacientes, y podría ayudar a los familiares de personas con TPL de la población española a disminuir la ansiedad, la interferencia emocional y aumentar las habilidades de atención plena. Estudios más rigurosos con muestras mayores ayudarán a confirmar los resultados preliminares obtenidos en este estudio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana (Orig. 2013).
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., & Devins, G (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26, 118-126.
- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de Evaluación Comportamental para la Cuantificación de la Sintomatología Psicopatológica en los Trastornos Angustiosos y Depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, 44, 1235-1245.
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., & Sondheim, D. (2001). Evidence based practice for service to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., & Groeger, J. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: Non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 18.
- Fruzzetti, A.E., y Boulanger, J.L. (2005). Family involvement in treatment for borderline personality disorder. In J.G. Gunderson & P.D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pgs. 157-164). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fruzzetti, A. E. & Fantozzi, B. (2008). Couples therapy and the treatment of borderline personality and related disorders. In A. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couples therapy* (4th ed., pp. 567 – 590). New York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. & Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline Personality disorder. In D. Snyder & M. A. Whisman (Eds), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235-260). Nueva York: Guilford Press.

- Fruzzetti, A. E. & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. Nueva York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, *17*, 1007-1030.
- Guillén Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., & Greenley, J. R. (1993). Aging parents of adults with disabilities: The gratifications and frustrations of later-life caregiving. *The Gerontologist*, *33*, 42-550.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 41-54.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y Salud*, *9*, 139-156.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: an education, skills support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, *16*, 69-82.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F., & ... Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, *44*, 217-225.
- Hooley, J. M. & Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1557-1562.
- Iwanicki, E. F. & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, *41*, 1167-1174.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training Manual, Second Edition*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2014). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, *72*, 475-482.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Navarro, M. V., Jorquera, R. M., García, P. A., y Botella, A. C. (2010). Terapia dialéctica comportamental (DBT) en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 61-74.
- Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R., & ... García-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, *42*, 636-649.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 20-26.
- Oldridge, M. L. & Hughes, I. C. (1992). Psychological wellbeing in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems. *The British Journal of Psychiatry*, *161*, 249-251.
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J., & Zelazo, P. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion*, *31*, 271-283.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, *13*, 257-263.
- Ritschel, L. A., Miller, A. L., & Taylor, V. (2013). Dialectical behavior therapy for emotion dysregulation. In J. Ehrenreich-May y B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment for youth psychopathology* (pp. 203-232). New York: Guilford Press.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, *10*, 303-318.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 353-358.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*, 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones.
- Spielberger, D. D., Reheiser, E. C., & Sydeman, S. J. (1995). Measuring the experience, expression and control of anger. In H. Kassino (Ed.), *Anger Disorders* (pp. 9-67). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Stoffers, J. M., Vollm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*, 1-259.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D.W. (2014). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, *71*, 1-20.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M. M., Lungu, A., & Linehan, M. M. (2017). Dialectical behavior therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, *24*, 288-295.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorders from other axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 161-167.

