

UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICA COMPORTAMENTAL

Sara Fonseca-Baeza¹, Verónica Guillén^{1,2}, José H. Marco¹,
Amparo Navarro³ y Rosa Baños^{1,2}

¹Universidad de Valencia; ²CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Instituto Carlos III; ³Centro clínico PREVI (España)

Resumen

Los familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) experimentan ansiedad y depresión, y están inmersos en un clima familiar disfuncional. Aunque existen tratamientos eficaces para el TLP, se ha prestado menos atención a los familiares. El objetivo de este trabajo fue adaptar para familiares el entrenamiento grupal en habilidades de la terapia dialéctica comportamental, en 14 sesiones. La muestra estuvo formada por 12 familiares: 50% madres, 41,7% padres y 8,3% parejas. Se evaluaron los niveles de depresión (BDI-II), ansiedad (OASIS) y emoción expresada (LEE-S) antes y después de la intervención. Los resultados indican que tras la intervención se produce una mejoría estadística y clínica significativa en depresión; clínica en ansiedad, hostilidad, tolerancia a la frustración y emoción expresada; y estadística de la actitud negativa hacia la enfermedad. La intrusión aumenta tanto estadística como clínicamente, sin embargo, sus niveles son similares a los de la población general. Resulta imprescindible seguir investigando sobre la eficacia de las intervenciones para familiares.

PALABRAS CLAVE: familiares, cuidadores, trastorno límite de la personalidad, intervención, terapia dialéctica comportamental.

Abstract

Family members of patients with borderline personality disorder (BPD) experience suffering, anxiety, and depression, and are involved in a dysfunctional family atmosphere. Although effective treatments for patients with BPD have been developed, family members have received less attention. The aim of this paper was to adapt the dialectical behaviour therapy skills training group for family members in 14 sessions. The sample comprised 12 family members: 50% mothers, 41.7% fathers, and 8.3% partners. The levels of depression (BDI-II), anxiety (OASIS) and expressed emotion (LEE-S) were measured before and after the intervention. The

Este estudio está parcialmente financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades por medio de una beca FPU (FPU15/07177) concedida a la primera autora, y por CIBEROBN, una iniciativa del ISCIII (ISC III CB06 03/0052).

Correspondencia: Sara Fonseca-Baeza, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Avda. Blasco Ibáñez, 20, 46010 Valencia (España). E-mail: sara.fonseca@uv.es

results show a statistical and clinical improvement in depression, and a clinically significant improvement in anxiety, hostility, lack of tolerance and expressed emotion after the intervention. Negative attitude toward illness presents a statistical improvement. Furthermore, intrusion increases both statistically and clinically. However, the levels of intrusion are equal to those in the general population. Further research into the effectiveness of family interventions is essential.

KEY WORDS: *family members, caregivers, borderline personality disorder, intervention, dialectical behavior therapy.*

Introducción

Los pacientes que sufren el trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracterizan por presentar una elevada impulsividad, notables dificultades en las relaciones interpersonales y marcada inestabilidad afectiva y de la autoimagen. Estos rasgos disfuncionales comienzan a manifestarse en la adolescencia o el inicio de la edad adulta, provocando un deterioro en múltiples áreas, entre ellas, el área social (American Psychiatric Association, 2013). Este patrón de funcionamiento genera un enorme sufrimiento, no solo en los pacientes sino también en las personas que les rodean.

Los datos indican el notable impacto negativo que suele tener el TLP en el sistema familiar, ya que se puede producir una alteración generalizada, tanto en el comportamiento, como en las rutinas de todos los miembros de la familia (Giffin, 2008). A pesar de que pueda resultar reconfortante ayudar y apoyar a un ser querido cuando lo necesita, con el transcurso del tiempo, los familiares pueden llegar a sentirse desbordados y, a menudo, experimentan dificultades en el afrontamiento y manejo del trastorno (Kay, Poggenpoel, Myburgh y Downing, 2018), dando lugar a un considerable clima de tensión (Giffin, 2008).

Las crisis constantes de los pacientes, los ataques de ira, las visitas a urgencias, los intentos de suicidio, las autolesiones, etc. (Chesney, Goodwin y Fazel, 2014; Goodman *et al.*, 2017) hacen que resulte frecuente la aparición de problemas psicológicos en los familiares como, por ejemplo, ansiedad, depresión y sobrecarga (Bailey y Grenyer, 2013; Ekdahl, Idvall, Samuelsson y Perseius, 2011; Regalado, Pechon, Stoewsand y Gagliosi, 2011). Resulta comprensible que los familiares experimenten una preocupación constante frente a las conductas extremas de los pacientes (Ekdahl *et al.*, 2011) y sientan la necesidad de actuar frente a ellas, desempeñando en numerosas ocasiones la función de "terapeutas informales" sin estar cualificados (Hoffman, Fruzzetti y Buteau, 2007). En general se observan carencias en los familiares respecto a los conocimientos que tienen sobre el TLP y déficits en las habilidades que tienen para comprender y manejar el trastorno (Giffin, 2008; Kay *et al.*, 2018).

Tal vez por este motivo, la carga que perciben sea mayor que la de cuidadores de pacientes con otros trastornos mentales graves (Bailey y Grenyer, 2014). Con relación a este último aspecto, Bailey y Grenyer (2015) señalan que la sobreimplicación emocional del entorno de los pacientes puede conllevar un mayor número de problemas de salud mental y una mayor percepción de carga en los

familiares, viéndose afectada de igual modo su salud física (Goodman *et al.*, 2011). Los cuidadores de pacientes con TLP también pueden experimentar dificultades a la hora de expresar sus emociones de una manera adecuada (Hoffman, Buteau, Hooley, Fruzzetti y Bruce, 2003; Jaén y Cebolla, 2016; Scheirs y Bok, 2007). Todos estos factores, pueden contribuir a crear un ambiente invalidante en el que el paciente no se sienta comprendido ni legitimado, aumentando su malestar y su propia desregulación emocional (Fruzzetti, Shenk y Hoffman, 2005).

Por tanto, cada vez resulta más evidente la necesidad de llevar a cabo intervenciones que puedan resultar eficaces para proporcionar apoyo a la familia, a través de la adquisición de habilidades que faciliten el afrontamiento de situaciones problemáticas, con la finalidad de mejorar el bienestar psicológico del familiar y, a su vez, el del propio paciente.

A este respecto llama la atención el reducido número de programas dirigidos a los familiares de pacientes con trastornos de la personalidad (TP). Se han publicado algunos estudios que abordan los TP en general, como el programa basado en psicoeducación y estrategias de la terapia dialéctica comportamental (TDC) (*dialectical behavior therapy*) para familiares de personas con TP y comorbilidad con un trastorno alimentario (Guillén *et al.*, 2018). No obstante, casi todos los programas con apoyo empírico hasta el momento están dirigidos a familiares de pacientes con TLP. En algunos programas, se incluye a los familiares o cuidadores de manera indirecta en una o dos sesiones grupales puntuales, con el objetivo de entender y ayudar mejor a los pacientes, como es el caso del programa cognitivo conductual "Entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas" (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* [STEPS]; Blum, Pfohl, St. John, Monahan y Black, 2002), o con adaptaciones de la TDC para adolescentes con ideación suicida y rasgos TLP como los programas de Rathus y Miller (2002) y de Woodberry y Popenoe (2008). Sin embargo, el objetivo de estas intervenciones, básicamente, es ayudar al paciente y no proporcionan datos acerca del posible impacto que haya podido tener la intervención en los familiares. También existen programas donde los pacientes y sus familiares reciben el tratamiento conjuntamente, como en la "terapia familiar integrativa para adolescentes con TLP" (*Integrative Borderline Adolescent Family Therapy* [I-BAFT]; Santisteban *et al.*, 2015; Santisteban, Muir, Mena y Mitrani, 2003) que incluye a los familiares para que aprendan maneras adecuadas de ayudar a sus hijos.

Por último, existen programas diseñados específicamente para familiares, donde el foco del tratamiento son los familiares y no los pacientes. Todos estos programas se ofrecen en formato grupal, pero difieren en el tipo de orientación, así como en la estructura de la intervención. Algunos estudios presentan un formato psicoeducativo (Grenyer *et al.*, 2018; Pearce *et al.*, 2017). El objetivo de estas intervenciones es ofrecer información a los familiares del TLP acerca del trastorno y ayudarles a que comprendan algunos de los comportamientos de estos pacientes y así mejorar la relación y la convivencia familiar. Existen otros programas, que también incluyen algunas sesiones de psicoeducación, pero que están orientados al aprendizaje de habilidades, como el programa de habilidades de mentalización (Bateman y Fonagy, 2018), o programas de entrenamiento en habilidades de la TDC (Hoffman *et al.*, 2007, 2005).

De todos los programas basados en el aprendizaje de habilidades, el programa que ha obtenido mayor apoyo empírico hasta el momento es “Vínculos familiares” (*Family Connections*; Hoffman *et al.*, 2005). Este programa, ha sido uno de los primeros diseñados sobre los principios de la TDC para ser aplicado directamente a familiares de pacientes con TLP, ya sea por profesionales o por familiares entrenados. Se trata de una adaptación de la TDC de 12 sesiones de duración, aplicada también en formato grupal. Las posteriores replicaciones de este programa han demostrado su eficacia (Flynn *et al.*, 2017; Hoffman *et al.*, 2007, 2005; Liljedahl *et al.*, 2019). Otros grupos de trabajo también han realizado adaptaciones breves de la TDC, como el programa de 12 sesiones de Regalado en Argentina (Regalado *et al.*, 2011), o el programa de Miller y Skerven (2017), que consiste en 24 horas de formación repartidas en un taller inicial de ocho horas, seguido de ocho sesiones quincenales de dos horas de duración.

Finalmente, otros autores, como Wilks *et al.* (2016) o Navarro-Haro, Pérez-Hernández, Serrat y Gasol-Colomina (2018) han aplicado programas para familiares basados en el entrenamiento grupal en habilidades de la TDC estándar de seis meses de duración, tal y como se realiza con los pacientes con TLP pero sin terapia individual, obteniendo buenos resultados. No obstante, el trabajo de Wilks *et al.* (2016) emplea una muestra muy heterogénea compuesta por 20 familiares de personas con distintos trastornos mentales (ansiedad, depresión, trastornos de conducta, TLP y trastorno de estrés postraumático). El programa incluía 21 sesiones de una hora y media semanal, en un formato grupal semiabierto y podían incorporarse nuevos familiares durante los módulos de atención plena (*mindfulness*). En el trabajo de Navarro-Haro *et al.* (2018), la muestra estuvo compuesta por siete familiares de cinco pacientes diagnosticados con TLP. El programa se desarrolló a lo largo de 25 sesiones con una periodicidad semanal, de dos horas de duración, y sólo pudieron incorporarse nuevos miembros al grupo durante las cuatro primeras sesiones de la intervención. A pesar de que estas intervenciones muestran mejoría en la reactividad ante el estrés, las relaciones interpersonales y la carga subjetiva (Wilks *et al.*, 2016) y un aumento de la conciencia plena (Navarro-Haro *et al.*, 2018) no han resultado ser eficaces en la disminución de la sintomatología ansiosa o depresiva, ni en el agotamiento emocional, y los resultados respecto a su eficacia sobre la regulación emocional son controvertidos. A la vista de estos resultados, y dado que los familiares no presentan una psicopatología tan grave como los pacientes con TLP (Wilks *et al.*, 2017), es posible que los familiares puedan beneficiarse igualmente de una adaptación de la TDC en un formato abreviado, aumentando la eficiencia de las intervenciones.

En síntesis, aunque es un área de investigación incipiente, empiezan a existir estudios para familiares de TLP con apoyo empírico. Muchos de estos programas están basados en la TDC y están obteniendo resultados alentadores para ayudar a familiares de pacientes con TLP. Ahora bien, como se pone de manifiesto en una reciente revisión sistemática sobre el tema (Guillén *et al.*, 2021), es necesario profundizar en esta línea de investigación y aportar datos que ayuden a tomar decisiones acerca de cuáles pueden ser las estrategias de intervención más útiles para los familiares de pacientes con TLP.

El objetivo general de este trabajo fue diseñar una adaptación breve del entrenamiento en habilidades en grupo de la TDC para pacientes con TLP y someter a prueba su eficacia en familiares de pacientes con diagnóstico de TLP. Los objetivos específicos fueron: (1) diseñar una intervención psicológica breve para familiares de pacientes con TLP basada en el entrenamiento grupal en habilidades de la TDC para pacientes con TLP (Linehan, 1993); (2) someter a prueba dicha intervención para valorar si produce una mejoría estadística y clínicamente significativa para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de los familiares; y (3) someter a prueba la intervención para valorar si produce una mejoría estadística y clínicamente significativa para modificar la actitud negativa hacia la enfermedad y mejorar la expresión emocional de los familiares.

Método

Participantes

En este estudio se utilizó una muestra no probabilística de conveniencia compuesta por familiares de pacientes diagnosticados de TLP que acudían a recibir tratamiento en una unidad especializada en trastornos de la personalidad en España. La muestra total estuvo compuesta por 12 familiares de entre 46 y 80 años ($M= 61$; $DT= 10,67$) de nueve pacientes (87,5% mujeres) de entre 18 y 47 años ($M= 28,88$; $DT= 9,98$). En la tabla 1, se presentan los datos correspondientes a las variables sociodemográficas mencionadas.

Tabla 1
Variables sociodemográficas de la muestra

| | Familiar | | Paciente | |
|-------------------|----------|------|----------|------|
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Sexo | | | | |
| Mujer | 6 | 50 | 8 | 88,9 |
| Hombre | 6 | 50 | 1 | 11,1 |
| Nivel de estudios | | | | |
| Primarios | 5 | 41,7 | 1 | 14,3 |
| Medio | 3 | 25 | 4 | 57,1 |
| Superior | 4 | 33,3 | 2 | 28,6 |
| Parentesco | | | | |
| Madre | 6 | 50 | -- | -- |
| Padre | 5 | 41,7 | | |
| Pareja | 1 | 8,3 | | |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 0 | 0 | 5 | 71,4 |
| Casado | 12 | 100 | 2 | 28,6 |

Los criterios de inclusión para que los familiares pudieran formar parte de esta intervención fueron: a) ser familiar de un paciente diagnosticado con TLP según el DSM-5 (*American Psychiatric Association, 2013*); b) que el paciente estuviese recibiendo tratamiento psicológico en dicha unidad especializada en trastornos de

la personalidad; c) ser mayor de edad; d) firmar un consentimiento informado haciendo constar la participación voluntaria y sin incentivo económico en el grupo; y e) comprometerse a acudir a las sesiones de la intervención. El único criterio de exclusión fue la presencia de un trastorno mental grave en el familiar que requiriera atención específica especializada (dependencia de sustancias, psicosis, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.) o que perturbara la aplicación del programa de intervención.

Instrumentos

- a) "Inventario de depresión de Beck-II" (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996), versión en español de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Se trata de un autoinforme que evalúa los síntomas emocionales, cognitivos y somáticos de la depresión basándose en los criterios de depresión mayor del DSM-IV. Está compuesto por 21 ítems con una escala tipo Likert de respuesta graduada de 0 a 3. Una puntuación total de 0 a 13 indicaría una depresión mínima, de 14 a 19 depresión leve, de 20 a 28 depresión moderada y de 29 a 63 depresión grave. La versión española presenta una alta consistencia interna en población general ($\alpha= 0,87$) (Sanz *et al.*, 2003). En el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach indica una consistencia interna aceptable ($\alpha= 0,75$).
- b) "Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad" (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*, OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006), versión en español de González-Robles *et al.*, 2018). Este autoinforme evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas de ansiedad durante la última semana, su interferencia a nivel laboral, académico, social y en el día a día, así como medidas de las conductas de evitación. Está compuesto por cinco ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 0 a 4. El instrumento presenta buena consistencia interna ($\alpha= 0,80$), fiabilidad test-retest ($\kappa= 0,82$) y validez convergente en su versión original. La validación española también muestra buena consistencia interna ($\alpha= 0,86$), validez convergente y discriminante, y sensibilidad al cambio (González-Robles *et al.*, 2018). En el presente estudio, la consistencia interna es satisfactoria ($\alpha= 0,87$).
- c) "Escala de nivel de emoción expresada" (*Level of Expressed Emotion Scale*, LEE-S; Cole y Kazarian, 1988) versión en español de Sepúlveda, Anastasiadou, del Río y Graell (2012). Este autoinforme recoge la percepción que tiene el familiar sobre el clima emocional negativo en el hogar a través de cuatro componentes: actitud negativa hacia la enfermedad (14 ítems, p. ej., 'Creo que no está bien buscar ayuda profesional'), intrusión (8 ítems, p. ej., 'Tengo que saberlo todo acerca de lo que hace o le pasa'), hostilidad (14 ítems, p. ej., 'Le hago sentirse culpable por no cumplir mis expectativas') y baja tolerancia o estrategias de afrontamiento (9 ítems, p. ej., 'No sé cómo manejar sus sentimientos cuando no se encuentra bien'). La versión española está compuesta por 45 ítems, con un formato de respuesta dicotómica donde ha de responderse si cada afirmación es verdadera o falsa. El rango total establecido para esta escala oscila

entre 0 y 45, siendo las puntuaciones más elevadas indicadoras de mayores niveles de emoción expresada. La versión española tiene buenas propiedades psicométricas cuando se administra a los familiares, obteniéndose un α de Cronbach de 0,86 (Sepúlveda *et al.*, 2012). Esta escala también se ha empleado en otros estudios para evaluar el nivel de emoción expresada en población general (Bolo *et al.*, en prensa), obteniendo un α de Cronbach de 0,76. En el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach indica una consistencia interna excelente ($\alpha= 0,83$).

Procedimiento

Este estudio cuasi experimental, sin grupo control, con una evaluación pre-tratamiento e intrasujeto, se llevó a cabo en una unidad especializada en trastornos de la personalidad en Valencia, España. El equipo clínico, está especializado en la evaluación y el tratamiento del TLP y cuenta con más de 10 años de experiencia en aplicación de la terapia dialéctica comportamental (TDC). Para llevar a cabo este estudio, el equipo de psicólogos informó a los familiares de los pacientes con TLP que acudían a recibir tratamiento en la unidad sobre la posibilidad de participar en una intervención grupal destinada a aprender habilidades de la TDC. Los familiares interesados firmaron el consentimiento informado y fueron citados para realizar dos sesiones de evaluación. La primera sesión de evaluación fue grupal y tuvo una duración aproximada de dos horas. En ella se recogieron los datos sociodemográficos y se completaron los cuestionarios de evaluación indicados en el apartado de instrumentos de medida. La segunda sesión de evaluación fue individual y en ella un psicólogo especializado realizó una entrevista clínica a cada familiar con el objetivo de determinar si cumplían criterios para un trastorno mental grave. Esta sesión tuvo una duración aproximada de dos horas. Finalmente, en la última sesión de intervención se les volvió a entregar los cuestionarios para realizar la evaluación posttratamiento y se llevó a cabo un grupo focal con el objetivo de conocer su opinión personal respecto a la intervención. Un grupo focal es un método de investigación cualitativo que permite obtener información cualitativa sobre un determinado tema a partir de la visión colectiva de un grupo de personas que comparten un elemento central de su experiencia (Vallés, 2003), disminuyendo la influencia del investigador durante el proceso (Madriz, 2000). En este caso, se realizó a los participantes una pregunta abierta sobre cuál era su opinión respecto a la intervención recibida, mientras un psicólogo tomaba nota de las aportaciones de cada participante.

INTERVENCIÓN

La intervención que recibieron los participantes fue una adaptación del entrenamiento grupal en habilidades de TDC para pacientes con TLP (Linehan, 1993) para familiares. Para ello, se manualizó un protocolo que incluía una descripción de los módulos de la TDC estándar sintetizando la información y reduciendo el número de sesiones: atención plena (*mindfulness*) (de cinco a tres sesiones), regulación

emocional (de 10 a cuatro sesiones), tolerancia al malestar y eficacia interpersonal (de cuatro a dos sesiones en ambos casos).

La intervención tuvo una duración total de 14 sesiones, con una frecuencia semanal de dos horas y fue llevada a cabo en la misma unidad donde eran atendidos los pacientes, por dos psicólogos del centro especializados en TDC y con amplia experiencia en grupos para familiares.

En las dos primeras sesiones de la intervención se proporcionó a los familiares información sobre los trastornos de la personalidad, el TLP y las principales características del programa de tratamiento de la TDC, con el objetivo de aumentar su conocimiento sobre el TLP y poder comprender mejor los comportamientos del paciente. A lo largo de las sesiones posteriores, se llevó a cabo el entrenamiento en habilidades características de la TDC para mejorar la gestión emocional, el afrontamiento y el manejo de situaciones problemáticas, así como para promover una comunicación familiar más adecuada, mejorando de esta forma el clima familiar. La última sesión se dedicó al cierre del programa, para ayudar a poner en práctica, anticipar problemas o solventar dudas y animar a los familiares a continuar practicando todo lo aprendido. En el Apéndice se describen los contenidos del grupo de habilidades TDC para familiares sesión a sesión.

La estructura de las sesiones era siempre la misma. Al comenzar la sesión se revisaban las tareas para casa y se preguntaba a los familiares si habían podido poner en práctica alguna habilidad en la interacción con sus hijos. Posteriormente, se introducía la habilidad y se trabajaba sobre ella con los casos que proponían los familiares. Para cerrar la sesión, se planteaban las tareas para casa y se llevaba a cabo una rueda de preguntas para que cada familiar expresara lo que había aprendido durante esa sesión. En las distintas sesiones se combinó una parte teórica donde se iban introduciendo los conceptos relevantes y las distintas técnicas de la TDC, con diversas dinámicas de grupo y ejercicios para poner en práctica las habilidades aprendidas antes de llevarlas a cabo con sus familiares. Asimismo, el formato grupal permitía generar un espacio para que los familiares tuvieran la posibilidad de compartir experiencias personales, aprendizajes, logros, o bien dudas que pudieran surgir a lo largo de la intervención, beneficiándose del apoyo y comprensión de otros familiares que se encuentran en situaciones similares.

Análisis de datos

Los análisis se llevaron a cabo mediante el programa IBM SPSS Statistics, v. 25. En un primer momento se llevaron a cabo pruebas descriptivas de las variables sociodemográficas. Posteriormente, debido al reducido tamaño de la muestra, se utilizó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para estudiar si existían diferencias en las variables estudiadas antes y después de la intervención, y la prueba t para una muestra para comprobar las diferencias entre las puntuaciones de la muestra y las puntuaciones de la población general, antes y después de la intervención. Se calcularon la r de Rosenthal y la g de Hedges como medidas del tamaño del efecto, entre las puntuaciones previas y posteriores a la intervención en el primer caso, y entre las puntuaciones de la muestra y las de la población general en el segundo. Además, se analizó si la intervención producía un cambio

clínicamente significativo. Para considerar que un cambio es clínicamente significativo se necesitan tres condiciones (Jacobson y Truax, 1991): a) calcular el Índice de cambio fiable (ICF), una metodología que indica si el cambio detectado tras la intervención es indicativo de una modificación real en el estado clínico del paciente, o si simplemente refleja un error de medición en torno a las puntuaciones de la diferencia test-retest. Si hay un cambio fiable, puede asumirse que los cambios son producidos por la intervención recibida y no por un error de medida; b) tras la intervención las puntuaciones en depresión, ansiedad y emoción expresada deben situarse en el rango de la población general ($M \pm 1 DT$) para interpretar la dirección funcional (Kendall, Marrs-García, Nath y Sheldrick, 1999); y c) calcular el tamaño del efecto usando la g de Hedges con el rango de una población general para confirmar que no hay diferencias estadísticamente significativas en las variables estudiadas tras la intervención. Las medias de la población general del LEE-S fueron obtenidas de Bolo *et al.* (en prensa).

Resultados

Previo a la intervención, los familiares presentaban una sintomatología depresiva y ansiosa similar a la de la población general española ($M= 9,4$; $DT= 7,7$; $t[11]= -0,26$; $p= 0,80$; $g= -0,05$; y $M= 5,82$; $DT= 3,81$; $t[11]= -1,24$; $p= 0,24$; $g= -0,40$ respectivamente) (Sanz *et al.*, 2003, González-Robles *et al.*, 2018). Tal y como se puede observar en la tabla 2, los resultados muestran una disminución estadística (Wilcoxon $Z= -2,32$; $p= 0,02$) y clínicamente (ICF= 5,44) significativa de la sintomatología depresiva en familiares una vez finalizada la intervención, siendo el tamaño del efecto medio (r de Rosenthal= $-0,67$). Respecto a la sintomatología ansiosa, se producen cambios antes y después de la intervención. Estos cambios no fueron estadísticamente significativos (Wilcoxon $Z= -1,58$; $p= 0,11$; r de Rosenthal= $-0,46$), pero sí clínicamente (ICF= 4,53) y el tamaño del efecto fue medio (r de Rosenthal= $0,46$). Tras la intervención se puede observar que la muestra de familiares presenta una puntuación menor que la población general en depresión y ansiedad ($t[11]= -4,14$; $p= 0,002$; $g= -0,63$; y $t[11]= -3,29$; $p= 0,007$; $g= -0,91$).

Con relación a la emoción expresada, en la tabla 2 podemos observar que si se comparan las puntuaciones de la muestra de familiares con las obtenidas por la población general (Bolo *et al.*, en prensa), antes de la intervención las puntuaciones de ambos grupos no difieren. Tras la intervención, los familiares redujeron de manera estadísticamente significativa las puntuaciones en la subescala actitud negativa hacia la enfermedad (Wilcoxon $Z= -2,07$; $p= 0,04$; r de Rosenthal= $-0,60$). Por otra parte, aunque la mejoría no alcanzó la significación estadística significativa, sí que se produjo una mejoría clínicamente significativa en las puntuaciones totales del LEE-S (ICF= 9,60) y en la subescala baja tolerancia (ICF= 3,58), con un tamaño del efecto pequeño, y en la subescala hostilidad (ICF= 2,30), con un tamaño del efecto medio. Por su parte, la puntuación de la subescala intrusión aumentó de manera estadística (Wilcoxon $Z= -2,06$; $p= 0,04$; r de Rosenthal= $-0,59$) y clínicamente significativa (ICF= 2,84). Tras la intervención, los niveles de actitud negativa hacia la enfermedad y hostilidad se sitúan por debajo de la población general ($t[11]= -2,56$; $p= 0,026$; y $t[11]= -3,86$; $p= 0,003$ respectivamente).

Tabla 2
Comparación de las puntuaciones previas y posteriores a la intervención, cálculo del Índice de cambio fiable y comparaciones con la puntuación de la población general

| Variable/ Instrumento | Pre | | Pos | | Pre-pos | | r de Rosenthal | Población general | | ICF | Población general pre | | g de Hedges | Población general pos | | g de Hedges |
|---------------------------------|------|------|------|------|------------------|------|-------------------|----------------------|-----------------|------|-----------------------------|-------|-------------------|-----------------------------|--|----------------|
| | M | DT | M | DT | Z(p) | M | | DT | t(p) | | t(p) | | | | | |
| Depresión (BDI-II) | 9,00 | 5,44 | 4,58 | 4,03 | -2,32 (0,02)* | 9,4 | 7,7 | 5,44 | -0,26 (0,80) | 5,44 | -4,14 (0,002)* | -0,05 | -4,14 (0,002)* | -0,63 | | |
| Ansiedad (OASIS) | 4,25 | 4,37 | 2,33 | 3,68 | -1,58 (0,11) | 5,82 | 3,81 | 4,53 | -1,24 (0,24) | 4,53 | -3,29 (0,007)* | -0,40 | -3,29 (0,007)* | -0,91 | | |
| Emoción expresada (LEE-S) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Actitud negativa | 0,82 | 1,06 | 0,17 | 0,39 | -2,07 (0,04)* | 0,45 | 0,79 | 1,43 | 1,12 (0,29) | 1,43 | -2,56 (0,026)* | 0,44 | -2,56 (0,026)* | -0,39 | | |
| Intrusión | 1,36 | 2,11 | 2,17 | 2,33 | -2,06 (0,04)* | 2,13 | 1,76 | 2,84 | -1,21 (0,26) | 2,84 | 0,05 (0,96) | -0,41 | 0,05 (0,96) | 0,02 | | |
| Hostilidad | 1,75 | 1,71 | 0,75 | 0,75 | -1,73 (0,08) | 1,59 | 1,98 | 2,30 | 0,32 (0,75) | 2,30 | -3,86 (0,003)* | 0,08 | -3,86 (0,003)* | -0,56 | | |
| Baja tolerancia | 2,20 | 2,66 | 1,36 | 2,58 | -1,00 (0,32) | 1,80 | 2,41 | 3,58 | 0,48 (0,65) | 3,58 | -0,56 (0,59) | 0,16 | -0,56 (0,59) | 0,18 | | |
| Total | 5,89 | 7,13 | 4,55 | 4,97 | -0,99 (0,32) | 5,10 | 3,99 | 9,60 | 0,33 (0,75) | 9,60 | -0,37 (0,72) | 0,16 | -0,37 (0,72) | -0,13 | | |

Nota: BDI-II= Inventario de depresión de Beck-II; OASIS= Escala general de gravedad e interferencia de la ansiedad; LEE-S= Escala del nivel de emoción expresada; Z= test de Wilcoxon; ICF= índice de cambio fiable. *ps 0,05.

Por último, la retroalimentación recogida durante el grupo focal indica que, en general, los familiares estaban satisfechos con el programa y refieren haber adquirido las estrategias necesarias para mejorar la convivencia con sus familiares. De hecho, ningún participante mostró disconformidad con la dinámica del grupo, la estructura de las sesiones o el modelo de intervención. Asimismo, los familiares consideran que el contenido de las sesiones y la duración de las mismas (dos horas semanales) era adecuada, sin embargo, hubieran preferido una duración mayor de la intervención global (14 sesiones).

Discusión

El presente trabajo tenía como objetivos: (1) diseñar una intervención psicológica breve para familiares de pacientes con TLP basada en el entrenamiento grupal en habilidades de la TDC para pacientes con TLP (Linehan, 1993); (2) someter a prueba dicha intervención para valorar si produce una mejoría estadística y clínicamente significativa para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa de los familiares; y (3) someter a prueba la intervención para valorar si produce una mejoría estadística y clínicamente significativa para modificar la actitud negativa hacia la enfermedad, y mejorar la expresión emocional de los familiares.

En líneas generales, los resultados obtenidos muestran una mejoría en aspectos importantes. En primer lugar, esta intervención ha demostrado ser eficaz para reducir la sintomatología depresiva, uno de los principales problemas de los cuidadores (Bailey y Grenyer, 2013; Ekdahl *et al.*, 2011; Regalado *et al.*, 2011), y situarla por debajo de los niveles de la población general (Sanz *et al.*, 2003). Este resultado está en la línea de los obtenidos en adaptaciones breves de la TDC (Ekdahl, Idvall y Perseus, 2014; Flynn *et al.*, 2017; Hoffman *et al.*, 2007; Miller y Skerven, 2017). Si bien, difiere de los resultados obtenidos en otros estudios que ponen a prueba una versión extendida, de seis meses de duración, de la TDC para familiares de pacientes con TLP (Navarro-Haro *et al.*, 2018; Wilks *et al.*, 2016).

Con relación a la ansiedad, los resultados obtenidos muestran una mejoría clínicamente significativa, aunque no resultó estadísticamente significativa. Dado que la muestra de participantes es reducida y el tamaño del efecto del cambio es medio, probablemente la ausencia de significación estadística esté relacionada con la falta de potencia estadística, y podría subsanarse aumentando el tamaño de la muestra. Estos resultados están en la misma línea que los encontrados en otros estudios previos con un tamaño muestral reducido (Navarro-Haro *et al.*, 2018), y con un tamaño muestral mayor al del presente estudio, con una probable mejor potencia estadística (Grenyer *et al.*, 2018; Regalado *et al.*, 2011; Wilks *et al.*, 2016), por lo que es posible que un aumento del tamaño muestral no lleve aparejado necesariamente un cambio en la significación estadística. Cabe destacar, sin embargo, que tras la intervención los niveles de ansiedad de estos familiares se sitúan por debajo de la media de la población general (González-Robles *et al.*, 2018) y que se ha producido una disminución clínica real en los niveles de ansiedad debido a la intervención (Iverson, 2019; Jacobson y Truax, 1991).

En segundo lugar, la intervención ha resultado eficaz para disminuir estadísticamente la actitud negativa hacia la enfermedad, y clínicamente la

hostilidad, la baja tolerancia y la puntuación total de emoción expresada. Además, tras la intervención, tanto los niveles de hostilidad como los de actitud negativa hacia la enfermedad se sitúan por debajo de la población general (Bolo *et al.*, en prensa). En estudios anteriores se observa que la expresión emocional de los familiares también mejora tras la intervención (Grenyer *et al.*, 2018; Liljedahl *et al.*, 2019). Tal y como muestran otros estudios, la reducción de la expresión emocional puede tener un impacto positivo en el fomento del buen clima familiar, ya que estos cambios suelen ir asociados a que el familiar muestre una actitud de aceptación hacia el paciente con TLP y que sea menos hostil en su comunicación diaria (Sepúlveda *et al.*, 2012). Con respecto a la intrusión, cabe señalar que al finalizar la intervención las puntuaciones medias aumentaron con una significación clínica y estadística, pero en ningún caso superaron a las de la población general (Bolo *et al.*, en prensa). Este aumento de la intrusión podría sugerir que los intentos frecuentes de ofrecer ayuda o establecer contacto con el paciente por parte de los familiares, cuando éstos no los han solicitado, pueden ser considerados por los familiares como una posición normal de apoyo (Sepúlveda *et al.*, 2012), y tras la intervención puede que los familiares sean más conscientes de ese tipo de comportamientos. Además, algunos estudios sobre ambiente familiar indican que las personas con TLP podrían beneficiarse de las relaciones con una sobreimplicación por parte de sus cuidadores (Hooley *et al.*, 2010; Hooley y Gotlib, 2000), llegando incluso a disminuir el número de recaídas (Hooley y Hoffman, 1999). La sobreimplicación de los familiares podría hacer que prestaran más atención a las necesidades de las personas con TLP, lo cual podría disminuir su sentimiento de abandono y experimentar esa intrusión como algo positivo.

Por último, no se registró ningún abandono durante su desarrollo. Este nivel de abandono es inferior al encontrado en la literatura, donde se observan tasas de abandonos de los familiares en programas similares en torno al 29% (Flynn *et al.*, 2017; Hoffman *et al.*, 2005; Pearce *et al.*, 2017; Rajalin *et al.*, 2009; Regalado *et al.*, 2011). Por tanto, que no haya habido abandonos en esta intervención, de una manera indirecta, muestra aceptabilidad de la intervención por parte de los familiares.

Además, la reducción del número de sesiones ha permitido disminuir el tiempo empleado, obteniendo resultados similares a otros estudios con familiares que realizan el entrenamiento en habilidades de la TDC estándar (p. ej., Navarro-Haro *et al.*, 2018). Estos resultados están en la línea de otros estudios que apoyan la reducción de estas intervenciones cuando la sintomatología no es muy grave (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler y Pantalone, 2015; Wilks *et al.*, 2016). Al reducir el número de sesiones y obtener resultados similares a los de otras intervenciones más largas, el programa podría ser más accesible para un mayor número de familiares. Los resultados resultan prometedores dado que, en general, existe una elevada demanda de grupos de intervención por parte de los familiares de personas con TLP, debiendo esperar en algunos casos meses hasta recibir la intervención (Wilks *et al.*, 2016). Asimismo, el elevado coste económico que suelen tener estas intervenciones hace que muchas familias no puedan acceder a ellas.

Con todo, este estudio presenta una serie de importantes limitaciones. Se trata de un estudio piloto con un tamaño muestral reducido, sin grupo control, no

aleatorizado y con ausencia de seguimientos que permitan evaluar si los cambios producidos se mantienen en el tiempo. Así pues, para poder afirmar de forma contundente que el programa es eficaz, en un futuro debería realizarse un estudio controlado y aleatorizado, que incluyera un seguimiento a los 12 meses y con un tamaño muestral adecuado, que comparase esta adaptación de la TDC con otro tratamiento activo para familiares (por ejemplo, un programa psicoeducativo). No obstante, el presente estudio piloto aporta datos relevantes respecto a la eficacia de una versión reducida del entrenamiento estándar en habilidades de la TDC, adaptada para familiares de pacientes con TLP.

En cualquier caso, es necesario profundizar en esta línea de investigación para poder valorar en qué casos puede ser más apropiado realizar la TDC estándar durante 6 meses, o bien, en qué casos habría que ofrecer una intervención más reducida, o incluso, en qué casos, además podría resultar de utilidad ofrecer terapia individual para algunos familiares que pudieran necesitarlo. Probablemente, aplicar una intervención u otra dependerá del tipo y la gravedad de la psicopatología que presenten los familiares. Tal vez, para los familiares con mayores niveles de ansiedad y depresión junto con problemas de regulación emocional, recibir un programa completo de TDC puede resultar más adecuado, mientras que los familiares con menor psicopatología pueden beneficiarse de versiones más reducidas de la TDC o de programas de entrenamiento como "Vínculos familiares" (*Family Connections*). Los resultados de este estudio son una prueba más de la necesidad de personalizar las intervenciones, al igual que sucede con los propios pacientes con TLP (Crespo-Delgado, Suso-Ribera y García-Palacios, 2020). Otro posible aspecto que valorar es quién es la figura más adecuada para guiar estas intervenciones, familiares entrenados o profesionales clínicos, y cuál es la adaptación de la TDC para familiares que más mejoras logra. Llevar a cabo este tipo de estudios podría ser útil a la hora de establecer protocolos de actuación para promover el bienestar psicológico de los familiares de pacientes con TLP, que podrían verse reflejados en guías clínicas para que puedan incorporarse de una manera rutinaria en distintos centros de salud y hospitales.

En definitiva, los resultados obtenidos muestran los beneficios que estos programas de intervención grupal pueden tener para los familiares de pacientes con TLP. La adquisición de información acerca del trastorno, así como el desarrollo de habilidades personales e interpersonales, resulta de utilidad a la hora de ayudar a los familiares a hacer frente a situaciones problemáticas y a mejorar la convivencia familiar. Además, el elevado grado de adherencia que puede observarse en los grupos de intervención (Ekdahl *et al.*, 2011; Flynn *et al.*, 2017; Hoffman *et al.*, 2007, 2005) podría ser una expresión de la demanda de estos familiares de ser atendidos. El presente estudio trata de hacer una modesta contribución hacia el logro de una mayor eficiencia y coste-eficacia de los entrenamientos en habilidades de la TDC adaptados para familiares de pacientes con TLP. En cualquier caso, para avanzar en esta línea de investigación, es necesario llevar a cabo estudios con mayor rigor metodológico que permitan obtener conclusiones más firmes acerca de la eficacia y la utilidad clínica de estas intervenciones diseñadas para familiares.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Bailey, R. C. y Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258. doi: 10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c
- Bailey, R. C. y Grenyer, B. F. S. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 796-809. doi: 10.1521/pedi_2014_28_136
- Bailey, R. C. y 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. doi: 10.1002/pmh.1273
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2018). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 10(1), 70-79. doi: 10.1037/per0000298
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II* (2ª ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P. y Black, D. W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder - A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. doi: 10.1053/comp.2002.33497
- Bolo, S., Marco Salvador, J. H., Navarro, A., Baños, R. y Guillén, V. (en prensa). Descripción de las características psicológicas de una muestra de familiares de personas con trastorno límite de la personalidad comparada con una muestra de familiares control.
- Chesney, E., Goodwin, G. M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-160. doi: 10.1002/wps.20128
- Crespo-Delgado, E., Suso-Ribera, C. y García-Palacios, A. (2020). Comparing the contribution of affect, emotion and self-efficacy in emotional and behavioral outcomes of individuals with borderline personality disorders. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 28(2), 193-208.
- Cole, J. D. y Kazarian, S. S. (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 44(3), 392-397. doi: 10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3
- Ekdahl, S., Idvall, E. y 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. doi: 10.1016/j.apnu.2014.03.002
- Ekdahl, S., Idvall, E., Samuelsson, M. y Perseius, K. I. (2011). A life tiptoeing: being a significant other to persons with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(6), 69-76. doi: 10.1016/j.apnu.2011.06.005
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., Hurley, J., Weihrauch, M. y 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(1), 1-9. doi: 10.1186/s40479-017-0069-1
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C. y Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007-1030. doi: 10.1017/s0954579405050479
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. doi: 10.1375/anft.29.3.133

- González-Robles, A., Mira, A., Miguel, C., Molinari, G., Díaz-García, A., García-Palacios, A., Bretón-López, J. M., Quero, S., Baños, R. M. y Botella, C. (2018). A brief online transdiagnostic measure: psychometric properties of the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) among Spanish patients with emotional disorders. *PLoS ONE*, 13(11). doi: 10.1371/journal.pone.0206516
- Goodman, M., Alvarez Tomas, I., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A. y Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviors in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157-163.
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A. y New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59-74. doi: 10.1521/pedi.2011.25.1.59
- Grenyer, B. F. S., Bailey, R. C., Lewis, K. L., Matthias, M., Garretty, T. y Bickerton, A. (2018). A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 1-15. doi: 10.1521/pedi_2018_32_340
- Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R. y Botella, C. (2021). Interventions for family members and carers of patients with borderline personality disorder: a systematic review. *Family Process*, 60(1), 134-144. doi: 10.1111/famp.12537
- Guillén, V., Marco Salvador, J. H., Jorquera Rodero, M., Bádenes, L., Roncero Sanchís, M. y Baños Rivera, R. (2018). Who cares for the caregiver? Treatment for family members of people with eating disorders and personality disorders. *Informació Psicològica*, 116, 65-78. doi: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2018.116.4
- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E. y 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), 469-478. doi: 10.1080/09638230601182052
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E. y Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: an education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F. y Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x
- Hooley, J. M. y Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80001-0
- Hooley, J. M., Gruber, S. A., Parker, H. A., Guillaumot, J., Rogowska, J. y Yurgelun-Todd, D. A. (2010). Neural processing of emotional overinvolvement in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 1017-1024. doi: 10.4088/JCP.07m03465blu
- Hooley, J. M. y Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1557-1562. doi: 10.1176/ajp.156.10.1557
- Iverson, G. L. (2019). Reliable change index. En J. Kreutzer, J. DeLuca y B. Caplan (dirs.), *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 1-4). Nueva York, NY: Springer.
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi: 10.1037//0022-006x.59.1.12
- Jaén, I. y Cebolla, A. (2016). Emoción expresada y carga del cuidador en los trastornos de

- personalidad del grupo B. *Àgora de Salut*, 3, 185-194. doi: 10.6035/AgoraSalut.2016.3.20
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. y Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder. *Curationis*, 41(1), 1-9. doi: 10.4102/curationis.v41i1.1892
- Kendall, P. C., Marrs-Garcia, A., Nath, S. R. y Sheldrick, R. C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 285-299. doi: 10.1037//0022-006x.67.3.285
- Liljedahl, S. I., Kleindienst, N., Wångby-Lundh, M., Lundh, L. -G., Daukantaitė, D., Fruzzetti, A. E. y Westling, S. (2019). Family Connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(14), 1-11. doi: 10.1186/s40479-019-0111-6
- Linehan, M. M. (1993). *The skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (dirs.), *Handbook of qualitative research* (pp. 835-850). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Miller, M. L. y Skerven, K. (2017). Family skills: a naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behavior therapy program. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(2), 79-93. doi: 10.1037/cfp0000076
- Navarro-Haro, M. V., Pérez-Hernández, N., Serrat, S. y Gasol-Colomina, M. (2018). Effectivity and acceptability of dialectical behavioral therapy skills training for family members of people with borderline personality disorder. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(3), 201-209. doi: 10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245-249. doi: 10.1002/da.20182
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., Mckechnie, B., Mccutcheon, L., Betts, J. y Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(5), 1-7. doi: 10.1186/s40479-017-0056-6
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T. y Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263. doi: 10.1080/13811110903044401
- Rathus, J. H. y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Lifethreatening Behavior*, 32(2), 146-157. doi: 10.1521/suli.32.2.146.24399
- Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C. y Gagliesi, P. (2011). Familiares de personas con trastorno límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245-252.
- Santisteban, D. A., Mena, M. P. D., Muir, J., McCabe, B. E., Abalo, C. y Cummings, A. M. (2015). The efficacy of two adolescent substance abuse treatments and the impact of comorbid depression: results of a small randomized controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 55-64. doi: 10.1037/prj0000106
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P. y Mitrani, V. B. (2003). Integrative borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264. doi: 10.1037/0033-3204.40.4.251
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280.

- Scheirs, J. G. M. y Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. doi: 10.1177/0020764006074554
- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M. y Graell, M. (2012). The Spanish validation of Level of Expressed Emotion Scale for relatives of people with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 825-839. doi: 10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38894
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B. y Pantalone, D. W. (2015). 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), 1-20. doi: 10.1002/jclp.22114
- Vallés, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M. M., Lungu, A. y Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 288-295. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.06.004
- Woodberry, K. A. y Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(3), 277-286. doi: 10.1016/j.cbpra.2007.08.004

RECIBIDO: 21 de marzo de 2020

ACEPTADO: 10 de septiembre de 2020

Apéndice

Contenido de las sesiones

| Nº de la sesión | Contenido |
|-----------------|---|
| 1-2 | <p><i>Presentación</i> Presentación de los participantes del grupo Presentación de las terapeutas Objetivos y normas del grupo</p> <p><i>Psicoeducación</i> ¿Qué es la personalidad? ¿Qué son los trastornos de la personalidad? Tipos de TP y diferencias entre ellos La desregulación emocional Terapia dialéctica comportamental (TDC)</p> |
| 3-5 | <p><i>Atención plena (mindfulness)</i> Definición de atención plena Beneficios de la atención plena Formas de practicar la atención plena Ejercicios prácticos</p> |
| 6-9 | <p><i>Regulación emocional</i> Explicación y entrenamiento de habilidades de regulación emocional: reconocer e identificar tus emociones, aumentar las emociones saludables, reducir la vulnerabilidad física y cognitiva, ser consciente de las emociones sin juzgar, exposición a emociones, acción opuesta a la emoción y solución de problemas.</p> |
| 10-11 | <p><i>Tolerancia al malestar</i> ¿Cómo manejar situaciones problemáticas? Introducción a habilidades de tolerancia al malestar</p> |
| 12-13 | <p><i>Eficacia interpersonal</i> Entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal</p> |
| 14 | <p><i>Cierre del programa</i> Cierre del grupo, dudas, reflexiones finales.</p> |