



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal

Pilar Regalado

*Psicóloga Clínica. Coordinadora de Investigación de la Fundación Foro para la Salud Mental
E-mail: reapilar@gmail.com*

Carola Pechon

Psicóloga y docente de la Fundación Foro para la Salud Mental

Corrine Stoewsand

Ph. D. Profesora de la Fundación Foro para la Salud Mental

Pablo Gagliesi

Médico Psiquiatra. Director y docente de la Fundación Foro para la Salud Mental

Resumen

El presente estudio evalúa una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad o con severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, según indicado por los participantes del estudio. La intervención de 12 sesiones incluye psicoeducación, estrategias terapéuticas y entrenamiento en habilidades basadas en la Terapia Dialéctica Comportamental. El análisis se realizó en dos fases, antes y después de la intervención. En la primera fase, estadísticos descriptivos muestran un alto grado de sobrecarga e intenso malestar psicológico en los participantes ($n = 42$). Se encontraron diferencias significativas en el grado de sobrecarga, malestar psicológico y conflicto familiar en los participantes cuyos familiares habían tenido internaciones e intentos de suicidio. En la segunda fase, con análisis de medidas repetidas, se encontró que los participantes que completaron la intervención mostraron una reducción en el nivel de sobrecarga, malestar psicológico y síntomas somáticos. Los hallazgos del análisis revelaron ser de gran utilidad para diseñar estudios de eficacia de intervenciones para esta población poco estudiada. El estudio es un paso preliminar exploratorio hacia diseñar un futuro estudio de eficacia. Se discute sobre los factores psicológicos que deberían ser tomados en cuenta en el diseño y control de una investigación experimental.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad - Desregulación emocional - Familiares de Trastorno Límite de la Personalidad - Intervención grupal - Terapia Dialéctica Comportamental.

FAMILY RELATIVES OF PERSONS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A PRE-EXPERIMENTAL STUDY OF A GROUP INTERVENTION

Summary

The present study evaluates a standardized group intervention for individuals with a family relative diagnosed with Borderline Personality Disorder (BPD) or suffering from severe emotional dysregulation, impulsive behavior, and interpersonal conflict, as reported by the participants of the study. This study is a preliminary exploratory step toward a future efficacy study. The intervention is based on Dialectical Behavioral Therapy and is structured as a 12-week program that introduces participants to psychoeducation, therapeutic strategies and training skills. An analysis of the degree of caretaker burden and psychological distress among participants was conducted in two phases –before and after the 12-week program. In the first phase, descriptive statistics present a sample of family relatives ($n = 42$) with a high degree of caretaker burden and intense psychological distress. There were significantly higher rates of burden, distress, and family conflict among the subjects whose family relatives had previous suicide attempts and hospitalizations. Subjects who completed the intervention experienced a reduction in level of burden, psychological distress and somatic symptoms. The findings are useful for designing group interventions for relatives of individuals with borderline personality disorder, and efficacy studies to evaluate them. More is discussed on the psychological factors to be considered for experimental research in this population.

Key words: Borderline Personality Disorder - Emotional Dysregulation - Family relatives - Group intervention - Dialectical Behavioral Therapy.

Introducción

La vida de las personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se ve regularmente afectada por crisis que resultan en consultas médicas, tratamientos, medicaciones e incluso internaciones. A largo plazo, estas personas requieren tratamientos prolongados y más medicación que otros trastornos de la personalidad (23). Esta situación acciona en detrimento de las relaciones interpersonales de las personas afectadas con este trastorno, repercutiendo principalmente en los familiares y allegados (1). Se presume que las relaciones interpersonales son inicialmente afectadas por la desinformación y/o desconocimiento sobre el trastorno y su diagnóstico y, posteriormente, por la falta de habilidades para relacionarse asertivamente con personas con TLP.

Algunos estudios etiológicos sugieren que existen asociaciones entre la estructura de la familia y la predisposición de sus integrantes a desarrollar y mantener TLP (10, 15, 17).

Así, algunas investigaciones revelaron que familiares de pacientes con TLP muestran mayores índices de estrés crónico y estrés traumático, trastornos depresivos y sobrecarga en comparación a la población normal (13). Incluso, se han detectado asociaciones entre la psicopatología presente en los padres y la gravedad del TLP de los hijos/as (22). Recientemente, se encontró que la presencia de psicopatología, tanto del eje I como del eje II en los padres, particularmente trastornos afectivos y del control de impulsos, son factores contribuyentes al TLP de los hijos/as (27). Una fuente importante de desregulación emocional en los individuos con TLP es la conflictividad de sus relaciones interpersonales. Es importante tomar en cuenta que el desconocimiento acerca de conductas complejas de pacientes con TLP puede resultar en conductas inapropiadas y dañinas por parte de los familiares. La inestabilidad que genera una dinámica familiar afectada en sus relaciones interpersonales, probablemente sea tanto causa como consecuencia de la inestabilidad emocional y psicológica de las personas con TLP. La necesidad de incluir a los familiares en el tratamiento ha sido señalada desde distintos abordajes teóricos e investigaciones científicas (13, 17, 26). Sin embargo, las intervenciones dirigidas a familiares de personas con TLP no han logrado demostrar si ayudan a la persona que padece el trastorno y, en dado caso, en qué aspecto.

La literatura científica ha destacado la ausencia de programas eficaces estandarizados para familiares de personas con TLP (14, 15). Si bien se ha reportado sobre intervenciones familiares en esquizofrenia (19) y trastornos bipolares (20), aún son escasos los estudios empíricos sobre programas para familiares de personas con TLP (11, 22). El presente estudio intenta dar un primer paso hacia resolver dichos interrogantes.

Objetivos

El objetivo general del estudio fue llevar a cabo una evaluación pre-experimental de una intervención grupal estandarizada para familiares de personas con TLP. En esta etapa preliminar se exploró qué sintomatología de malestar psicológico presenta este tipo de población y se analizó si la intervención grupal los reduce. Por lo tanto, se pretendió obtener una muestra de familiares de personas con TLP para: 1) explorar el perfil psicopatológico y detectar los síntomas que se asocian específicamente con el TLP de sus familiares; 2) llevar a cabo la intervención grupal con dicha muestra y 3) analizar si existe una reducción en los síntomas después de la intervención.

Método

Se trata de una investigación exploratoria diseñada para ser analizada en dos fases. En la primera, se realizó un análisis descriptivo de una muestra de familiares de personas con severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, que acudieron a un centro de salud mental¹ para participar en un taller de grupo de familiares de personas con TLP. En esta instancia, antes de la intervención, se evaluó el nivel de sobrecarga del cuidador, malestar psicológico y diversos síntomas psicopatológicos. Se exploraron diferencias en la gravedad de los síntomas en función de la presencia de intentos de suicidio e internaciones de la persona con TLP, la convivencia y grado de conflictividad en la relación familiar. En la segunda fase, se empleó un diseño pre-experimental de medidas pre y post de grupo. De tal forma fue posible realizar un análisis de medidas repetidas en el cual se tomaron en cuenta los datos de quienes completaron las evaluaciones previas y posteriores a la intervención grupal.

Participantes

Fueron evaluados con su consentimiento 42 familiares de personas con TLP. La muestra se recolectó incidentalmente de tres grupos a lo largo de tres cuatrimestres entre el año 2009 y 2010. Los participantes acudieron al centro por recomendación de algún profesional o por propia búsqueda de tratamientos relacionados con el trastorno. La media de edad de la muestra es de 53,7 años (*d.t.* = 11,8), el 58,1% mujeres y 41,9% hombres. Principalmente se trata de personas casadas o en pareja (65,1%), algunos divorciados o separados (21%), solteros (9,3%) o viudos (4,7%). El 41,9% son profesionales, el 37,2% empleados de comercio, y el resto empresarios/as (7%), amas de casa (9,3%) y un estudiante (2,3%). La mayoría con nivel de estudios terciario (69,7%), los demás secundario (28%) y primario (2,3%). El 72,8% con residencia en la Capital Federal y el resto (27,2%) en provincia. El 92,5% de participantes era la madre o padre de la persona con TLP, en menos

¹ Fundación Foro para la Salud Mental.

casos se trataba de la pareja (2,5%) u otro familiar (5%). El 50% convive con el afectado en el mismo hogar. El grado de conflicto entre la familia y la persona con TLP resultó ser percibido por los familiares de "regular" a "alto" (*media* = 3,3; *d.t.*=1,09; con escala Likert de 0, muy bajo a 5, muy alto). Los participantes indicaron que los problemas que más les generan preocupación sobre sus familiares son la inestabilidad emocional (al 76,7% de la muestra), conductas impulsivas (60%), conductas "manipuladoras" (53,3%), inestabilidad en las relaciones (53,3%), trastornos alimentarios (30%), autolesiones (30%), violencia (23,3%), abuso de sustancias y suicidio (20%).

Los participantes dieron información sobre las personas con TLP, sus familiares, por los cuales acudieron al taller. Se trata de 30 personas con TLP, mayoritariamente mujeres (93,3%), con una *media* de edad de 26,6 años (*d.t.* = 8,2). El 56,7% tiene estudios secundarios y el resto universitarios. A pesar de que menos de la mitad conocen su diagnóstico (48%) la gran mayoría se encuentra en tratamiento (92%), ya sea psicológico (20%) o psiquiátrico únicamente (8%), psiquiátrico y psicológico (24%), complementario psicológico-psiquiátrico individual y grupal (36%) y algunos pocos en tratamiento alternativo (4%). Aproximadamente la mitad ha sido internado una o más veces (58,6%) y ha intentado suicidarse por lo menos una vez (41,4%).

Procedimiento

Se evaluó, previa y posteriormente a la participación en el taller, el grado de sobrecarga del cuidador, malestar psicológico y otros síntomas psicopatológicos en familiares de personas con TLP. Durante la primera sesión se invitó a los integrantes del grupo a ser parte del estudio, explicando el objetivo y procedimiento y su carácter voluntario. Todos los participantes otorgaron su consentimiento para su inclusión en el mismo. Posteriormente se les entregó una batería de evaluación compuesta por una encuesta inicial, el *Inventario de Sobrecarga del Cuidador* (28) y el *Symptom Checklist* (SCL-90R) (7).

Instrumentos

Inventario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (28).

Evalúa el grado de sobrecarga subjetiva de cuidadores de pacientes con alguna patología, en este caso TLP. Está compuesto por 22 ítems que se puntúan con escala Likert (0, nunca - 4, siempre). Se obtiene un índice único de sobrecarga con un máximo total de 88 puntos. Inicialmente se delimitaron 4 rangos de grado de sobrecarga: nula, leve, moderada o severa (29). Más adelante se estableció un punto de corte estadísticamente válido (23) ubicado en una puntuación de 24, indicativa de presencia de sobrecarga. Las propiedades psicométricas de validez de constructo y validez de concepto son sólidas. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86 (29). Se utilizó

la versión adaptada al castellano la cual ha mostrado tener un índice de confiabilidad de 0,90, una validez de constructo de $r = 0,68$ y validez concurrente de $r = 0,70$ (3, 21).

Symptom Checklist (SCL-90R) (7)

Evalúa patrones de síntomas de malestar psicológico. Está compuesto por 90 ítems con escala Likert (0, nada - 4, mucho). La evaluación general se obtiene a partir de tres índices generales: 1) *Índice global de severidad* (IGS): indicador del nivel de gravedad del malestar psicológico en general, el *Índice positivo de malestar*, 2) (PSDD): mide la intensidad de los síntomas percibida por el evaluado, y 3) *Total de síntomas positivos* (PST): calcula el número total de síntomas presentes independientemente de su intensidad. Las subescalas son 9 dimensiones que evalúan síntomas de somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. La escala puede ser aplicada en población general y población clínica. Es de gran utilidad ya que permite analizar la psicopatología del sujeto en tres niveles jerárquicos de complejidad: nivel *global*, nivel *dimensional* y nivel *sintomático*.

Se utilizó la versión adaptada al castellano de Casullo (4). Las propiedades psicométricas del SCL-90-R han mostrado ser estables en diferentes estudios. La *fiabilidad* de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0,70$ en la mayoría de los estudios de habilidad test-retest y en torno a 0,80 en los análisis de consistencia interna (12). Para situar el valor de las medias de la muestra del presente estudio se utilizaron los valores promedio y de dispersión obtenidos del estudio de validación en Argentina (4), cuyos baremos utilizamos para determinar la significación clínica de nuestros resultados. La significación clínica se calculó con puntuaciones T (escala de puntaje estándar con $m = 50$; *d.t.*=10). Una puntuación T mayor a 50 corresponde a un grado "leve a moderado" de los síntomas, mayor a 63 representa un grado "indicador de riesgo" y superior a 75 indica "patología severa".

Encuesta Inicial

La encuesta fue elaborada *ad hoc* para la intervención del taller. Recoge información sobre características socio-demográficas del participante del grupo, del familiar con TLP y de algunas características del trastorno.

Intervención grupal

El taller "*Grupo de Habilidades para Familiares y Allegados de personas con Trastorno Límite de la Personalidad*" está diseñado en base a la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT-Dialectical Behavioral Therapy) de Marsha Linehan (17, 18). Consiste en 12 sesiones estructuradas, de 2 horas aproximadamente, impartidas semanalmente por dos psicoterapeu-

tas con entrenamiento en DBT. Al inicio del taller los participantes reciben el *Manual de Desorden Límite* (8) como lectura inicial y el cuadernillo *Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados de Personas con Desorden de la Regulación de las Emociones* (9) que sirve de guía a lo largo del programa. El taller tiene como objetivo entrenar a los familiares de personas con TLP en psicoeducación, estrategias terapéuticas y entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctico Comportamental. Se imparte a través de 10 módulos de contenido: relaciones interpersonales, validación, temas básicos de psicología conductual, estrategias de compromiso, solución de problemas, límites personales, tolerancia al malestar, afrontamiento de conductas de riesgo, aceptación radical y dialécticas.

Resultados

Los resultados se presentan en tres secciones. En la primera sección figura el análisis descriptivo al inicio de la intervención grupal. Se describe la caracterización de la muestra, el grado de sobrecarga, los síntomas psicopatológicos evaluados y el malestar psicológico global. En la segunda sección se explican las diferencias en la gravedad de los síntomas en función de algunas características de la persona con TLP. En la última sección, se presentan los datos obtenidos de la evaluación final y la valoración de la intervención grupal con medidas pre-post. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0,05$. Se emplearon pruebas no paramétricas para el análisis con el programa SPSS versión 16.0.

Estadísticos descriptivos

En la evaluación inicial, el 95,3% de la muestra ($n = 42$) presentó algún grado de sobrecarga. En concreto, el 46,5% sobrecarga leve, el 39,5% sobrecarga moderada y el 9,3% sobrecarga intensa. En términos generales, la media (m) se situó por encima del punto de corte establecido (24 puntos) ($m = 39,7$; $d.t. = 13,9$). De las diez dimensiones de síntomas algunas alcanzaron relevancia clínica. Las puntuaciones medias para los síntomas de *Sensitividad Interpersonal* ($m = 0,85$; $d.t. = 0,65$), *Hostilidad* ($m = 0,65$; $d.t. = 0,49$), *Ansiedad Fóbica* ($m = 0,24$; $d.t. = 0,41$) y *Psicoticismo* ($m = 0,51$; $d.t. = 0,47$) corresponden a un grado leve ($T < 50$). Las puntuaciones medias para la muestra en síntomas de *Somatizaciones* ($m = 0,95$; $d.t. = 0,6$), *Obsesiones-compulsiones* (1,23; $d.t. = 0,69$), *Depresión* ($m = 1,28$; $d.t. = 0,79$), *Ansiedad* ($m = 1$; $d.t. = 0,72$) e *Ideación paranoide* ($m = 0,79$; $d.t. = 0,75$) indican gravedad moderada. Finalmente, los *Síntomas Adicionales* ($m = 1,2$; $d.t. = 0,74$) y el *Índice de Severidad Global* indica un nivel grave ($T > 65$) ($m = 0,92$; $d.t. = 0,52$).

Diferencias en función de aspectos del TLP

Se utilizó la prueba U de Mann Whitney para detectar diferencias en la gravedad de los síntomas en

función de la presencia o ausencia de tres factores en la persona con TLP: 1) si la persona con TLP ha tenido intentos de suicidio, 2) si ha sido internada y 3) si el familiar y la persona con TLP conviven. Se realizó una prueba independiente para cada factor del TLP evaluado (convivencia, internaciones e intentos de suicidio), de tal forma fue posible analizar sobre qué síntomas en concreto tiene impacto cada factor. Es preciso aclarar que la prueba U de Mann Whitney, en vez de comparar medias entre grupos, como sería en el caso de la alternativa paramétrica, compara las medianas de los grupos. La prueba convierte las puntuaciones de las variables continuas en rangos permitiendo así que la distribución de las puntuaciones no sea relevante. En este caso, el control de la distribución es importante debido al pequeño tamaño de la muestra. Además, se compararon las medianas de las evaluaciones iniciales, y no las finales, para controlar la intervención como variable contaminadora. En la *Tabla 1* figuran los resultados obtenidos.

El análisis reveló diferencias estadísticamente significativas en ciertos aspectos psicopatológicos. Por un lado, encontramos que el grado de sobrecarga fue significativamente mayor para los sujetos cuyos familiares habían sido internados una o más veces ($Md = 44$; $n = 25$) en comparación a los que nunca habían sido internados ($Md = 35$; $n = 15$). La diferencia fue estadísticamente significativa con un tamaño de efecto mediano ($z = -1,9$; $p = 0,45$, $r = 0,3$) según los criterios de Cohen (6). Asimismo, los sujetos cuyos familiares con TLP habían intentando suicidarse una o más veces ($Md = 1,5$; $n = 18$) presentan mayor gravedad en síntomas como falta de apetito, sueño intranquilo, sentimientos de culpa, pensamiento de muerte y dificultades para dormir, a diferencia de los sujetos cuyos familiares con TLP nunca intentaron suicidarse ($Md = ,86$; $n = 22$). La diferencia fue estadísticamente significativa con un tamaño de efecto mediano ($z = -2,05$; $p = 0,4$, $r = 0,32$). No se detectaron diferencias importantes en la presencia y gravedad de los síntomas en función de la convivencia ni de las internaciones.

Finalmente, el análisis de correlaciones bivariadas con la técnica de Spearman mostró que el grado de sobrecarga ($\rho = 0,5$; $p = 0,001$), los síntomas ansiosos ($\rho = 0,56$; $p = 0,008$), los síntomas de hostilidad ($\rho = 0,49$; $p = 0,02$) y el índice de malestar global ($\rho = 0,48$; $p = 0,03$) correlacionan positivamente con el grado de conflictividad en la relación familiar. Esto implica que los sujetos que perciben mayor conflictividad entre la persona con TLP y su familia, presentan mayor intensidad en los síntomas mencionados. Es preciso remarcar que también los síntomas depresivos mostraron una correlación positiva con el grado de conflictividad familiar, pero sin alcanzar significación estadística ($\rho = 0,372$; $p = 0,09$).

Evaluación de la intervención

Se utilizó la prueba de Wilcoxon de los Rangos con Signo para calcular diferencias entre la intensidad

Tabla 1. Diferencias en la gravedad de los síntomas del familiar en función de la ausencia o presencia de tres factores de la persona con TLP.

U de Mann Whitney		Conviven	Internaciones	Intento Suicidio
		sí no	sí no	sí no
Sobrecarga	z Mediana	- ,395	-1,9*	- ,710
		41	44	42,5
		40	35	40
Somatizaciones	z Mediana	- ,635	-1,16	-1,54
		,583	22,2	1,2
		,79	17,7	,58
Obsesiones y compulsiones	z Mediana	-1,228	- ,462	- ,858
		1,4	1,1	1,2
		1	1,3	1,2
Sensitividad Interpersonal	z Mediana	-1,384	- ,715	- ,436
		1,2	,66	1,1
		,5	,88	,55
Depresión	z Mediana	-1,058	- ,96	-1,62
		1,46	1,07	1,26
		,92	,84	,84
Ansiedad	z Mediana	- ,127	- ,28	-1,1
		1,1	,9	1,15
		,92	,8	,75
Hostilidad	z Mediana	- ,014	- ,169	-1,3
		,66	,5	,66
		,66	,66	,5
Ansiedad Fóbica	z Mediana	-1,091	- ,762	-1,4
		,0	,0	,16
		,0	,0	,0
Ideación Paranoide	z Mediana	- ,014	- ,379	-1,4
		,66	,66	,91
		,66	,66	,5
Psicoticismo	z Mediana	- ,297	-1,46	-1,42
		,44	,5	,6
		1,44	,3	,35
Otros síntomas clínicos	z Mediana	- ,452	-1,79	-2,05*
		,85	1,57	1,57
		1,29	,85	,86
Índice Global de Severidad	z Mediana	- ,719	- ,363	-1,69
		1,03	,78	15,2
		,73	1,0	8,93

* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel $p < 0,05$.

** La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel $p < 0,01$.

de los síntomas en función del momento de la evaluación: al inicio y al final de la intervención. De la muestra inicial de 42 participantes, el 70% ($n = 29$) completaron la intervención y ambas evaluaciones. El resto no figura en la muestra final por diversos motivos (datos incompletos, ausencia en la última sesión y abandono del grupo). En la *Tabla 2* figuran los resultados obtenidos.

La prueba de Wilcoxon reveló una reducción estadísticamente significativa en el nivel de sobrecarga tras la participación en el grupo de intervención ($z = -2,7$; $p = 0,001$), con un tamaño de efecto mediano ($r = 0,5$) (6). La puntuación de la escala de sobrecarga se redujo de pre-intervención ($Md = 40$) a post-intervención ($Md = 30$). Asimismo, la gravedad de los síntomas de somatizaciones y el índice global de malestar psicológico

Tabla 2. Diferencias en la gravedad de los síntomas en función del momento de evaluación.

Prueba de Wilcoxon		Evaluación
		Pre
		Post
		<i>n</i> = 29
Sobrecarga	z media	-2,7** 40 30
Somatizaciones	z media	-2,2* ,7 ,5
Obsesiones y compulsiones	z media	-1,6 1,2 1
Sensitividad Interpersonal	z media	-,5 ,7 ,6
Depresión	z media	-1,6 1 1
Ansiedad	z media	-1,8 ,8 ,65
Hostilidad	z media	-,9 ,6 ,5
Ansiedad Fóbica	z media	-,7 ,0 ,16
Ideación Paranoide	z media	-1,09 ,6 ,41
Psicoticismo	z media	-0,2 ,4 ,4
Otros Síntomas	z media	-,9 ,8 1
Índice Global Severidad	z media	-2,1* ,9 ,7

* La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel $p < 0,05$.

** La diferencia en la gravedad de los síntomas es significativa al nivel $p < 0,01$.

gico decreció significativamente ($z = -2,2$; $p = 0,02$, $r = 0,4$; y $z = -2,1$; $p = 0,03$, $r = 0,4$; respectivamente). En resumen, la prueba mostró reducciones en el grado de sobrecarga y de malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (somatizaciones) después de la participación en el taller. Incluso, el *Índice de Severidad Global* disminuyó, lo cual indica que el malestar psicológico global también se redujo después de la intervención. A pesar de que los síntomas de *Ansiedad* no alcanzaron significación estadística, se puede apreciar una tendencia de disminución en los síntomas. En contraparte, no se encontraron diferencias relevantes entre las puntuaciones iniciales y finales en síntomas

obsesivos compulsivos, depresión, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ansiedad fóbica, paranoia y psicoticismo.

Conclusiones

El estudio consistió en evaluar a un grupo de familiares y/o allegados de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) o que padecen severa desregulación emocional, conductas impulsivas y conflicto interpersonal, en dos instancias: antes y después de una intervención grupal. Se trata de un programa estandarizado, basado en preceptos y estrategias de DBT, de habilidades

y psicoeducación en TLP. Se eligió DBT por demostrar ser la más eficaz en estudios controlados para TLP (16, 17).

Inicialmente, nos encontramos con una muestra que en su gran mayoría presenta algún nivel de sobrecarga e intenso malestar psicológico. Principalmente encontramos mayor intensidad en síntomas relacionados con somatizaciones, depresión, ansiedad, obsesiones y compulsiones, ideación paranoide y síntomas clínicos adicionales. Es preciso aclarar que la gravedad de los síntomas es moderada, no alcanza severidad patológica, lo cual es esperable considerando que se trata de una muestra de no-pacientes. El análisis inicial permitió detectar qué factores del TLP están relacionados con la gravedad de los síntomas. Los sujetos cuyos familiares con TLP habían intentado suicidarse presentaron mayor sintomatología clínica en falta de apetito, sueño intranquilo, sentimientos de culpa, pensamiento de muerte y dificultades para dormir. Cuando la persona con TLP tenía historia de internaciones, el familiar presentaba mayor sobrecarga. Además, se encontró que el nivel de conflictividad en la relación familiar-paciente está asociado al grado de sobrecarga del cuidador y también al malestar psicológico general, específicamente a los síntomas depresivos, ansiosos y de hostilidad. Lo anterior coincide con Stobie y cols. (26), quienes recientemente señalaron la falta de estrategias en manejo de crisis y conflictos interpersonales en la mayoría de los programas de intervención para familiares de personas con TLP. Incluso, encontramos que las conductas que más preocupan a los familiares son la inestabilidad emocional, conductas impulsivas, conductas percibidas como "manipuladoras" e inestabilidad en las relaciones; todo ello coincide con lo encontrado en otros estudios (18, 22).

Después de la intervención grupal el análisis de medidas repetidas mostró una reducción en el nivel de sobrecarga, en el malestar psicológico global y en la gravedad de los síntomas somáticos. A pesar de que no se hayan detectado diferencias significativas en los demás grupos de síntomas tras la intervención, claramente se aprecia una tendencia de disminución los síntomas de ansiedad y sensibilidad interpersonal. La falta de reducción en los síntomas depresivos es para destacar debido que, tanto en este estudio como en otros anteriores (15), los síntomas depresivos comunes en esta población no parecen reducir con intervenciones de esta índole.

Señalar las limitaciones del presente estudio permite mejorar el futuro de la línea de investigación abordada. Por un lado, la reducción del número de participantes entre la evaluación anterior y la posterior a la intervención representa una limitación a considerar. La disminución de la muestra fue debida a datos incompletos en las evaluaciones, ausencia en la última sesión y abandono del grupo; tres contingencias que pueden ser previstas, controladas y utilizadas en el futuro para un análisis más detallado. Por otro lado, debido a que existen riesgos al realizar múltiples cálculos en los mismos datos, sería recomendable realizar una réplica del análisis o ajustar

en los coeficientes estadísticos en futuras investigaciones; o bien, utilizar muestras independientes para cada análisis. Finalmente, es importante remarcar que el diseño del estudio no permite atribuir la reducción en los síntomas exclusivamente a la participación en el taller. Un diseño pre-experimental no incluye grupo control, lo cual impide extraer inferencias causales entre la intervención y la valoración final de los síntomas. Sin embargo, los estadísticos empleados controlan esta limitación y permiten establecer asociaciones válidas entre la intervención y la reducción de los síntomas.

El estudio pretendió ser una exploración del malestar psicológico de los familiares de personas con TLP e intentar detectar aspectos del trastorno con los que se relaciona. Los resultados muestran que el manejo de crisis (internaciones e intentos de suicidio) y la conflictividad interpersonal son factores que destacan en el malestar psicológico de esta población. Los familiares son receptores de conductas complejas y por lo tanto pueden tener reacciones inapropiadas y dañinas. De la literatura teórica y científica sabemos que la desregulación emocional de las personas con TLP proviene en gran medida de la inestabilidad de sus relaciones interpersonales. Es importante desarrollar programas de tratamiento en TLP que intervengan en el vínculo familiar/interpersonal.

El presente estudio ha mostrado ser de gran utilidad considerando su objetivo inicial: ser un paso previo a un estudio de eficacia de la intervención grupal presentada. Los resultados nos adelantan que la participación en el taller reduce sintomatología de malestar psicológico y sobrecarga. Asimismo, nos señalan factores posiblemente centrales en la intensidad de los síntomas, tales como las internaciones e intentos de suicidio de sus familiares y el nivel de conflictividad en la familia. El análisis de los resultados nos permite identificar qué factores que deben ser evaluados minuciosamente en un futuro estudio de eficacia. Nos indica que si una intervención para familiares es eficaz, debería mostrar no sólo disminución en la sintomatología de los participantes, sino una reducción en la conflictividad entre familiares, mejoría en el manejo de crisis y evaluar si la participación de los familiares en el grupo beneficia en algún aspecto la relación con la persona con TLP. Los hallazgos de esta investigación pueden guiar a otros profesionales en la elaboración de programas para familiares de personas con TLP y estudios de su eficacia.

Agradecimientos

Queremos agradecer ante todo a los participantes del estudio por su amabilidad y por su compromiso con el bienestar de sus familiares; sin ellos la investigación no hubiera sido posible. Asimismo, agradecemos al presidente de la Fundación Foro para la Salud Mental, Javier Martín Camacho, por permitir el emprendimiento de este proyecto y proveer una fuente de financiación para el mismo ■

Referencias bibliográficas

1. Apfelbaum S, Gagliesi P. El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex* 2004; 15: 295-302.
2. Apfelbaum S, Gagliesi P, Lencioni G, Pechon C, Herman L, Kriwet M, Boggiano J y Vuelta B. 2002, 2003, 2004. Manual Psicoeducacional para Pacientes, Familiares y Allegados sobre el Desorden Límite de la Personalidad. "Curso de terapia cognitiva e integrativa del trastorno límite de la personalidad", Facultad de Psicología UBA. *En prensa*.
3. Alpuche Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas Russel ME, Figueroa López CG. Validez de la Entrevista de Sobrecarga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008; 18 (2): 237-245.
4. Casullo MM. Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social* 2004; 6 (1): 49-57.
5. Casullo MM, Castro Solano A. Síntomas psicopatológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Anuario de Investigaciones* 1999; 7: 147-157.
6. Cohen JW. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Second Edition). Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, 1988.
7. Derogatis LR. SCL-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual (Third Edition). Minneapolis, National Computer Systems, 1994.
8. Fundación Foro. Manual de Desorden Límite (Sin publicar). Buenos Aires, 2008. Disponible en: investigación@fundacionforo.com
9. Fundación Foro. Temas Básicos de Psicología y Entrenamiento en Habilidades para Familiares y Allegados, de personas con desorden de la regulación de las emociones. (Sin publicar). Buenos Aires, 2008. Disponible en: investigación@fundacionforo.com
10. Fruzzetti AE, Shenk C, Hoffman PD. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Dev Psychopathol* 2005; 17 (4): 1007-1030.
11. Fruzzetti AE, Santisteban DA, Hoffman PD. Dialectical behavior therapy with families. En fuente Dimeff LA, Koerner K. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York, Guilford Press, 2007.
12. Gempp Fuentealba R, Avendaño Bravo C. Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica* 2008; 26 (1): 39-58.
13. Giffin J. Family experience of borderline personality disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2008; 29 (3): 133-138.
14. Hoffman PD, Buteau E, Hooley JM, Fruzzetti AE, Bruce ML. Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression burden, distress, and expressed emotion. *Fam Process* 2003; 42 (4): 469-478.
15. Hoffman PD, Fruzzetti AE, Buteau E, Neiditch ER, Penney D, Bruce ML, Hellman F, Struening E. Family Connections: A Program for Relatives of Persons with Borderline Personality Disorder. *Fam Process* 2005; 44 (2): 217-225.
16. Koerner K, Linehan MM. Research on dialectical behaviour therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 154-167.
17. Linehan M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
18. Linehan M. *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
19. McFarlane WR, Link B, Duchay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: Four year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995; 34: 127-144.
20. Miklowitz DJ, Goldstein MJ. *Bipolar disorder: A family focussed treatment approach*. New York, Guilford Press, 1997.
21. Montorio CI, Izal FT, López M, Sánchez CM. La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología* 1998; 14 (2): 229-248.
22. Santisteban DA, Muir JA, Mena MP, Mitrani, VB. Integrative borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2003; 40 (4): 215-264.
23. Schreiner AS, Morimoto T, Kakuma T, Arai Y, Zarit SH. Assessing family caregivers' mental health using a statistically derived cutoff score for the Zarit Burden Interview. *Aging Ment Health* 2006; 10: 107-111.
24. Shachnow J, Clarkin J, DiPalma, Smith C, Thurston F, et al. Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 1997; 60(2): 171-181.
25. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebria A, Barrachina JB, Campins J, Gich I, Alvarez E, Pérez V. Dialectical behavioral therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behav Res Ther* 2009; 47: 353-358.
26. Stobie MR, Tromski-Klingshirm DM. Borderline personality disorder, divorce and family therapy: The need for family crisis intervention strategies. *Am J Fam Ther* 2009; 37 (5): 414-432.
27. Zanarini MC, Barison LK, Frankenburg FR, Reich B, Hudson JI. Family history study of the familial co-aggregation of borderline personality disorder with axis I and non-borderline dramatic cluster axis II disorders. *J Pers Disord* 2009; 23 (4): 357-359.
28. Zarit HS, Reever EK, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *J Gerontol* 1980; 20 (6): 649-655.
29. Zarit HS, Zarit JM. *The memory and behavior problems checklist-1987R and the burden interview (technical report)* (PA). Pennsylvania State University, 1987.