AUTOCOMPASIÓN Y ATENCIÓN PLENA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD. EL PAPEL DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL

Elena Belmonte Padilla[1], Carmen Sánchez Gil[1], Fernando Lana Moliner[2], Luis Miguel Martín López[3], Víctor Pérez Sola[4]
[1]Programa TLP. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.
[2]Coordinador HDA. Centre Emili Mira. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.
[3]Director de Primaria y Programas Especiales. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona.
[4]Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducción

Las personas con Trastorno de Personalidad Límite (TLP) tienen dificultades para regularse emocionalmente, la clínica y la investigación reciente proponen que la vergüenza podría ser una de las emociones centrales en el TLP.
La evidencia científica sugiere que la autocompasión es una estrategia de regulación emocional efectiva, particularmente adecuada para la autocrítica, la vergüenza y los sentimientos de inutilidad.

Gilbert define la compasión como "la sensibilidad al sufrimiento propio y de los otros, con un compromiso por aliviarlo". Neff describe tres componentes de la autocompasión: la atención plena o mindfulness, la amabilidad y el sentido de humanidad compartida. La atención plena se refiere a ser consciente de nuestros pensamientos y emociones dolorosas sin suprimirlas o evitarlas. La amabilidad describe la tendencia a ser solidarios y comprensivos con nosotros mismos cuando notamos nuestros defectos, en lugar de juzgarnos por ellos. El sentido de humanidad compartida en la autocompasión implica reconocer que todos los humanos somos imperfectos.

La intervención con mayor evidencia acumulada para el tratamiento de las personas con TLP es la Terapia Dialéctica Conductual (DBT). La DBT en su componente terapéutico de Grupo de Entrenamiento en Habilidades contiene 4 módulos temáticos (mindfulness, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y regulación emocional) donde se incluyen diferentes ejercicios que fomentan el autoapoyo y la autocompasión. A la vez, estudios recientes sugieren el beneficio de utilizar intervenciones dirigidas específicamente a aumentar la autocompasión dentro del tratamiento para las personas con TLP con la intención de disminuir la severidad sintomática y la autocrítica.

El **objetivo** de este estudio es realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en atención plena y autocompasión en pacientes con TLP que han finalizado un grupo de entrenamiento en habilidades basado en la DBT.
Las **hipótesis** son:
1) las pacientes tendrán una puntuación en habilidades de atención plena cercana a la media de la población normal ya que es una habilidad que se entrena específicamente en la DBT.
2) las pacientes tendrán una puntuación en autocompasión inferior a la media respecto a la población normal, ya que es una habilidad que se trabaja de manera periférica y no específica en la DBT Grupo de Habilidades.

Método

Muestra: 15 pacientes con diagnóstico de TLP según los criterios DSM-V y la DIB-R (Diagnostic Interview Borderline Revised). Mujeres de edades comprendidas entre 19 y 50 años. Todas han finalizado un tratamiento grupal de entrenamiento en habilidades basado en la DBT de 24 sesiones con frecuencia semanal durante 6 meses.

Medidas: se administra el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FMMQ, Baer R. A., Smith G. T., Hopkins J., Krietemeyer J., 2006) validado en población española por Cebolla et. al (2012) y la escala Self-compassion Scale (SCS; Neff, 2003), validado en población española por Garcia Campayo et. al (2014).

Resultados

Tabla 1. Media y desviaciones estándars (DE) de los resultados obtenidos de los cuestionarios en la muestra.

	Media (DE)
FMMQ	
Observación	30,8 (4,73)
Descripción	27,2 (6,28)
Actuar consciente	24,13 (4,68)
Sin juicio	20,73 (5,36)
No reacción	16,93 (4,92)
SCS	
Total autocompasión	13,47 (3,02)**

Cuando comparamos la muestra del estudio con la población normal encontramos los siguientes resultados:

- Las puntuaciones de las 5 facetas de mindfulness se distribuyen en la franja de la normalidad, cabe destacar:
  - En la faceta "observación", que describe notar y atender a la experiencia interna y externa, obtienen una puntuación por encima de la media.
  - Las facetas de "descripción" y "actuar consciente" se encuentran cerca de la media respecto a la población normal.
  - Obtienen una puntuación baja en la dimensión "no juicio" que se refiere a no tomar una postura evaluativa hacia nuestra experiencia y la faceta de "no reacción" que incluye permitir que los pensamientos y sentimientos transiten sin quedar atrapados o dejarnos llevar por ellos.
- La puntuación total de autocompasión se encuentra por debajo de la franja de la normalidad.

Conclusiones

Las puntuaciones de las pacientes valoradas con el FFMQ y SCS sugieren que al finalizar el grupo de DBT obtienen puntuaciones similares a la población normal en las facetas de mindfulness, cabe destacar las puntuaciones bajas en las dimensiones cercanas a lo opuesto de la autocompasión (juicio y reactividad a la experiencia). Se observan puntuaciones muy bajas en autocompasión (cercanas a dos desviaciones típicas) respecto a la población normal. Estos resultados podrían indicar que la habilidad de mindfulness ha sido practicada y adquirida (recordemos que existe un módulo específico en la DBT) mientras que la habilidad de autocompasión no muestra resultados similares. Según estos resultados, probablemente las pacientes podrían beneficiarse de prácticas específicas de autocompasión. Actualmente existen dos estudios que apuntan en esta dirección (Feliu-Soler et al., 2017; Warren, 2015).

Existen limitaciones en este estudio, la muestra es limitada (todas las pacientes son de género femenino, han participado sólo las personas que han finalizado tratamiento grupal y el tamaño de la muestra es reducido). No disponemos de medidas pre-tratamiento para ver la variabilidad en las puntuaciones. Estos aspectos implican una limitación en la generalización de los resultados.

En próximos estudios consideramos la importancia de obtener medidas pre-post tratamiento, aumentar la muestra y obtener medidas del género masculino.

Bibliografía

- Baer R. A., Smith G. T., Hopkins J., Krietemeyer J., T. L. (2006). (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assesment*, 13, 27–45.
- 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).*The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A.,...Soler, J. (2017). Fostering self-compassion and loving-kindness in patients with borderline personality disorder: A randomized pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 278–286.
- Garcia-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. P. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and quality of life outcomes*,12(1), 4.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Warren, R. (2015). Emotion regulation in border-line personality disorder: The role of self-criticism, shame, and self-compassion. *Personality and Mental Health*, 9, 84–86.

INAD Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions
Parc de Salut MAR Barcelona