

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Eficacia del programa “Family Connections” para familiares de personas con Trastorno Límite de la Personalidad: Una revisión narrativa



Máster en Psicología General Sanitaria

Alumna: Eva Eixea

DNI: 53382822y

Tutora: Cristina Botella

Convocatoria: Octubre

ÍNDICE

Resumen / Abstract	3
1. Introducción	5
2.1 Aproximación conceptual	6
2.2 Factores relacionados con el desarrollo del TLP	9
2.3 Terapia Dialéctica Comportamental	12
2.4 Programa Family Connections	16
3. Metodología	18
3.1 Bases de datos	18
3.3 Términos y estrategias de búsqueda	18
3.3 Criterios de inclusión / exclusión	19
4. Resultados	22
5. Discusión	26
6. Bibliografía	28

RESUMEN

El interés por el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ha ido aumentando de forma considerable en las últimas décadas, de manera que se han desarrollado diferentes métodos de intervención y tratamientos para disminuir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de las personas que lo sufren. Sin embargo, no existen actualmente intervenciones específicas basadas en la evidencia para los familiares de estas personas, pese a que, como se menciona a lo largo del presente trabajo, el entorno familiar puede ejercer un papel muy importante en la regulación emocional de las personas con TLP, así como ayudar a prevenir conductas autodestructivas o suicidios.

Las familias con algún paciente con trastorno mental padecen continuamente, las consecuencias de la enfermedad. Asumir que un familiar está diagnosticado por TLP de por sí, ya es un reto, pero además los cuidadores asumen papeles en el entorno familiar que a veces conlleva a un deterioro en su calidad de vida. Este ha sido uno de los motivos principales de este trabajo; analizar y encontrar toda la información relacionada con el programa Family Connections que demuestre su efectividad. FC es un programa adaptado de la DBT que proporciona psicoeducación, entrenamiento breve en habilidades, y apoyo específico para familiares de personas con TPL con una duración de 12 semanas.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica comportamental, tratamiento psicológico para familiares, familiares, cuidadores

ABSTRACT

Interest in Borderline Personality Disorder has been increasing considerably in the last decades, so that different intervention methods and treatments have been developed to reduce the impact of the disease on the quality of life of people who suffer from it. However, there are currently no specific evidence-based interventions for the families of these individuals, although, as mentioned throughout the work, the family environment can play a very important role in the emotional regulation of people with BPD as well as help prevent self-destructive behaviors or suicides.

Families with a patient with a mental disorder continuously suffer the consequences of the disease. Assuming that a family member is diagnosed by BPD in itself is already a challenge, but in addition caregivers assume roles in the family environment that sometimes leads to a deterioration in their quality of life. This has been one of the main reasons for this work; analyze and find all the information related to the Family Connections program that demonstrates its effectiveness. FC is an adapted program of the DBT that provides psychoeducation, brief training in skills, and specific support for family members of people with TPL with a duration of 12 weeks.

Key words: Borderline Personality Disorders, Dialectical Behavior Therapy, psychological treatment to relatives, relatives, caregivers

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno límite de la Personalidad se caracteriza por la inestabilidad emocional y la impulsividad en las relaciones interpersonales, en los comportamientos y en la imagen de sí mismo. Al tratarse de un trastorno con un importante componente relacional, las personas del entorno de la persona que sufre este trastorno se ven directamente afectadas por el mismo.

Los familiares de las personas con TLP a menudo deben cumplir múltiples funciones, como las de defensor, cuidador, entrenador y tutor. A lo largo del tiempo, el estrés puede agotar la capacidad de los miembros de la familia para hacer frente al trastorno de manera efectiva, comprometiendo así su calidad de salud y vida. Los cuidadores de personas con TLP muestran niveles más altos de ansiedad psicológica y somática que la población general (Scheirs, 2007). La Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI) ha diseñado distintos programas para familias con personas con distintas enfermedades mentales, sin embargo, no existe un programa específico para familiares de personas con TLP. Por este motivo, Perry Hoffman y Alan Fruzzetti colaboraron en desarrollar el programa Family Connections (FC).

La razón fundamental o base lógica del desarrollo del programa Family Connections es que las investigaciones han demostrado que, en términos generales, la implicación emocional de la familia parece mejorar los resultados para la persona con TLP (Hooley & Hoffman, 1999). FC es una adaptación de la DBT que proporciona psicoeducación, entrenamiento breve en habilidades, y apoyo específico para familiares de personas con TPL. Este modelo de intervención propone un entrenamiento grupal en estrategias para expresarse de una forma más adecuada, validar al familiar con TPL (p.ej., comunicar comprensión y aceptación de los sentimientos, pensamientos, deseos, acciones y experiencias de la otra persona; Fruzzetti y Fantozzi, 2008) y disminuir la invalidación (p.ej. negar, castigar o ignorar las experiencias de la otra persona) del familiar con TPL (Fruzzetti et al., 2005).

La terapia Dialéctica Comportamental impulsada por Marsha Linehan, se desarrolló específicamente para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, pertenece a la llamada tercera generación de terapias psicológicas que, haciendo énfasis en el contexto y la función, incorporan a los planteamientos conductuales y cognitivos clásicos conceptos como la atención plena, los valores, o la aceptación. (Hayes, Villate, Levin y Hildebrandt, 2011). Actualmente, existen dos adaptaciones de la DBT a un formato familiar: el programa Family Connections (FC; Fruzzetti y Hoffman, 2004) y el

entrenamiento en habilidades de la DBT en formato grupal llamado Friends and Family (F&F; Linehan, 2015). Mientras que el primer programa es una intervención específica para mejorar la relación entre el familiar y la persona con TPL, el segundo se centra en estrategias para el propio familiar como individuo, así como para mejorar su relación con los que le rodean, incluyendo a la persona diagnosticada con TPL.

Como señalaron Hoffman (2003), a pesar del creciente interés por el tratamiento del TLP, sin embargo, y pese a la importancia e impacto que tiene el trastorno en el entorno familiar, no se disponía de programas específicamente diseñados para educar, apoyar y ayudar a las familias a comprender el trastorno, el caos que a menudo existe o el impacto que la enfermedad genera en ellos mismos.

Afortunadamente, la situación empieza a cambiar y en estos momentos existen dos categorías de programas familiares: psicoeducación y educación familiares (Hoffman y Fruzzetti, 2005; McFarlane et al., 1995). En el primero, el modelo profesional de psicoeducación familiar, los profesionales de la salud mental lideran grupos de apoyo educativo que incluyen tanto a los miembros de la familia como a los pacientes. Complementando estos servicios profesionales está el modelo de educación familiar, en el cual miembros de la familia capacitados dirigen grupos de apoyo educativos que consisten solo en miembros de la familia. Cada modalidad está respaldada por datos que demuestran mejoras en el paciente, el familiar participante o ambos. En la psicoeducación familiar, se ha demostrado que los programas, a menudo en combinación con medicamentos, reducen las recaídas y la rehospitalización del paciente, y también aumentan su bienestar (McFarlane et al. 1999). Los grupos de educación familiar dirigidos exclusivamente a los familiares y no dirigidos directamente al cambio del paciente han demostrado mejoras significativas en el bienestar de los miembros de la familia (Dixon et al., 2001; Falloon y Pederson, 1985).

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión de la literatura relacionada con el Programa Family Connections, que surge de la necesidad de atender a las familias con personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad.

1.1 Aproximación conceptual

El término trastorno límite de la personalidad (TLP) remonta su historia al año 1938, cuando el alemán Adolf Stern utiliza el concepto de borderline para describir un grupo de pacientes a los que atribuyó rasgos como narcisismo, hipersensibilidad, rigidez corporal, sentimientos de inferioridad y dificultades en las relaciones interpersonales que no encajaban en las categorías estándar de neurótico

o psicótico utilizadas en aquella época (Stern, 1938). Fue el psiquiatra Otto F. Kernberg quien estructuró el concepto de la personalidad borderline, a través del modelo psicoanalista en el año 1975 (Kernberg, 1975).

Aunque hubo mucha controversia por el término borderline y sus características entre diferentes autores y corrientes, no fue hasta 1980 cuando el concepto de Trastorno Límite de la Personalidad fue incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III). El trastorno límite de la personalidad es considerado uno de los trastornos más difíciles y complicados de entender y de tratar. En las últimas décadas ha habido numerosos trabajos y autores que han ido desarrollando modelos teóricos y técnicas para conocer los aspectos más importantes relacionados con el trastorno.

El DSM-V define el TLP como “un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Existe una prevalencia del 2% en la población y comparte una comorbilidad del 55% con el abuso/dependencia de sustancias (Goldstein, 2004). Además, el TLP está muy relacionado con otros trastornos como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios y trastornos de ansiedad, entre otros. La persona que sufre TLP presenta un cuadro clínico que engloba altas tasas de suicidio, autolesiones y otras conductas impulsivas, además, se caracterizan por altos niveles de ira y agresividad, que afectan a las relaciones interpersonales y sociales. John Gunder Gunderson, profesor de psiquiatría de la Universidad de Harvard y director del centro Borderline en el Hospital McLean, considera que los parámetros para este trastorno se pueden agrupar en 3 subgrupos, aquellos que, por un lado, tienen que ver con la inestabilidad emocional, los que se relacionan con una inestabilidad en el comportamiento y los que suponen una inestabilidad interpersonal.

El patrón disfuncional que caracteriza a los individuos con TLP afecta a diversos aspectos de la estructura psicológica, teniendo serias consecuencias en la afectividad, el comportamiento, el procesamiento de la información y la interacción social. El patrón general de funcionamiento es persistente e inflexible, lo que contribuye al proceso de regulación emocional. Se entiende por regulación emocional los intentos que la persona hace para influir sobre qué emociones tiene, cuándo las tiene, cómo las experimenta y cómo las expresa. Este proceso puede ser automático o controlado, consciente o inconsciente (Gross, 1998). Gross plantea en su modelo de regulación emocional una propuesta de estrategias en función de las situaciones. Una mayor sensibilidad emocional provocará respuestas de mayor contenido emocional, es decir, se responderá de forma más intensa. Algunas situaciones retan emocionalmente a la persona que debe prepararse para la acción. Gross divide en su

modelo, dos tipos de respuesta en dos estadios: de gran magnitud y de poca magnitud (Figura 1). Los individuos que sufren TLP, tienden a adoptar respuestas de gran magnitud, responden muy intensamente a sus emociones y, según Gross, en función de la respuesta, se generan efectos secundarios (aparecen emociones secundarias como ira, culpa, vergüenza, etc.). El modelo de Gross se caracteriza por tres conceptos, la meta, que está relacionada con el objetivo de aumentar o disminuir la intensidad o la duración de una emoción, pero para ello es necesario la identificación y aceptación de esa emoción. Otra característica del modelo son las estrategias o procesos que se emplean para influir en las emociones y alterar su trayectoria, proceso que se encuentra alterado los casos de TLP. Y finalmente los resultados, que son las consecuencias de tratar de conseguir esa meta utilizando estrategias de regulación, en el caso de los TLP es muy frecuente encontrar errores en la utilización de estrategias tales como las conductas impulsivas o autolesivas.

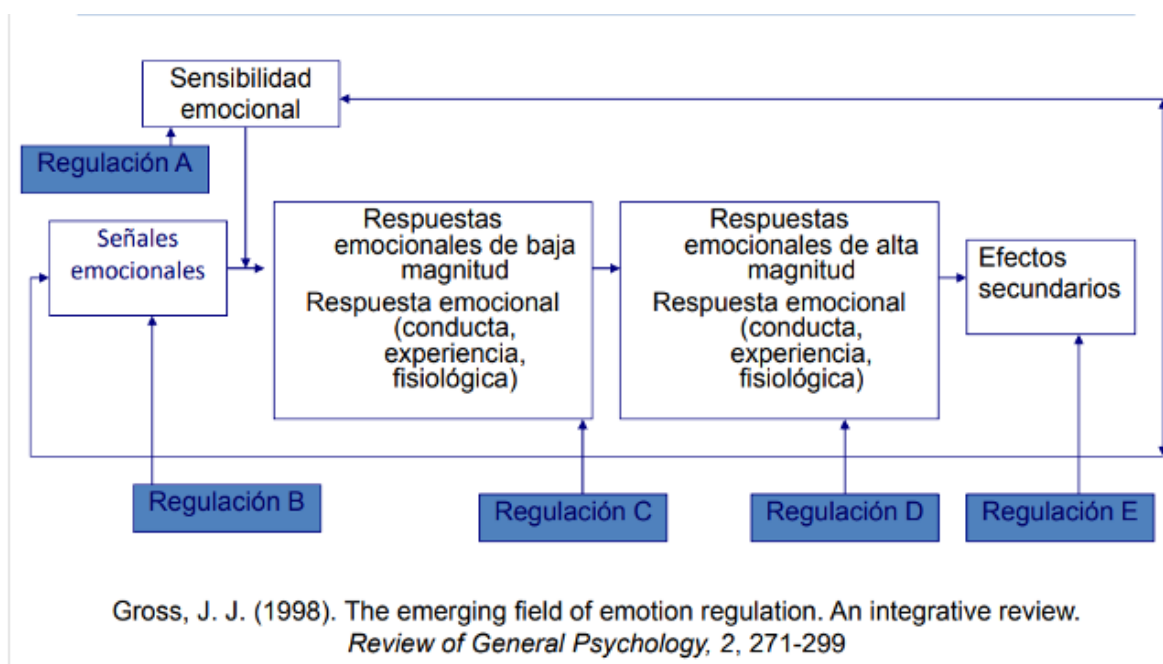


Figura 1. Modelo de Gross

El TLP se caracteriza por presentar hipersensibilidad interpersonal, conduciendo a los pacientes a tener unas relaciones interpersonales caóticas, intensas y con muchas dificultades. Sienten miedo al abandono y al rechazo, y les invaden constantes sentimientos crónicos de vacío. Otra característica es la desregulación afectiva y emocional que sufren, presentan mucha emocionalidad negativa (disforia crónica), con cambios bruscos que van desde la irritabilidad o la ansiedad a la depresión en episodios de duración limitada. Presentan ira inapropiada e intensa y dificultades para controlarla. Encontramos cierto descontrol comportamental que lleva al individuo con TLP a actuar con una impulsividad extrema y problemática que, en ocasiones genera conductas suicidas y parasuicidas. Otro elemento que se encuentra en el TLP es que el sentido de la identidad está alterado, siendo intensamente inestable, donde muchos individuos experimentan un estado mental disociativo

(desrealización, despersonalización) y en condiciones estresantes pueden sufrir ideas paranoides (Gunderson, 2010).

Se hipotetiza que las personas con diagnóstico de TLP tienen cierta vulnerabilidad a las emociones negativas y a experimentar desregulación emocional. Algunos autores han asociado la vulnerabilidad a tres factores: sensibilidad, reactividad y lento retorno a la línea base emocional (Linehan, 1993a; Fruzzetti et al., 2005; Fruzzetti, 2006). La sensibilidad se refiere a un bajo umbral de la persona para discriminar o reconocer estímulos emocionalmente relevantes en el mundo, especialmente los estímulos interpersonales. Se dice que los TLP son extremadamente sensibles, y esto, los hace vulnerables, porque están constantemente influenciados por estímulos, a los que atribuyen un alto contenido emocional. El segundo elemento que los caracteriza es la reactividad, describe como la persona reacciona o actúa después de darse cuenta de su emoción, en este caso, los individuos reaccionan de una manera muy intensa a sus emociones. Los pacientes con TLP, además de responder a eventos sumamente pequeños, lo hacen de una forma muy rápida. Ordinariamente, por más que lo intenten y mejor sean sus intenciones, simplemente no pueden controlarse. El tercer factor asociado a la vulnerabilidad a experimentar emociones negativas que describen Linehan y Fruzzetti, es que los individuos tienen un bajo retorno a la línea base emocional, esto significa que les cuesta mucho más volver al equilibrio, a la línea base, después de ser activados emocionalmente. Es importante mencionar que la combinación de estos tres factores contribuye a que una persona sea altamente vulnerable a la emocionabilidad negativa.

Todo ello supone un grave problema para las personas con TLP. Sus relaciones interpersonales se ven alteradas y esto afecta también a las relaciones sociales. Las familias juegan un papel esencial en el TLP. Supone un reto para el núcleo familiar conocer cómo pueden ayudar a la persona que sufre un trastorno límite de la personalidad, por eso recientemente ha surgido un nuevo programa llamado Family Connections (FC), se trata de un programa diseñado para proporcionar apoyo y una serie de habilidades a los familiares de pacientes con TLP. El objetivo de este trabajo es, a través de una revisión narrativa de la literatura, analizar los aspectos generales de este programa y los trabajos que se han llevado a cabo hasta el momento para darlo a conocer y someterlo a prueba.

1.2 Factores relacionados con el desarrollo del TLP

En el TLP se han estudiado muchos factores relacionados con el desarrollo de la patología. Parece ser que, los factores genéticos y biológicos, así como las historias de abuso sexual y trauma en la infancia y las características familiares como interacciones problemáticas entre los padres y los niños, juegan un papel fundamental en la etiología del trastorno.

Un estudio realizado en Noruega utilizó una muestra de 221 gemelos monocigotos y dicigotos para conocer los rasgos asociados al TLP. Se encontró una tasa de concordancia del 35% para los monocigotos y 7% para los gemelos dicigóticos, estos datos sugieren que existe un rol genético en el desarrollo de TLP (Torgersen et al., 2000). Por lo que respecta a las expresiones fenotípicas del TLP, las tasas de heredabilidad para la desregulación emocional y la impulsividad encontradas en el han sido de 41% y 30% respectivamente para el caso de los hermanos monocigóticos, y, para los dicigóticos encontramos una tasa de heredabilidad del 12% para la desregulación emocional y 23% para la impulsividad (Livesley, Jang & Vernon, 1998). A pesar de que estos estudios parecen relacionar causas genéticas con el TLP, otros autores mantienen que las causas asociadas al trastorno no están claramente establecidas (Gunderson, 2003).

Los estudios biológicos sobre el TLP también se han centrado en las características fundamentales del trastorno: la desregulación emocional y las conductas impulsivas/autodestructivas. En los pacientes con TLP se ha encontrado una actividad muy reducida del sistema serotoninérgico, concretamente, en el 5-hidroxitriptófano (5-HTP), precursor de la serotonina, esta disminución de la actividad serotoninérgica contribuye a inhibir la capacidad de regular las conductas destructivas o autolesivas de los pacientes con TLP (Skodol et al., 2002). Las investigaciones relacionadas con los factores biológicos también se han centrado en correlatos fisiológicos y hormonales causados por estresores ambientales. Se conoce que la exposición a ambientes o situaciones estresantes aumenta los niveles de cortisol en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), de manera que las respuestas de regulación conductual frente al estrés se ven alteradas cuando aumentan los niveles de cortisol (Diamond & Aspinwall, 2003). Algunos estudios realizados con niños sugieren que el nervio vago tiene un papel fundamental en fortalecer las defensas frente al estrés. El aumento del tono vagal activa el sistema nervioso parasimpático, en diversos estudios realizados con niños, encontraron que el grupo que mostraba una mayor activación del tono vagal presentaba unas respuestas fisiológicas y emocionales a estresores ambientales más eficientes y adaptativas que el grupo de niños que se caracterizaba por un tono vagal más bajo (Gottman & Katz, 2002). Los pacientes TLP refieren respuestas emocionales intensas, que aparecen de manera súbita, como respuesta a estímulos que pueden ser identificados. La amígdala se ha implicado en el procesamiento de las emociones negativas como el miedo, también en las reacciones agresivas. Una disfunción en esta estructura podría estar en la base del TLP. Uno de los estudios que ha adquirido gran relevancia en cuanto a la etiología del trastorno es que la amígdala, área del cerebro que señala peligro y miedo, en pacientes con TLP parece estar demasiado activa. De manera que, una persona que no sufre de este trastorno, al ver una cara, actúa de forma neutral, mientras que un individuo que sufre la enfermedad, puede verla como alguien espantoso, tienden a percibir a la gente como furiosa, crítica u hostil hacia ellos,

experimentan mayores emociones negativas. Mientras que la amígdala mantiene una actividad muy elevada en estos pacientes, la corteza prefrontal, la parte del cerebro que es responsable del pensamiento de mayor nivel, de la capacidad de inhibir o regular la respuesta conductual frente a la señal de alarma, parece tener una actividad mínima (Donegan & cols., 2003).

Aunque los investigadores han encontrado diferencias consistentes en el funcionamiento del sistema serotoninérgico para pacientes con TLP, los factores genéticos no están claramente establecidos. Lo que sí parece tener una importancia central en el desarrollo del TLP es la exposición temprana a factores ambientales estresantes como abuso físico, abuso sexual y negligencia durante la infancia (Battle, 2004).

El trauma en la infancia ha dado lugar a una gran atención a los investigadores que estudian las causas asociadas al desarrollo del TLP. Muchos autores ofrecen datos que demuestran que un 75% de las personas que sufren TLP han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Battle et al., 2004). Sin embargo, la historia de abuso sexual por sí sola no es un factor determinante para el desarrollo del trastorno, pero parece tener mucha relación con las conductas autolesivas o suicidas. (Yen et al., 2004). De hecho, el 90% de víctimas de abuso sexual no desarrolla ningún TLP. Por lo que, el hecho de haber sufrido un abuso sexual, se considera un factor de riesgo para el desarrollo del TLP, pero no como factor determinante, ya que, la respuesta de los padres o cuidadores frente al abuso (propiciar un ambiente invalidante / validante) puede mediar los efectos del trauma (Horwitz, Widom, McLaughlin, & White, 2001).

Es importante entender que el papel de la familia o cuidadores es fundamental en el desarrollo del TLP. Algunos estudios prospectivos (Johnson et al., 2002) han demostrado que la falta de participación emocional de los padres hacia sus hijos afecta a su capacidad para socializar de manera efectiva, lo que aumenta sus posibilidades de adquirir comportamientos suicidas. En este estudio también se encontró, que este tipo de crianza se asocia con mayores intentos de suicidio después de que se manipularán los estilos parentales, de modo que parece existir una relación parental en la etiología del TLP. El término "ambiente invalidante" hace referencia a una situación en la que las experiencias personales y respuestas de los niños o niñas son invalidadas o desacreditadas por personas significativas en sus vidas, como pueden ser sus padres. En estos ambientes generan emociones muy negativas en los niños (asco, falta de respeto), además se caracterizan por juicios negativos hacia el niño generando sentimientos de fracaso, inseguridad, miedo y baja autoestima (Linehan, 1993). También puede ser invalidante responder a comportamientos disfuncionales con apoyo o aceptación.

Existen muchos factores relacionados con el desarrollo del TLP, sin embargo, no parece existir una única causa como factor determinante. Probablemente, la asociación de diversas experiencias traumáticas en la infancia, junto con la vulnerabilidad emocional y su base biológica, sean clave para esclarecer los orígenes de la enfermedad.

1.3 Terapia Dialéctico Comportamental

La inclusión del TLP en el DSM-III en 1980 permitió a los profesionales desarrollar aproximaciones terapéuticas de diferentes escuelas, ya que la nueva enfermedad y su psicopatología demandaba de medidas específicas de tratamiento. Existen una serie de alternativas de tratamiento que han demostrado utilidad para pacientes con TLP: psicoterapias individuales, terapias psicosociales, que incluyen intervenciones familiares y terapias de grupo, así como tratamiento farmacológico (Gunderson, 2013).

Por lo tanto, en estos momentos ya no es posible afirmar que el TLP “no se puede tratar” (Linehan, 2004). Existen resultados muy positivos desde diferentes aproximaciones terapéuticas que tienen efectos en la patología central del TLP y en la psicopatología asociada. Las terapias a corto plazo y en grupo resultan atractivas pero la evidencia es mejor para los programas multicomponentes.

Las cuatro grandes intervenciones que mayor evidencia han mostrado son: la Terapia basada en la Mentalización (MBT), la Psicoterapia focalizada en la Transferencia (TFP), la Terapia focalizada en los Esquemas (SFT) y quizás la que recoge mayor evidencia de todas es la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT). Estas cuatro modalidades de tratamiento producen efectos importantes en la inestabilidad afectiva, la impulsividad, la psicopatología general y la adaptación general.

Probablemente la terapia con más evidencia y apoyo para el tratamiento TLP es la desarrollada por Marsha Linehan, esto es, la DBT. Se trata de un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para abordar el TLP, especialmente los síntomas de impulsividad e inestabilidad que se materializan en actos suicidas y parasuicidas. La DBT pertenece a la llamada *tercera generación* de terapias psicológicas que, haciendo énfasis en el contexto y la función, incorporan a los planteamientos conductuales y cognitivos clásicos conceptos como la atención plena, los valores, o la aceptación. (Hayes, Villate, Levin y Hildebrandt, 2011).

La teoría en la que se basa la DBT es en un modelo transaccional. El modelo es similar a otros modelos

etiológicos como el modelo de diátesis-estrés, en el que se reconoce la importancia tanto del individuo como en ambiente en el que vive. El modelo de diátesis-estrés, defiende que algunas características del individuo interactúan con las condiciones del ambiente. El modelo biosocial de Linehan sostiene que la conducta o el funcionamiento del individuo y el ambiente están continuamente impactando e influenciando uno al otro, es decir, la combinación de ambos, el individuo y el ambiente son un único sistema que tiene una influencia recíproca, creando así un proceso transaccional en lugar de interaccional. La idea de un modelo transaccional es que los factores en el modelo no son estáticos. Por el contrario, son recíprocos y se influyen mutuamente a lo largo del tiempo en comparación con otros sistemas, incluidos los modelos de sistemas familiares.

En el caso del TLP, se presume que un individuo tiene ciertas vulnerabilidades a la emoción negativa y a la desregulación emocional que pueden estar determinadas biológicamente o basadas en el temperamento o como resultado del aprendizaje temprano, o cualquier combinación de ambas. Estas disposiciones operan con un "entorno invalidante". En dicho entorno, la expresión normativa y precisa de la experiencia (pensamientos, emociones, deseos, etc.) no se valida y/o invalida, y las expresiones problemáticas se validan de manera intermitente. La naturaleza de la transacción sugiere que, con el tiempo, una mayor vulnerabilidad conduce a una mayor invalidación, mientras que una mayor invalidación conduce a una mayor vulnerabilidad, y así sucesivamente.

Uno de los aspectos básicos de la DBT es el modelo etiológico propuesto por Linehan, de tipo biosocial, se trata de una de las teorías mejor articuladas sobre el origen del TPL. Según este modelo, la desregulación emocional, disfunción principal de los sujetos con TLP, es el resultado de la interacción entre una predisposición biológica a la vulnerabilidad emocional y un ambiente invalidante. La DBT sostiene que el TLP es un trastorno de desregulación de las emociones, resultante del proceso transaccional entre el individuo y el entorno en el que el individuo ha sido criado o vive actualmente. En resumen, las disposiciones individuales a la vulnerabilidad a la emoción y a la desregulación exigen un entorno ya invalidante, y viceversa. Por lo tanto, estos factores se influyen recíprocamente. El concepto de "*entorno invalidante*", es central para la DBT, y mantiene que la invalidación ocurre cuando los comportamientos individuales válidos (verdaderos, efectivos, reales) especialmente conductas relacionadas con los pensamientos, el autoconcepto, las experiencias emocionales y sensoriales, se critican, se castigan o se menosprecian. Por otro lado, un entorno validante, confirma lo que otro está pensando, sintiendo o experimentando. Lo que es particularmente esencial es que, como terapia conductual, la validación está determinada por su función (refuerzo de comportamientos, discriminación de las emociones, etc.), y no por su forma. Es decir, la validación no es necesariamente positiva (puede implicar reconocer la ira o la tristeza), no implica

necesariamente un acuerdo con otro (Linehan, 1997).

Otro aspecto central la terapia propuesta por Linehan, es la perspectiva dialéctica, que supone un factor diferenciador respecto a otras terapias cognitivo-conductuales (Chapman, 2006). La visión dialéctica se basa en tres principios: por un lado, el principio de interrelación y globalidad, que expone que la realidad está formada por partes que se interrelacionan y que funcionan como un todo: las conductas de un individuo no pueden entenderse de forma individual, sino como partes de un amplio repertorio dentro de un ambiente complejo. El principio de interrelación y globalidad consiste en que el análisis de la realidad en sus partes es limitado si no se tiene en cuenta la relación de las partes con el todo. El otro principio es el de la polaridad que explica que la realidad es un conjunto de fuerzas que se oponen entre sí. La persona que padece un TLP está atrapado en polaridades y es incapaz de conseguir la síntesis. Dicho principio consiste en que la realidad se compone de tesis y antítesis. El principio de cambio continuo asume que la realidad es dinámica; las tensiones entre la tesis y la antítesis hacen que se produzcan cambios que llevan a la integración o síntesis, de la cual se derivan dos nuevas fuerzas opuestas, que tienden a integrarse, y así, en un proceso de cambio continuo. Linehan afirma que el TLP es un fracaso dialéctico. Las personas con este trastorno mantienen posiciones rígidas y contradictorias (tesis y antítesis) y son incapaces de integrar distintas posiciones. Por eso se presenta la dialéctica como un proceso de cambio en el que una idea o acontecimiento (tesis) se transforma en su opuesto (antítesis) integrándose y llegando a una reconciliación de los opuestos (síntesis).

La DBT se compone de cuatro módulos de habilidades específicas (tabla 1), basadas en las dificultades de regulación de los pacientes y sus consecuencias: habilidades básicas de conciencia, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades de tolerancia al malestar. La meta principal del entrenamiento en habilidades es aprender y aplicar habilidades para cambiar patrones comportamentales, emocionales y cognitivos que causan malestar.

<i>Módulo de entrenamiento</i>	<i>Síntomas diana</i>
Habilidades básicas de conciencia	Confusión acerca del yo. Identidad. Vacío
Habilidades de efectividad interpersonal	Caos interpersonal. Relaciones inestables
Habilidades de regulación emocional	Inestabilidad emocional y de estados de ánimo
Habilidades de tolerancia al malestar	Impulsividad

Tabla 1. *Estructura del entrenamiento en la DBT*

La incorporación de técnicas de *mindfulness* a la psicoterapia ha supuesto toda una revolución y está consiguiendo resultados muy prometedores en el tratamiento de diversas patologías. (Schnyder, 2009). En la DBT, las técnicas de *mindfulness* se explican y entrenan de forma específica en el módulo de habilidades básicas de conciencia, aunque están presentes a lo largo de toda la formación. El reto es aprender a tomar control de nuestras mentes y no que nuestra mente nos controle. Se enfatiza también en el papel de los procesos atencionales y ofrece la utilización de técnicas de meditación en distintos contextos. Importancia de la práctica. Las habilidades básicas de conciencia son las primeras que se enseñan y su entrenamiento se trabajan durante todo el tratamiento.

Los sujetos con TLP suelen experimentar una desregulación interpersonal; sus relaciones son caóticas, inestables, problemáticas, y les causan sufrimiento. Además, tienen serias dificultades para tolerar el abandono y controlar sus respuestas al mismo, que muchas veces suponen formas de agresión o autoagresión. En el módulo de habilidades de efectividad personal, el objetivo que se plantea a los pacientes es "ser eficaz interpersonalmente", significa conseguir los objetivos planteados en una relación siguiendo unas pautas establecidas.

En el tercer modulo, habilidades de regulación emocional, se aprende a identificar y nombrar emociones y a reconocer la función que éstas cumplen en el entorno. En este módulo, resulta especialmente importante trabajar de una forma validante.

En el último módulo, las estrategias propuestas se dividen en dos bloques: habilidades de supervivencia a las crisis y habilidades de aceptación de la realidad. Las habilidades de supervivencia a las crisis van dirigidas a aprender a tolerar el dolor de una situación dada sin recurrir a conductas que mantengan o aumenten en sufrimiento, tal como conductas autodestructivas o autolesivas, y, las habilidades de aceptación de la realidad tienen que ver con aceptar, de una forma no enjuiciadora, a uno mismo y a la situación actual tal como se presenta en el momento.

La doctora Linehan y su grupo han dedicado los últimos veinte años a desarrollar y diseminar su programa de tratamiento. Existen ya numerosos estudios controlados que ofrecen resultados respecto a la eficacia de esta terapia (p.ej., Linehan, Armstrong, Suarez, Allmond y Heard, 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan, Tutek, Heard y Armstrong, 1994; Linehan et al., 1999; Koerner y Linehan, 2000; Koons et al., 2001; Swenson, Sanderson, Dulit y Linehan, 2001; Telch, Agras y Linehan, 2001; van den Bosch, Koerter, Stijnen, Verheul y van den Brink, 2005; Linehan et al., 2006). El programa de tratamiento consigue reducciones significativas en número de abandonos, de hospitalizaciones, de intentos de suicidio, indicadores de depresión y otras emociones negativas. La terapia Dialéctico-comportamental ha mostrado su eficacia en pacientes ambulatorios y

hospitalizados (p.ej. Kröger et al., 2006). Asimismo, también ha mostrado eficacia en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad que presentan comorbilidad con dependencia de opiáceos (Linehan et al., 2002).

1.4 Programa Family Connections

El diagnóstico de un TLP puede provocar importantes cambios en el núcleo familiar, en las relaciones y en los roles que se desempeñan entre los pacientes y los cuidadores. En este caso, siempre suele haber un cuidador principal que se esfuerza por mantener, en la medida de lo posible, la calidad de vida de su familia llegando incluso a comprometer su bienestar. Los estudios indican que los miembros de la familia de un paciente con una enfermedad mental tienen, en general, un alto riesgo de depresión (Dyck, Short y Vitaliano, 1999; Song, Biegel y Milligan, 1997). Otros datos documentan que, además de la depresión, el estrés de tener un familiar con una enfermedad mental está asociado con la carga, el dolor y el aislamiento (Greenberg, Seltzer y Greenley, 1993; Lefley, 1987).

Los familiares de los pacientes diagnosticados con TLP, a menudo informan, que experimentan una importante carga asociada al cuidado de los pacientes, a veces, se sienten demasiado traumatizados y con dificultades para poder ayudar a sus familiares enfermos (Hoffman, Penney y Woodward, 2002). A este respecto cabe señalar que alrededor del 73% de los pacientes diagnosticados con TLP han realizado al menos un intento de suicidio, con un promedio de 3.4 intentos de por vida (Soloff, Lynch, Kelly et al., 2000) y el 10% de los pacientes con TLP eventualmente se suicidan (Center for Disease Control, 1997). No es de extrañar, por tanto, los efectos que todo ello pueda tener en los familiares y en los cuidadores.

Hoffman y Fruzzetti (2005) fueron los precursores de diseñar un programa adaptado específicamente para los familiares de personas con TLP, el programa *Family Connections*. FC es un programa de 12 semanas de duración dirigido a familias con un pariente con TLP. El programa busca proporcionar a los familiares, información e investigación sobre TLP, enseñar habilidades de afrontamiento basadas en la DBT y desarrollar una red de apoyo. El FC se lleva a cabo en grupos dirigidos por líderes del grupo que generalmente son miembros de la familia de pacientes con TLP.

Los objetivos específicos del programa son:

1. Ayudar a entender los síntomas y comportamientos asociados con el TPL y sus características relacionadas.
2. Entender mejor cómo manejar las propias respuestas emocionales a las situaciones y a las

relaciones

3. Desarrollar una red de apoyo de miembros de la familia con otras personas en situaciones similares.

El programa FC además, sigue los estándares de la DBT de Marsha Linehan. Se divide en 6 módulos:

- Módulo 1: proporciona información actualizada de nuevas investigaciones acerca de los síntomas y curso del trastorno.
- Módulo 2: psicoeducación con respecto al desarrollo del TLP, tratamientos disponibles, comorbilidad con otros trastornos y ofrece información sobre las reacciones y la desregulación emocionales.
- Módulo 3: se trabajan habilidades individuales y de relación para promover el bienestar emocional de los participantes (gestión de emociones, atención plena, dejar de lado los juicios, disminuir la vulnerabilidad a las emociones negativas y habilidades para disminuir reacciones emocionales intensas).
- Módulo 4: habilidades familiares para mejorar la calidad de las relaciones e interacciones familiares (manejar la ira y la culpa, aceptación de las relaciones)
- Módulo 5: autoexpresión precisa y efectiva (cómo validar)
- Módulo 6: habilidades de gestión de problemas

Todos los módulos incluyen muchos ejercicios y tareas específicas para poner en marcha lo aprendido, mediante el role-playing y mucha práctica.

El principal objetivo del programa FC es realizar cambios en constructos o variables que constantemente experimentan los miembros de la familia: la sobrecarga emocional de tener un familiar con TLP que afecta a las actividades diarias, la depresión que se experimenta con problemas de sueño, desesperanza y tristeza, el dolor/duelo que afecta a las experiencias cognitivas y emocionales o el duelo de asociado a tener un familiar con una enfermedad mental, y finalmente, la autoeficacia o dominio que se basa en las habilidades para gestionar situaciones problemáticas en el transcurso del TLP.

2. METODOLOGÍA

El presente trabajo se centra en llevar a cabo una revisión narrativa de la literatura utilizando estrategias sistemáticas de búsqueda y selección de los trabajos sobre el tema. El objetivo de esta revisión es seleccionar artículos y revistas científicas que recopilen información y datos acerca del programa FC desarrollado por Alan Fruzzetti que evidencien su impacto en el TLP.

2.1 Bases de datos

Se han llevado a cabo diferentes estrategias de búsqueda con el fin de localizar el mayor número posible de estudios relacionados con el tema. Para ello, se ha realizado una búsqueda exhaustiva en las bases de datos de la Universitat Jaume I, incluyendo PsycNet, que es una base de datos bibliográfica del American Psychological Association que contiene citas y resúmenes de artículos de revista, libros, tesis doctorales e informes, lo cual me ha permitido localizar y conseguir artículos de revistas esenciales para el presente trabajo. También se ha utilizado Cochrane Library, se trata de una base de datos que recoge revisiones sistemáticas elaboradas a partir de ensayos clínicos controlados, así como revisiones de la evidencia más fiable derivadas de otras fuentes. Pubmed es un servicio de la National Library of Medicine que da acceso a MEDLINE y otras revistas científicas del área de biomedicina y que tiene enlaces a otras bases de datos y a artículos en texto completo lo cual me ha permitido acceder a documentos al completo y a otras bases de datos. Otra fuente de información ha sido mediante el contacto con profesionales de la salud que se encuentran estudiando o han realizado estudios relacionados con el tema.

2.2 Términos y estrategias de búsqueda

En primer lugar, se buscó información con los siguientes términos: “*Family Connections*” or “*Family Connections Programme*” or “*Treatment families with borderline personality disorder*”. Se seleccionó un rango de fecha de publicaciones desde 2005 hasta la actualidad y no se añadió ningún filtro más de búsqueda.

En la base de datos PsycNet, bajo la terminología “Family Connections”, se encontró un total de 7 artículos. Alguno de ellos, estaba publicado en un idioma desconocido por lo que se acotó la búsqueda con el filtro del idioma, español o inglés, y, además, se seleccionó la opción de acceso al documento completo y, de esta manera, se encontraron un total de 5 artículos.

Dado que, en la primera búsqueda, no se encontró mucho material, se procedió a utilizar también la base de datos Cochrane Library. En primer lugar, encontramos 10 artículos, y posteriormente con los mismos filtros anteriores utilizados para la base de PsycNet, se obtuvieron un total de 9 artículos.

En cuanto al campo de búsqueda, en la base de datos Pubmed, en una primera búsqueda sin criterios de selección encontramos 6 documentos, con los filtros del idioma y de acceso al documento completo, y con el criterio de temporalidad de 2005 – hasta la actualidad, se encontraron un total de 4 documentos. En total se disponía de 18 documentos (*Figura 2*).

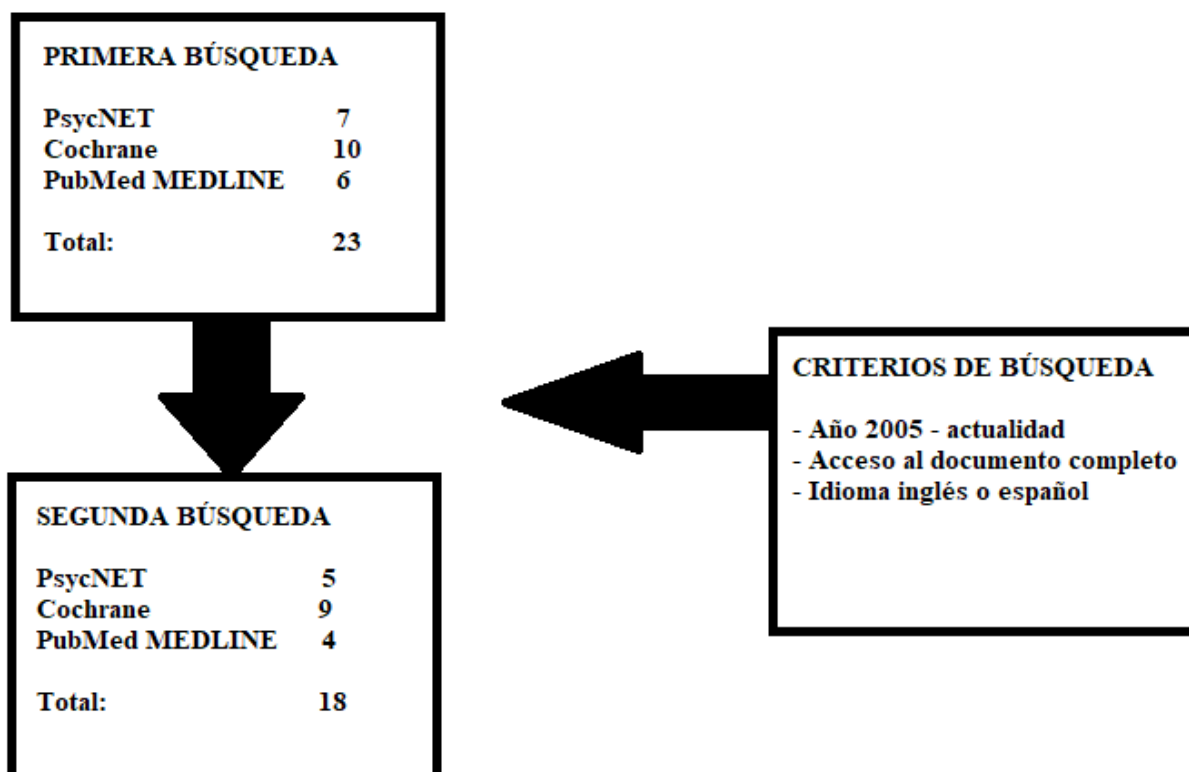


Figura 2- Proceso de búsqueda

2.3 Términos de inclusión y exclusión

Todos los artículos encontrados fueron exportados a la base de datos Mendeley, quedando clasificados por carpetas según la base de datos de la que procedían. A continuación, se procedió a eliminar los documentos duplicados, y posteriormente se realizó un primer análisis cualitativo de los artículos preseleccionados, mediante la lectura de los resúmenes verificando el cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Estudios realizados con familias de pacientes con TLP
- 2) Acceso al documento completo
- 3) Estudios que utilicen el programa Family Connections
- 4) Estudios publicados en inglés o español

Por otra parte, fueron excluidos aquellos documentos que se trataban de:

- 1) Estudios con familiares de pacientes que presenten otro trastorno distinto al TLP

Además, se realizó un segundo análisis cualitativo de los artículos mediante la lectura en su versión completa. En este proceso, se seleccionaron un total de 7 artículos para analizar. Posteriormente, también se optó por buscar otro tipo de información mediante el Google Scholar y a través de la comunicación con investigadores sobre este tema, se incorporaron 2 artículos más. Así pues, en la siguiente tabla se observa los 9 documentos con el que se ha llevado a cabo la presente revisión bibliográfica narrativa:

NOMBRE DEL DOCUMENTO	AUTOR/ES	AÑO
1. Dialectical Behavior Therapy - Family Skills Training	Perry D. Hoffman Alan E. Fruzzetti Charles Swenson	1999
2. Family Connections: A program for relatives of persons With Borderline Personality Disorder	Perry D. Hoffman Alan E. Fruzzetti Ellie Buteau Emily R. Neiditch Dixianne Penney Martha L. Bruce Frederic Hellman	2005
3. Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model	Perry D. Hoffman Alan E. Fruzzetti Chad Senk	2005
4. Understanding and engaging families: An Education, Skills and Support	Perry D. Hoffman	2007

Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder	Alan E. Fruzzetti Ellie Buteau	
5. Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis	Perry D. Hoffman Alan E. Fruzzetti	2007
6. Fostering Validating Responses in Families	Alan E. Fruzzetti Chad Senk	2008
7. Family Connections in New Zealand and Australia: an Evidence- Based Intervention for Family Members of People With Borderline Personality Disorder	Roy Krawitz Anne Reeve Perry Hoffman Alan Fruzzetti	2016
8. Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study	Daniel Flynn Mary Kells Mary Joyce Paul Corcoran Sarah Herley Catalina Suarez Padraig Cotter Justina Hurley Mareike Weihrauch John Groeger	2017
9. Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite	María V. Navarro-Haro Nuria Pérez-Hernández Susana Serrat Miquel Gasol-Colomina	2018

3. RESULTADOS

Como hemos visto, hay un campo extenso de estudios dedicado al fenómeno y tratamiento del TLP. La DBT ha ido adquiriendo mucha evidencia y fuerza en el tratamiento del trastorno. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en evaluar e intervenir en los familiares de la persona que sufre el trastorno, pues, la patología de la enfermedad es algo que afecta directamente a las relaciones sociales y tiene severas consecuencias en el entorno familiar. Los estudios revelan que las personas que conviven o se encuentran a cargo de un paciente con TLP experimentan dificultades para hacer frente a la enfermedad, no sólo por la psicopatología asociada al trastorno y sus consecuencias, sino porque en ocasiones, el impacto del trastorno en el núcleo familiar provoca sobrecarga emocional, depresión y sufrimiento.

Hoffman y Fruzzetti, en 2005, decidieron realizar un estudio dedicado específicamente a familiares de personas con TLP, para ello diseñaron el programa FC que tiene como objetivo empoderar a los familiares con información sobre la enfermedad, proporcionar habilidades y estrategias de afrontamiento y ser una red de apoyo social.

En este primer estudio de Fruzzetti y Hofman hipotetizaron que, tras recibir el Programa, los familiares de individuos con TLP disminuirían su carga emocional, su sintomatología depresiva y experimentarían menos dolor. También supusieron que habría una mejora notable en las habilidades de dominio y autoeficacia. Además, postularon que los cambios se mantendrían 6 meses después de haber recibido el tratamiento.

Hoffman y cols. (2005) exploraron la efectividad del programa FC para familiares de individuos con un diagnóstico de TLP. Con una muestra 44 participantes que representaban a 34 familias completaron cuestionarios de pre-intervención, post-intervención y seguimiento de 3 meses. Aproximadamente el 88% de los participantes eran padres, el 9% eran cónyuges / parejas y el 3% eran hermanos; la edad media de los participantes fue de 55 años, y la edad media de la persona con TLP fue de 25 años. Los autores informaron una asistencia media de 10 de 12 sesiones (83%) con una tasa de abandono del 12%. Los resultados para el primer estudio no mostraron cambios significativos para la variable depresión en la unidad familiar tres meses después del programa. Sin embargo, el hecho de adquirir información más actualizada sobre el trastorno, aprender nuevas emociones y habilidades de afrontamiento, y tener una red de apoyo, mejoró significativamente aspectos importantes del bienestar de los miembros de la familia tales como la sobrecarga emocional, el dolor y la autoeficacia, que se

mantuvieron 6 meses después de la línea base. Sin embargo, este estudio presentaba muchas limitaciones, entre otras, la ausencia de un grupo control para evaluar diferencias entre los grupos, también debe evaluarse la efectividad del programa con mayores niveles de seguimiento. Otra limitación es que deben tenerse en cuenta variables individuales de cada miembro de la familia que pueda influir en los resultados.

El segundo estudio (Hoffman et al., 2007), que tenía un tamaño de muestra ligeramente mayor, demostró mejoras estadísticamente significativas para la depresión, así como también se replicaron los hallazgos del primer estudio donde encontraron que la participación en el programa de FC condujo a reducciones significativas del dolor, la sobrecarga y la depresión y se encontraron mejoras en los niveles de dominio. Ambos estudios encontraron que los cambios se mantuvieron durante los tres meses posteriores.

Posteriormente, estos mismos autores, también llevaron a cabo un estudio de replicación con una muestra de población más grande. En ambos estudios En Suecia, se entregó a miembros de la familia de individuos que habían intentado suicidarse un programa de FC de nueve sesiones adaptado para tratar específicamente los intentos de suicidio y dirigido por terapeutas de TCC capacitados en FC, donde también se observó una reducción en las puntuaciones de depresión y carga (Rajalin, 2009).

Este tercer estudio se llevó a cabo en Suecia. Rajalin y cols., en 2009, incluyeron en su estudio una pequeña adaptación que incluía educación para la prevención del suicidio. Se entregó a los familiares de individuos que habían intentado suicidarse un programa de FC de nueve sesiones adaptado para tratar específicamente los intentos de suicidio y dirigido por terapeutas de corriente cognitivo-conductual y capacitados en FC. Las investigaciones demostraron mejoras estadísticamente significativas en la sobrecarga emocional, el dolor y la autoeficacia, y una mejora no significativa en la depresión. Dada la pequeña escala de ese estudio ($n = 13$), los resultados indicaron tamaños de efectos sustanciales de acuerdo con los otros dos estudios.

Los resultados obtenidos en los tres estudios anterior han mostrado tener consistencia. Sin embargo, cabe mencionar que los dos primeros estudios (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007) se realizaron en los EE. UU., donde los líderes del programa formaban parte de la familia, y en el tercer estudio los líderes del programa eran profesionales. Los primeros dos estudios llevados a cabo por Hoffman & cols., incluyeron datos de seguimiento recopilados posteriormente a los 3 meses del programa, pero el tercer estudio no recopiló datos de seguimiento. También encontramos que el tamaño de las muestras difiere en cada estudio, por lo que son limitaciones de estos trabajos.

Los estudios piloto que han evaluado el programa Family indican mejoras en el duelo (las experiencias cognitivas, emocionales y psicológicas como tristeza, dolor y pérdida asociadas a tener un familiar con trastorno mental; Hoffman, 2005), la sobrecarga emocional, el bienestar psicológico y la autoeficacia de los familiares tras recibir el programa (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Rajalin & cols., 2009).

Otro estudio muy reciente llevado a cabo en Irlanda por Daniel Flynn et al., (2017) ha comparado el programa FC, de 12 semanas de duración, con un programa de tratamiento habitual. El objetivo era también llevar a cabo un seguimiento a largo plazo con las personas que completaron el FC. Este fue un estudio controlado no aleatorio realizado en un entorno de salud pública y, resulta ser muy interesante porque ha sido el primer estudio que compara la efectividad del Programa FC con un grupo control. Estos autores utilizaron una muestra de 80 participantes, de los cuales 51 participaron en el programa FC y los 29 restantes fueron incluidos en el programa de tratamiento habitual. Los resultados mostraron que la FC fue superior al tratamiento habitual optimizado en reducir tanto la sobrecarga subjetiva y objetiva como el duelo. Las mejoras se mantuvieron en los seguimientos (3, 12 o 19 meses) en el grupo FC. Los grupos no difirieron significativamente en términos de cambio en las puntuaciones de depresión o autoeficacia. En general, los resultados en el entorno irlandés fueron comparables a los estudios anteriores, esto implica una coherencia en la efectividad del programa de FC independientemente de la ubicación. Sin embargo, el programa OTAU no constituye un grupo de comparación directa con la intervención de FC debido a la variación significativa en la duración entre los programas, y, por lo tanto, no pretende ser visto como un verdadero control. Además, las puntuaciones obtenidas en la variable depresión, para los participantes del estudio actual fueron más bajas que los de Hoffman. Es difícil identificar una razón concreta para tal disparidad en las puntuaciones antes y después de la intervención; sin embargo, es posible que la variación cultural en las actitudes públicas hacia la depresión en un contexto irlandés haya influido en las respuestas de los individuos.

Una limitación de este estudio es que utiliza un diseño no controlado y no aleatorio, lo que dificulta determinar si los cambios que se encontraron se debieron totalmente a la intervención, o en parte, a otros factores, como el paso del tiempo. Además, en el momento de este estudio, no había una intervención alternativa basada en evidencia disponible para este grupo de participantes que pudiera haber sido utilizada como grupo control, el programa OTAU fue un intento de incluir un grupo de comparación.

Existe otro estudio de replicación pre-post que está en marcha en Nueva Zelanda dirigido por Roy Krawtitz, Anne Reeve, Perry Hoffman y Alan Fruzzetti (2016), con los datos recopilados, pero aún no analizados. El objetivo explícito del programa Family Connections es ayudar a la salud mental y al bienestar de los miembros de la familia. Al mismo tiempo, se espera que el aumento del bienestar de los miembros de la familia juegue un papel muy importante en el bienestar de la persona con TLP. Sin embargo, estos programas son relativamente nuevos y hace falta muchas investigaciones y estudios que para probar su efectividad. Los estudios controlados aleatorizados son el siguiente paso de investigación para confirmar y extender la validez de FC como un programa de intervención para familiares de pacientes con TLP basado en la evidencia.

4. DISCUSIÓN

En la última década se ha señalado la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para abordar el ambiente familiar/relacional de las personas con TPL. Los programas familiares para familias de personas con trastornos psiquiátricos distintos del TLP, cuando han estado disponibles, han desempeñado un papel valioso en los entornos de tratamiento (Dixon et al., 2001). Es una realidad para tener en cuenta, que los estudios indiquen que los miembros de la familia con un pariente con una enfermedad mental tienen, en general, un alto riesgo de depresión (Dyck, Short y Vitaliano, 1999; Song, Biegel y Milligan, 1997). Otros datos documentan que, además de la depresión, el estrés de tener un familiar con una enfermedad mental está asociado con la carga, el dolor y el aislamiento (Greenberg, Seltzer y Greenley, 1993; Lefley, 1987). Sin embargo, existen pocos estudios realizados con familias de pacientes diagnosticados con TLP.

Hoffman y Fruzzetti (2005) fueron los precursores de poner en marcha el programa FC, con el objetivo de que este genere un impacto positivo en el bienestar de las personas con familiares diagnosticados de TLP. En sus primeros estudios, la sobrecarga emocional, el bienestar psicológico y la autoeficacia de los familiares tras recibir el programa habían mejorado (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Rajalin Wickholm-Pethrus, Hursti, y Jokinen, 2009). Por otro lado, recientemente Flynn et al., (2017) llevaron a cabo un estudio no aleatorizado en Irlanda en el que compararon el programa FC (n = 51) con un tratamiento habitual optimizado (n = 29), en el que encontraron mejorías en cuanto a la sobrecarga emocional y al dolor, y una ligera mejoría en los resultados para la depresión comparados con los tres estudios anteriores.

Por tanto, cabe concluir que afortunadamente ya se han desarrollado estrategias para proporcionar apoyo a los familiares de pacientes con TLP y que dichos programas de tratamiento cuentan con apoyo empírico. Sin embargo, estos estudios tienen muchas limitaciones, y para avanzar en este campo las futuras investigaciones deben utilizar mejores diseños, con ensayos clínicos controlados, utilizando muestras de población más amplias y con adecuados estudios de seguimiento. También resulta de gran interés para la investigación futura, analizar los componentes que se incluyen en los programas de intervención para poder analizar cuáles son necesarios y cuales se podrían obviar. Otro aspecto fundamental a tomar en consideración es estudiar el posible efecto que tenga sobre el paciente el hecho de que sus familiares sigan (o no lo hagan), un programa de estas características. Asimismo, tendría interés tomar en consideración en un futuro considerar la etapa del tratamiento de la DBT en la que se encuentra el paciente con TLP, el número de miembros de la familia que participan en el programa FC, así como su sexo, dada la escasa representación de los varones en estos estudios.

En conclusión, los resultados indican que es importante realizar intervenciones con las familias de pacientes que padezcan TLP. Las investigaciones recientes, deben mejorar notablemente su diseño y puesta en práctica para poder ganar evidencia empírica. Las futuras líneas de investigación deberían analizar e incluir en sus estudios el impacto que tiene la intervención familiar en el curso de la enfermedad.

En este trabajo, se ha realizado una búsqueda narrativa para obtener información acerca de los estudios e intervenciones realizadas específicamente para familiares con personas con TLP, centrándose de forma fundamental en el programa FC. Nuestro trabajo pone de manifiesto que se trata de una línea de investigación reciente que demuestra la importancia de desarrollar mejores programas dirigidos a las familias de pacientes con de TLP, así como someterlos a prueba en estudios controlados. Sin embargo, existen importantes limitaciones ya que se trata de una revisión narrativa que, al centrarse en FC, no abarca la totalidad del campo. Por tanto, en el futuro será necesario llevar a cabo revisiones sistemáticas que consideren también otros posibles programas para familiares de pacientes con TLP que nos permitan dilucidar las posibles ventajas o desventajas de cada uno de ellos.

En suma, esta revisión solo pretende mostrar la necesidad perentoria de atender de forma más adecuada y satisfactoria a los familiares de pacientes con TLP. Confiamos en que dicho interés y apoyo a los familiares redunde en el futuro en un mejor tratamiento para los propios pacientes y de esta forma mejore el manejo global de TLP.

5. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana (Orig. 2013).

Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. Nueva York: Oxford University Press.

Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9, 11-15

Bowlby, J. (1998). *El apego (Attachment)*. Madrid, España: Paidós.

Cuevas, C. y López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (Effective psychological interventions for the treatment of borderline personality disorder). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Family Perspectives on Borderline Personality Disorder. (2002). *From Research to Community. Breakout Proceedings Conference of the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder and Columbia University College of Physicians and Surgeons*, New York, NY.

Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., & Groeger, J. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: Non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 18.

Fruzzetti, A.E., & Fruzzetti, A.R. (2003). Borderline personality disorder. In D.K. Snyder & M.A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235–260). New York: Guilford Press.

Fruzzetti, A.E., y Boulanger, J.L. (2005). Family involvement in treatment for borderline personality disorder. In J.G. Gunderson & P.D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pgs. 157-164). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Fruzzetti, A. E. & Fantozzi, B. (2008). Couples therapy and the treatment of borderline personality and related disorders. In A. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couples therapy* (4th ed., pp. 567 – 590). New York: Guilford Press.

Fruzzetti, A. E. & Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline Personality disorder. In D. Snyder & M. A. Whisman (Eds), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235-260). *Nueva York*: Guilford Press.

Fruzzetti, A. E. & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. Nueva York: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.

Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology, 17*, 1007-1030.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis, 72*, 1-18.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation. An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299

Gunderson, J. G. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: An alternative proposal. *Journal of Personality Disorders, 24*, 694-708.

Hoffman, P.D., Buteau, E., Hooley, J.M., Fruzzetti, A.E., & Bruce, M.L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process, 42*, 469–478.

Hoffman, P.D., & Fruzzetti, A.E. (2005). Psychoeducation. In J.M. Oldham, A. Skodol, & D. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 375–385). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., & Swenson, C.R. (1999). Dialectical behavior therapy: Family skills training. *Family Process, 38*, 399–414.

- Hoffman, P.D., & Hooley, J.M. (1998). *Expressed emotion and treatment of borderline personality disorder*. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 4(3), 39–54.
- Hoffman, P.D., Struening, E., Buteau, E., Hellman, F., & Neiditch, E. (2005). *Family Perspectives Survey*. Manuscript in preparation.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*
- Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW et al. (1989) *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Nueva York: Basic Books.
- Kernberg, O. F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad (Severe Personality Disorders)*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Arnold, R., kahl, K. G., Rudolf, S. y Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Tehrapy*, 44, 1211-1217.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press. Traducción al castellano por Paidós (2003).
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2014). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: A randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72, 475-482
- Rajalin M, Wickholm-Pethrus L, Hursti T, Jokinen J. Dialectical behaviour therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Arch Suicide Res*. 2009;13(3):257–63.
- Schnyder, U. (2009). Future perspectives in psychotherapy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 Suppl 2, S123-128.

Stern A: *Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses*. *Psychoanal Q* 1938,7:467–489.

Young JE, Klosko JS y Weishaar ME (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.