



**“FAMILY CONNECTIONS” PROGRAMA INTENSIVO DE APOYO A LAS FAMILIAS
CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.**

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

Autora: Sara Galán Selaya

Tutora: Cristina Botella Arbona

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Facultad de Ciencias de la Salud, Universitat Jaume I

2021-2022

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Etiología del Trastorno	7
Tratamientos Basados en la Evidencia Para el Trastorno Límite de la Personalidad	8
Introducción a <i>Family Connections</i> (FC)	8
Justificación de la Elección del Tema	10
Objetivos	11
Hipótesis	12
Método	12
Participantes	12
Consideraciones Éticas	14
Medidas	14
Procedimiento	17
Tratamiento	18
Análisis de datos	19
Resultados	19
Discusión	24
Conclusiones	26
Referencias	28
Apéndice	34

Resumen

Introducción: Los familiares que tienen un allegado con TLP refieren dificultades para hacer frente día a día a los retos que le supone. La falta de disponibilidad de tiempo para recibir un tratamiento suele ser frecuente por las propias necesidades del familiar o por trabajo. El objetivo de este estudio ha sido comprobar la eficacia y la aceptación de un nuevo formato intensivo de destinado a familiares que no pueden acudir todas las semanas a sesión por falta de disponibilidad de tiempo.

Método: Se trata de un estudio piloto no aleatorizado con una evaluación pre-post y dos condiciones de tratamiento, una intensiva de seis sesiones y otra tradicional de doce. La muestra estaba compuesta por 46 familiares distribuidos en las dos modalidades, 21 en la modalidad intensiva y 24 en la tradicional. Se han evaluado las variables carga, depresión, ansiedad y estrés, dominio y empoderamiento, funcionamiento familiar y calidad de vida. Los participantes respondieron al protocolo de evaluación antes y después del tratamiento.

Resultados: Se observan mejoras estadísticamente significativas en Carga, depresión y estrés, funcionamiento familiar. No se encuentran mejoras en calidad de vida ni ansiedad. Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas modalidades de tratamiento. Se observa una buena aceptación del nuevo formato de tratamiento por los participantes.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio confirman la viabilidad y efectividad de otras modalidades de tratamiento de FC. Se abren nuevas fronteras para elaborar nuevos formatos de tratamiento adaptados a la heterogeneidad de las familias que participan en el programa.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Tratamiento psicológico, Familiares, *Family Connections*

Abstract

Introduction: Family members who have a relative with BPD report difficulties with the day-to-day challenges that they face. The lack of time available to receive a treatment is often due to the busy lives of the family regarding work and other responsibilities.

The aim of this study is to verify the effectiveness and the acceptance of a new intensive programme for family members who cannot attend sessions every week owing to lack of time.

Method: This is a non-randomized pilot study with a pre-post evaluation and two treatment conditions, an intensive one with six sessions and a traditional one with twelve. The sample was made up of 46 relatives distributed in the two modalities, 21 in the intensive modality and 24 in the traditional one. The variables such as burden, depression, anxiety and stress, dominance and empowerment, family functioning and quality of life have all been evaluated. The participants responded to the evaluation protocol before and after treatment.

Results: Statistically significant improvements are observed in burden, depression and stress as well as family functioning. No improvements in quality of life or anxiety are found. There were no statistically significant differences either between both treatment modalities. A good acceptance of the new treatment format by the participants is observed.

Conclusion: The findings of this study confirm the feasibility and effectiveness of other FC treatment modalities. New frontiers are opened to develop new treatment formats adapted to the heterogeneity of the families that participate in the programme.

Key Words: Borderline personality disorder, psychological treatment, family members, family connections.

Introducción

El Trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave (Ek Dahl et al., 2016; Morales et al., 2019) que se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación afectiva, el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen (Mendez-Miller et al., 2022), además de conductas autodestructivas o autolíticas (Videler et al., 2019; Morales et al., 2019; Hoffman, et al., 2007; Ek Dahl et al., 2016; Flynn et al., 2017). En la tabla 1 se recogen los criterios diagnósticos según el DSM-5 (APA, 2013).

Tabla 1.

Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-5 (APA, 2013)

Patrón persistente de inestabilidad y desregulación en las relaciones interpersonales, los afectos y la autoimagen, que aparece en la adultez joven. Debe aparecer en varios contextos y, cumplirse cinco o más de los siguientes criterios:

1. Evitar de manera desesperada un abandono por parte de una persona con la que tiene un vínculo estrecho (real o imaginario)
2. Patrón inestable e intenso en las relaciones que fluctúa entre la idealización y la devaluación.
3. Alteración de la identidad, el sentido del yo y su imagen corporal.
4. Impulsividad con consecuencias dañinas para sí mismos (Ej. compras compulsivas, atracones, relaciones sexuales, consumo de sustancias, conducción temeraria, etc.)
5. Ideación y comportamiento suicida o conductas autolesivas.
6. Desregulación elevada de las emociones que hacen que fluctúen rápidamente de un estado de ánimo (Ej. episodios de disforia, ansiedad o irritabilidad). De corta duración (unas horas) y a veces se puede extender a unos días.
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Alteraciones del pensamiento: ideación paranoide temporal o síntomas disociativos graves relacionados con episodios de estrés.

- Estas conductas no deben proporcionar malestar o deterioro en diferentes áreas de su vida.
 - Deben ser estables en el tiempo y no explicarse por otro trastorno mental.
 - No debe ser atribuido a los efectos o consumo de alguna sustancia o alguna afección médica.
-

Su inicio se produce entre la adolescencia y la edad adulta temprana (Liljedahl et al., 2019) y continua hasta la edad adulta mayor (Videler et al., 2019). El diagnóstico se suele realizar después de la adolescencia, ya que anteriormente existe un patrón de

inestabilidad e inmadurez acorde a su periodo evolutivo que impide saber con certeza cual será el pronóstico y desarrollo final de la personalidad (Ek Dahl et al., 2016).

El TLP presenta la prevalencia más elevada de entre todos los trastornos de la personalidad y, también por ello, el más investigado en el ámbito clínico (Hoffman, et al. 2007). Se estima que aparece entre un 0,2% y un 1,8% de la población general (Linehan, 2000; Gunderson et al., 2018). Además, entre un 14% y un 20% de los pacientes hospitalizados cumplen criterios diagnósticos para el trastorno (Gunderson et al., 2018; Linehan, 2000). Asimismo, también se estima que abarca un 6,4% de las visitas en atención primaria en adultos (Méndez-Miller et al., 2022; Liljedahl et al., 2019).

Cabe destacar que, por su sintomatología, las personas con diagnóstico de TLP presentan riesgo muy elevado de suicidio; al menos un 73% de los pacientes han cometido un intento de suicidio. El promedio de intentos se encuentra actualmente en 3,4 y hasta un 10% terminan consumando finalmente el suicidio (Hoffman, et al., 2007; Ek Dahl et al., 2016).

A pesar de su elevada incidencia se sabe que, por su complejidad clínica, se encuentra infradiagnosticado, además de que la alta comorbilidad con otros trastornos mentales no facilita llegar a determinar fácilmente la problemática ante la que se encuentra el profesional (Méndez-Miller et al., 2022).

Por las características clínicas del trastorno, muchas veces ciertos estresores sociales y personales activan preocupaciones somáticas, agresividad, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias u otro tipo de sabotajes a su propia salud que, finalmente, hacen que la persona termine recurriendo a la atención médica (Méndez-Miller et al., 2022).

El elevado uso de los dispositivos de salud, las altas tasas de hospitalización y el elevado riesgo de suicidio, junto con los malos resultados de los tratamientos tradicionales (Méndez-Miller et al., 2022) en muchas ocasiones tienen un impacto directo en la opinión que tienen los propios profesionales médicos en relación con el trastorno (Linehan, 2000).

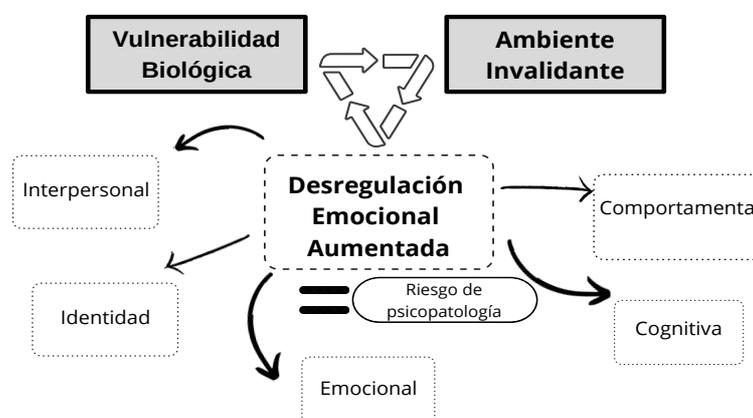
Además, estos pacientes abandonan rápidamente los programas de tratamiento y de hospitalización (Méndez-Miller et al., 2022). En consecuencia, muchos profesionales sanitarios tienen dificultades para mantener la empatía con los pacientes con TLP. Como resultado, esta perspectiva negativa enfatiza la estigmatización del propio trastorno y puede que se traduzca en un aumento del riesgo de suicidio en una población que ya se encuentra en serio peligro. (Burke et al. 2019).

Etiología del Trastorno

El TLP surge de la combinación de factores biológicos (genéticos) y ambientales (familiares, sociales y del entorno) que producen riesgo de desarrollar el trastorno (Morales et al., 2019). Linehan (1993) desarrolló la “Teoría Biosocial” bajo este planteamiento en el que explicaba que la desregulación emocional se producía por la existencia de vulnerabilidad biológica, que produce más respuestas emocionales, así como un ambiente invalidante que reacciona de manera negativa hacia sus emociones y refuerza ciertas expresiones emocionales no adaptativas. La unión de ambas variables produce la desregulación emocional y el riesgo de desarrollar la psicopatología. En la figura 1 se observan las variables implicadas en la desregulación emocional en este trastorno.

Figura 1.

Explicación de la Teoría Biosocial Desarrollada por Linehan (1993).



Tratamientos Basados en la Evidencia Para el Trastorno Límite de la Personalidad

Tratamiento Farmacológico

Suele ser uno de los más empleados y, sin embargo, se observa una eficacia limitada para tratamiento del TLP. Se ha encontrado que, en algunos casos, existe una mejora de algunos síntomas asociados como la ira, la agresión o la labilidad afectiva (Morales et al., 2019; Gartlehner et al. 2021).

Tratamiento psicológico

Actualmente tres tratamientos tienen un apoyo científico más elevado: la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) incluida dentro de las terapias de tercera generación, la terapia mentalización MBT (Fonagy y Bateman, 2006) de enfoque psicoanalítico (Méndez-Miller et al., 2022) y la terapia de esquemas de Young (2003) de corte integrativo (Rameckers et al., 2021; Rady et al., 2021; Popiel, 2021; Byrne y Egan 2018; Oud et al., 2018). También existen otros tratamientos que se centran en el entorno del paciente que presentan una eficacia media. La psicoeducación se basa en proporcionar información para comprender la problemática que subyace al trastorno límite de personalidad (Betts et al., 2018), mientras que, en los programas de intervención familiar, se realiza un tratamiento de manera conjunta, encontrándose en sesión tanto los familiares como el paciente. Los programas desarrollados son de corte psicoeducativo y se suelen incluir distintos componentes del tratamiento de DBT o de mentalización (Guillén et al., 2021).

Introducción a *Family Connections* (FC)

El programa *Family Connections* (FC) (Fruzzetti y Hoffman, 2004) es un tratamiento de intervención multifamiliar educativo con una duración de 12 semanas. Su objetivo es ayudar a los familiares de personas con un diagnóstico TLP (Hoffman et al., 2005; Rajalin et al., 2009; Liljedahl et al., 2019; Burke et al., 2019; Flynn et al., 2017).

Se basa en la terapia dialéctica comportamental (DBT), añadiendo la perspectiva de los propios familiares, con el propósito de encontrar un equilibrio entre sus propias necesidades y las de su allegado (Hoffman, et al., 2007). El objetivo principal del programa es informar sobre las actuales investigaciones acerca del TLP, proporcionar tanto habilidades de afrontamiento individuales como a nivel familiar y establecer una red de apoyo social (Hoffman, et al., 2007; Hoffman et al., 2005). Por consiguiente, se espera que los familiares consigan mejorar la gestión de sus propias emociones, aumenten la sensación de control de la situación, que reduzcan el estrés derivado de las crisis y que mejoren la comunicación y resolución de problemas (Rajalin et al., 2009).

Los resultados hasta el momento han demostrado que los aspectos que los familiares consideran problemáticos (carga, depresión, duelo, dolor y dominio), obtienen unos cambios satisfactorios tras la implementación del programa FC.

Se ha observado una disminución de los niveles de carga, dolor, depresión y duelo (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Rajalin et al., 2009; Fisher et al., 2021), exceptuando depresión en el estudio de Hoffman et al., (2005). Por otra parte, también un aumento del dominio o empoderamiento, así como mejoras en el bienestar familiar general. Estas mejoras se mantuvieron hasta 6 meses después de finalizar la intervención (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Rajalin et al., 2009; Fisher et al., 2021).

Los resultados del programa se valoran por los propios familiares como positivos, presentando una mejor actitud ante el trastorno (Fernández-Felipe et al., 2020) y una ayuda a la hora de reducir las recaídas y facilita la recuperación (Fernández- Felipe et al., 2021).

Actualmente también se ha sometido a prueba FC en familiares con otros trastornos mentales y se ha observado también mejoras significativas en carga, duelo y afrontamiento (Boritz, et al., 2021).

Justificación de la Elección del Tema

Hoy en día, otros trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia cuentan con servicios de apoyo a sus familiares, pero en el caso del trastorno límite de personalidad, la realidad es muy distinta. La sensación de sus allegados es de incompreensión y de abandono tanto por los servicios de salud como por el resto de la sociedad (Hoffman et al., 2005). Actualmente los familiares reivindican que no están satisfechos con su participación con relación al apoyo del paciente y tampoco se sienten valorados o incluidos en el tratamiento (Flynn et al., 2017). Además, perciben que los pacientes con TLP sufren estigmatización por parte de los profesionales sanitarios. En muchas ocasiones no los aceptan como pacientes por la gravedad y complejidad del mismo trastorno (Hoffman et al., 2005) o sus comportamientos se interpretan como llamadas de atención o intentos de manipulación de su entorno, haciendo sentir mal a estos pacientes y a sus familiares (Burke et al., 2019).

Las personas que padecen un TLP presentan importantes dificultades a nivel interpersonal, que repercuten principalmente en este entorno familiar por ser el más cercano (Liljedahl et al., 2019). Por ello, en muchas ocasiones, acaban interviniendo en las crisis y manejando comportamientos agresivos o conductas suicidas sin estar preparados para hacerlo (Hoffman, et al., 2007). En consecuencia, una buena estabilidad emocional de los familiares juega un papel clave y mediador del pronóstico del propio trastorno, porque actuarán mejor ante los problemas que puedan ocurrir (Florange y Herpertz, 2019).

Generalmente, los familiares se quejan de que tienen desconocimiento acerca del trastorno, incidiendo directamente en el día a día y produciendo un entorno estresante (Ekdahl et al., 2016). Un estudio con familiares con TLP demostró que la incertidumbre sobre el diagnóstico y el conocimiento incorrecto del trastorno aumenta la carga y el nivel de depresión. Si la familia participa en el proceso de tratamiento, ayuda

a que no se produzca una recaída, acelera la recuperación y aumenta el bienestar familiar (Rajalin et al., 2009).

Por todos los problemas y necesidades asociadas a padecer un TLP que se han mencionado, es muy importante que se desarrollen y se siga investigando la utilidad clínica de programas como *Family Connection* (FC), que cubran las necesidades de una población con grandes dificultades para abordar los problemas de su familiar. Dado que la evidencia inicial de la eficacia de FC es buena, es importante avanzar con nuevos estudios que permitan ampliar y mejorar la disponibilidad y el alcance de este programa de intervención. Tras la implementación del programa en población española (Fernández-Felipe et al., 2020), se ha encontrado la necesidad de mejorar y adaptar el formato de aplicación del programa FC a las propias demandas de las familias. Cabe señalar que el protocolo de tratamiento actual consta de 12 sesiones, abarcando por tanto un tiempo bastante amplio del que algunos familiares no disponen, ya sea por trabajo o por la propia carga que les genera este familiar, requiriendo de un formato más corto.

Objetivos

El objetivo principal del trabajo es someter a prueba la viabilidad y aceptación de un nuevo formato intensivo de aplicación del programa destinado a familiares de pacientes con TLP que tienen un tiempo limitado, ya sea por trabajo o por la necesidad de cuidar de su familiar. Además, se pretende también aportar información acerca de la validez y eficacia del programa comparando los resultados del programa de 12 sesiones, con el programa intensivo compuesto por 7 sesiones y destinado a familiares con tiempo limitado ya sea por trabajo, o por necesidad de cuidar a su familiar. Para ello, se analizan las variables carga, depresión, ansiedad, estrés, dominio o empoderamiento, calidad de vida y funcionamiento familiar.

Finalmente, con relación a los objetivos del programa, se espera mejorar el conocimiento que tienen los familiares acerca de la problemática de su allegado. También, se espera que adquieran nuevas habilidades para mejorar sus relaciones y que establezcan una red de apoyo entre los que conforman el grupo de terapia.

Hipótesis

La hipótesis principal es que el formato de aplicación de programa sea viable y bien aceptado por los participantes. Además, se espera obtener mejorías significativas en las variables: carga, depresión, ansiedad, estrés, dominio o empoderamiento, calidad de vida y funcionamiento familiar pese a que se ha utilizado este nuevo formato intensivo de intervención. En consecuencia, se espera obtener una mejora en la calidad de vida, un mejor funcionamiento familiar, un aumento del dominio o empoderamiento, una disminución de la carga percibida, la depresión, la ansiedad y el estrés.

Método

Participantes

En el presente estudio se ha realizado un muestreo no probabilístico por conveniencia de familiares de personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad. La muestra total estuvo compuesta de 46 familiares (78,3% mujeres, n=36; de entre 35 y 73 años; M=56,35, DT= 7,95. 21.7%). En cuanto al parentesco, la mayoría eran madres (71,7% n=33), seguidas por los padres (17,4% n=8), parejas (4,3%, n=2), hermanos (2,2%, n=1), hijo e hija (2,2% n=1) y tías (2,2%, n=1). Con relación al estado civil, el 63% estaban casados (n=29), el 30,5% divorciados (n=14) y el 6,5% solteros (n=3). Por último, en cuanto al nivel educativo, el 52,3% tenía educación superior (n=24), el 34,8% tenía educación secundaria (n=16), el 10,9% tenía educación primaria (n=5) y el 2,2% no tenía educación (n=1). La tabla 2 resume las características sociodemográficas de la muestra en ambas condiciones de intervención.

Tabla 2.*Características sociodemográficas de la muestra*

		FC Tradicional n= 25	FC Intensivo n= 21
Sexo	Mujer	19 (76%)	17 (81%)
	Hombre	6 (24%)	4 (19%)
Parentesco con el paciente	Madre	17 (68%)	16 (76.2%)
	Padre	4 (16%)	4 (19%)
	Pareja	2 (8%)	-
	Hermano/a	1 (4%)	-
	Hijo/a	-	1 (4.8%)
	Tía	1 (4%)	-
Estado civil	Casado/a	16 (64%)	13 (61.9%)
	Soltero/a	3 (24%)	-
	Separado	-	1 (4.8%)
	Divorciado/a	6 (12%)	7 (33.3%)
Nivel educativo	Superiores	12 (48%)	12 (57.1%)
	Secundarios	11 (44%)	5 (23.8%)
	Primarios	2 (8%)	3 (14.3%)
	Sin Estudios	-	1 (4.8%)
Sexo de los pacientes	Mujer	17 (77.3%)	17 (89.5%)
	Hombre	5 (22.7%)	2 (10.5%)

Nota: FC= *Family Connections*

La muestra de pacientes está formada por pacientes diagnosticados de trastorno de la personalidad (82,9% mujeres, n=34; de 14 a 61 años; M=28,17, DT=11,59; El diagnóstico principal fue para el 78% (n=32) de TLP y el 22% (n=9) de trastorno no específico de la personalidad.

Criterios de Inclusión y Exclusión en el Programa

Los criterios de inclusión utilizados para participar en el grupo de tratamiento han sido: (1) ser mayor de edad, (2) cumplimentar correctamente el consentimiento

informado y de manera voluntaria, sin ninguna retribución económica (3) tener un familiar o allegado con diagnóstico de Trastorno de la personalidad o desregulación emocional de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).

El criterio de exclusión ha sido padecer ningún trastorno mental grave diagnosticado que requiera cuidados especializados o que dificulte el desempeño de la intervención.

Consideraciones Éticas

El consentimiento informado se presentó al grupo y se obtuvo la aprobación por parte de todos los participantes. En él se especifican los objetivos de la intervención, la voluntariedad de esta y se les da la opción de abandonar el proyecto en cualquier momento si no están a favor de los términos establecidos. A su vez, por las características de su formato, se ha firmado un consentimiento de no grabación de las sesiones para así mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes en el estudio (véase apéndice A).

Además, de acuerdo con la comisión deontológica de la Universidad Jaume I, que vela por el cumplimiento de las normativas éticas con relación a la experimentación con personas o seres vivos, se ha aprobado el proyecto de investigación con el número de referencia PID2019-111036RB-100.

Medidas

Datos Sociodemográficos

Se ha administrado un cuestionario para reunir toda la información relacionada con las variables sociodemográficas: sexo, edad, parentesco con el paciente, nivel educativo y edad y sexo de los pacientes con trastorno de personalidad.

Para analizar los cambios producidos en los grupos de tratamiento, se seleccionaron una serie de instrumentos de autoinforme que conforman la batería de evaluación, que se describe más adelante. En cuanto a la aplicación de esta batería, la

primera medición se realiza antes del inicio del tratamiento y la segunda después de implementar el tratamiento. Se pretende observar los cambios producidos con la intervención en ambos formatos de tratamiento. Además, se pretende realizar un seguimiento al mes de tratamiento, a los tres meses, a los seis meses y al año. De esta forma, se observará si los cambios se han mantenido o no a lo largo del tiempo.

En este estudio se han tomado en consideración las siguientes variables: carga, depresión, ansiedad, estrés, empoderamiento o dominio, funcionamiento familiar y calidad de vida.

Resultados de la Intervención: Medidas de Resultado Primarias

Burden Assessment Scale (BAS) (Reinhard et al., 1994). Consiste en una escala de 19 ítems destinada a los cuidadores para medir la carga objetiva y subjetiva en los últimos seis meses. Las respuestas se basan en una escala de tipo Likert de 1 al 4. Resultados altos en este cuestionario implican que existe un nivel de carga elevado. La validación de la prueba en población española ha sido realizada por Fernández-Felipe et al. (2020). La escala muestra una validez adecuada con una fiabilidad de entre 0,89 y 0,91. Los alfas de Cronbach fluctúan entre .93 y .78.

Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) (Lovibond y Lovibond, 1995). Se aplica la escala de depresión, ansiedad y estrés que en esta versión consta de 21 ítems que miden la presencia de síntomas emocionales negativos. Puntuaciones elevadas indican mayor gravedad. Se utiliza la versión española validada por Daza et al. (2002). La escala presenta una muy buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de entre .94 y .87. En este estudio se ha observado unos alfas de Cronbach de entre 0.97 y .91.

Resultados de la Intervención: Medidas de Resultado Secundarias

Family Empowerment Scale (FES) (Koren et al., 1992). Se emplea la escala de empoderamiento familiar validada en español por Fernández-Valero (2019). Consiste en 34 ítems divididos en tres subescalas: familia, sistemas de servicios e intervención comunitaria. En cada ítem se encuentra una escala de 1 a 5, en la que puntuaciones elevadas y cercanas a 5 significan que existe una mayor percepción de empoderamiento con relación a la familia. Por otra parte, las propiedades psicométricas de la siguiente escala son adecuadas demostrando una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach entre .87 y .88. Durante este estudio los alfas de cronbach oscilaron entre .94 y .84.

Family Assessment Device- Global Functioning Scale (FAD-GFS) (Epstein et al., 1983). Se utiliza el cuestionario de funcionamiento familiar global compuesto por 60 ítems divididos en siete subescalas: solución de problemas, comunicación, rol, respuesta afectiva, implicación afectiva, control del comportamiento y funcionamiento general. Las puntuaciones más altas indican que existe un peor funcionamiento familiar. La validación en población española se ha realizado en el trabajo de Fernández-Felipe et al. (2020). En cuanto a las propiedades psicométricas, los alfas de Cronbach oscilan entre .72 y .92 con buena fiabilidad test- retest. En el estudio, los alfas de cronbach se mantuvieron entre .93 y .64

Quality of Life Index (QLI-SP). Se emplea la versión española de la escala (QLI) confeccionada por Mezzich, et al. (2000). Consta de 10 ítems que evalúan la calidad de vida percibida, abarcando así toda la esfera personal de la paciente. Se incluye el bienestar físico, bienestar psicológico emocional, funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional y funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, apoyo comunitario y de servicios, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida. Puntuaciones elevadas en esta prueba indican que existe una

mayor satisfacción y calidad de vida. Este instrumento tiene buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de .89 y alta confiabilidad test-retest 0.87. Durante el estudio, el alfa de Cronbach fue de .90.

Procedimiento

Los participantes en el estudio fueron contactados a través de cinco instituciones españolas: Asociación Valenciana de los Trastornos de la Personalidad (ASVA- TP), Una Unidad Especializada en trastornos de la personalidad, la Asociación de Familiares con Trastornos de la Personalidad, el Volcán de Zaragoza, TP Cartagena y NEABPD SPAIN. Para hacer el reclutamiento de los candidatos para entrar al proyecto, se les realiza una primera entrevista inicial. En ella se observa si cumplen los criterios de inclusión y exclusión para iniciar el tratamiento grupal.

En primer lugar, se les explicó a los posibles candidatos, los familiares de pacientes con TP, en qué consistía el programa FC. Los familiares interesados en colaborar cumplimentaron el consentimiento informado y posteriormente se les realizó una entrevista clínica para comprobar que realmente se cumplían los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio. Tras cumplir los requisitos, también rellenaron los cuestionarios correspondientes a la batería de instrumentos de evaluación para realizar una medición antes del tratamiento (PRE), después, tras administrar el tratamiento, se les vuelve a administrar los mismos cuestionarios para comprobar si se ha producido algún cambio (POST). Después, se asignó a los familiares participantes en el estudio a una de las dos condiciones experimentales de intervención existentes: el grupo intensivo o el grupo tradicional. La elección de los participantes en cada grupo dependió principalmente del momento temporal en el que se recibió la intervención.

El programa FC de formato tradicional o ampliado se realizó entre octubre y diciembre de 2020, mientras que el tratamiento que se desarrolló con el formato intensivo o abreviado se llevó a cabo de noviembre de 2021 a febrero de 2022.

Tras finalizar la intervención, se realizó un “*Focus Group*” con un formato online en el que participaron 21 personas. El objetivo fue registrar las opiniones de los familiares acerca de la intervención para comprobar si se han cumplido los objetivos del programa. Se trata de un método cualitativo para recabar información sobre un tema, en este caso la intervención y compartirlo en grupo. De esta manera, se consigue reducir la intervención del investigador (Madriz, 2000). También se formuló de una manera directa la pregunta de si los participantes prefieren o no participar en un formato intensivo o, por el contrario, en el formato tradicional. Los datos obtenidos fueron recogidos por un psicólogo durante la sesión.

Tratamiento

El programa de tratamiento se ha realizado en formato grupal online mediante la plataforma *Google Meets*. Se ha seguido en todo momento el manual de “*Family Connections*” (Fruzzetti y Hoffman, 2004). Se han utilizado dos condiciones de tratamiento: la implementación tradicional del formato y la implementación intensiva del formato.

El formato tradicional se compone de 12 sesiones de dos horas cada una, una vez por semana. Cada sesión abarca medio módulo de tratamiento con sus respectivas actividades, siendo en total seis módulos: introducción, educación familiar, habilidades de conciencia plena en las relaciones, habilidades para el ambiente familiar, habilidades de validación y habilidades de gestión de problemas (véase el apéndice B).

El formato intensivo que hemos puesto a prueba se compone de seis sesiones de tratamiento que abarcan cada una un módulo de tratamiento. Además, se añade una

sesión más con el objetivo de resolver dudas y problemas que pudieran surgir de la práctica y el “*Focus Group*” (6+1). Estas sesiones se realizaron durante 4 horas, dos días a la semana, los lunes y los jueves.

Análisis de datos

El análisis de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS.25 (IBM Corp., 2017). En primer lugar, se ha calculado la fiabilidad de los instrumentos de medida en esta muestra, y se han eliminado las subescalas con un alfa de Cronbach inferior a .60. Por consiguiente, se eliminaron tres subescalas: solución de problemas (FAD-GFS; $\alpha = .48$), roles (FAD-GFS; $\alpha = .40$) y respuesta afectiva (FAD-GFS; $\alpha = .58$). En segundo lugar, se ha realizado la *t* de *Student* o χ^2 para examinar si había diferencias entre las dos condiciones antes de la intervención. Finalmente, se ha llevado a cabo el análisis multivariante de la varianza (MANOVAs) para comparar la eficacia de las dos condiciones, y se ha calculado eta cuadrado parcial como medida del tamaño del efecto.

Resultados

En primer lugar, con los datos recogidos después del “*Focus Group*”, podemos afirmar que el formato ha sido bien acogido y aceptado por todos los participantes del grupo de tratamiento intensivo. La mayoría de los participantes afirman que volverían a participar en una intervención con estas características.

En cuanto a las variables sociodemográficas de los familiares participantes en el programa, no se encontraron diferencias significativas entre las condiciones de tratamiento con relación al parentesco de los miembros de la familia ($\chi^2(5) = 4,718$, $p = .451$), el género ($\chi^2(1) = 1,072$, $p = .301$), la edad ($t(39) = -1,076$, $p = .288$), el nivel educativo ($\chi^2(3) = 3,126$, $p = .373$). o el nivel de ingresos del hogar ($\chi^2(4) = 3,932$, $p = .415$) antes de la intervención. En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes con TLP, tampoco se encontraron diferencias en cuanto al género ($\chi^2(1) = 0,259$, $p =$

0,611), la edad ($t(44) = -0,587, p = 0,560$) o el diagnóstico ($\chi^2(2) = 2,795, p = 0,247$), entre las condiciones de intervención.

En los resultados respecto a las variables clínicas primarias antes de la intervención (Pre) no presentaron diferencias significativas entre las condiciones de tratamiento en algunas de las subescalas del BAS actividades disruptivas ($t(46) = 1,823, p = 0,075$) preocupación, culpa y agobio ($t(46) = 0,171, p = 0,865$), y la escala global ($t(46) = 1,927, p = 0,060$); o en las subescalas del DASS-21: depresión ($t(46) = 0,745, p = 0,460$), ansiedad ($t(46) = 0,575, p = 0,568$), estrés ($t(46) = 1,033, p = 0,307$) y puntuación total ($t(46) = 0,845, p = 0,402$).

Por otra parte, tampoco se observaron diferencias significativas entre las diferentes subescalas del FES: familia ($t(46) = -0,929, p = 0,358$), sistema de servicios ($t(46) = -0,310, p = 0,758$), comunidad/política ($t(46) = -1,939, p = 0,059$) y escala global ($t(46) = -1,198, p = 0,237$); en las subescalas del FAD-GFS: comunicaciones ($t(45) = 0,360, p = 0,720$), implicación afectiva ($t(45) = 0,230, p = 0,819$), control comportamental ($t(45) = 0,821, p = 0,416$), funcionamiento general ($t(45) = 0,846, p = 0,402$) y puntuación total ($t(45) = 1,031, p = 0,308$); y en el QLI ($t(45) = -1,633, p = 0,109$). Sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa antes de la intervención en la subescala de Disfunción Personal y Social del BAS ($t(46) = 2,208, p = 0,032$).

Tabla 3*Medidas de los familiares antes y después de la intervención en ambas condiciones de implementación.*

	FC tradicional		FC intensivo		Pre-post <i>F</i>	Entre grupos		
	Tratamiento		Tratamiento			η^2	<i>F</i>	η^2
	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M (DT)</i>	Pre <i>M (DT)</i>	Post <i>M (DT)</i>				
Carga (BAS)					4.515**	.224	.553	.038
Actividades disruptivas	20.48 (7.05)	19.40 (5.86)	16.76 (6.04)	15.29 (5.74)	4.832*	.099	.116	.003
Disfunción personal y social	17.00 (4.81)	15.28 (3.71)	14.00 (4.49)	11.90 (4.39)	9.735**	.181	.094	.002
Preocupación, culpa y agobio	7.96(2.75)	7.20 (2.42)	7.76(2.57)	6.00(2.51)	10.290* *	.190	1.624	.036
Escala global	45.44 (11.83)	41.88 (9.15)	38.52 (10.97)	33.19 (10.79)	11.658* **	.209	.464	.010
Depresión, ansiedad y estrés, (DASS-21)					4.509**	.244	.435	.030
Depresión	6.68(5.30)	4.56 (3.39)	4.90 (5.31)	3.00(4.90)	12.903* *	.227	.037	.001
Ansiedad	4.72(4.61)	4.2 (3.85)	3.23 (5.40)	2.00 (4.06)	3.261	.069	.544	.012
Estrés	8.52(5.11)	6.72 (3.29)	6.04 (5.49)	3.71 (4.96)	11.429* *	.206	.190	.004
Puntuación total	19.92 (13.50)	15.48 (9.40)	14.19 (15.63)	8.71 (13.60)	11.353* *	.205	.124	.003
Empoderamiento o dominio (FES)					4.768**	.254	.462	.032
Familia	36.64 (8.15)	39.68 (6.43)	38.33 (6.13)	42.19 (4.19)	14.326* **	.246	.201	.005
Sistema de servicios	37.04 (8.30)	38.04 (8.65)	37.67 (6.81)	40.57 (6.01)	4.558*	.094	1.085	.024
Comunitario Político	22.20 (7.03)	22.84 (7.24)	26.38 (8.31)	28.43 (7.03)	2.864	.061	.786	.018
Puntuación global	95.88 (21.11)	100.56 (19.52)	102.38 (18.40)	111.19 (13.52)	8.828**	.167	.827	.018
Funcionamiento familiar (FAD-GFS)					2.646*	.334	.524	.090
Comunicación	2.41(0.43)	2.38(0.34)	2.41(0.43)	2.37(0.30)	.539	.012	.013	.000
Implicación afectiva	2.31(0.47)	2.25(0.41)	2.33(0.39)	2.30(0.34)	.594	.014	.044	.001
Control comportamental	2.22(0.44)	2.14(0.33)	2.18(0.35)	2.04(0.23)	5.403*	.112	.326	.008

Funcionamiento general	2.44(0.56)	2.39(0.41)	2.39(0.45)	2.31(0.36)	1.755	.039	.122	.003
Puntuación total	16.91 (2.10)	16.10 (1.66)	16.64 (2.10)	15.96 (1.67)	9.944**	.188	.071	.002
Calidad de Vida (QLI)	6.10(1.60)	6.65(1.47)	6.74(1.23)	6.45(2.29)	.331	.007	3.325	.07

Nota: FC = Family Connections; BAS = Burden assessment Scale; DASS-21 = Depression, anxiety, and stress scale; FES = Family empowerment scale FAD-GFS = Family assessment device – global functioning scale; QLI = Quality of life index.

* $p < .05$ **; $p < .01$; *** $p < .001$

Como se observa en la tabla 3, según el trazado de Pillai los MANOVAS nos indican que, tras la intervención, los miembros de la familia presentaron mejoras estadísticamente significativas en los resultados primarios en las variables *carga* BAS ($F(3,42) = 4,515, p = .008$), Depresión, ansiedad y estrés DASS-21 ($F(3,42) = 4,409, p = .008$). A su vez, también se observan mejoras en algunos de los resultados secundarios *dominio y empoderamiento* FES ($F(3,42) = 4,768, p = .006$), *funcionamiento familiar* FAD-GFS ($F(7,37) = 2,646, p = .025$), independientemente del tipo de aplicación del tratamiento ($F(4,42) = 0,553, p = 0,649$; $F(3,42) = 0,435, p = 0,729$; $F(3,42) = 0,462, p = 0,711$; $F(7,37) = 0,524, p = 0,810$). Por el contrario, la variable *calidad de vida* no ha obtenido mejoras tras la intervención ($F(1,44) = .331, p = .568$), con independencia del formato de administración ($F(1,44) = 3.325, p = .075$).

Centrándonos en los ANOVAs univariados separados por subescala que se muestran en la tabla 3, reflejan mejoras en los resultados primarios, más concretamente en las subescalas del BAS: actividades disruptivas ($F(1,42) = 4,832, p = 0,033$), Disfunción personal y social ($F(1,42) = 9,735, p = 0,003$), preocupación, culpa y agobio ($F(1,42) = 10,290, p = 0,002$) y la escala global ($F(1,42) = 11.658, p = 0,001$); y en las puntuaciones de las subescalas del DASS-21: depresión ($F(1,43) = 12,903, p = 0,001$), estrés ($F(1,43) = 11,429, p = 0,002$), y puntuación total ($F(1,43) = 11,353, p = 0,002$).

Por otra parte, en cuanto a los resultados secundarios, se observan mejoras en las siguientes subescalas, en el caso del FES: familia ($F(1,42) = 14,326, p = .000$),

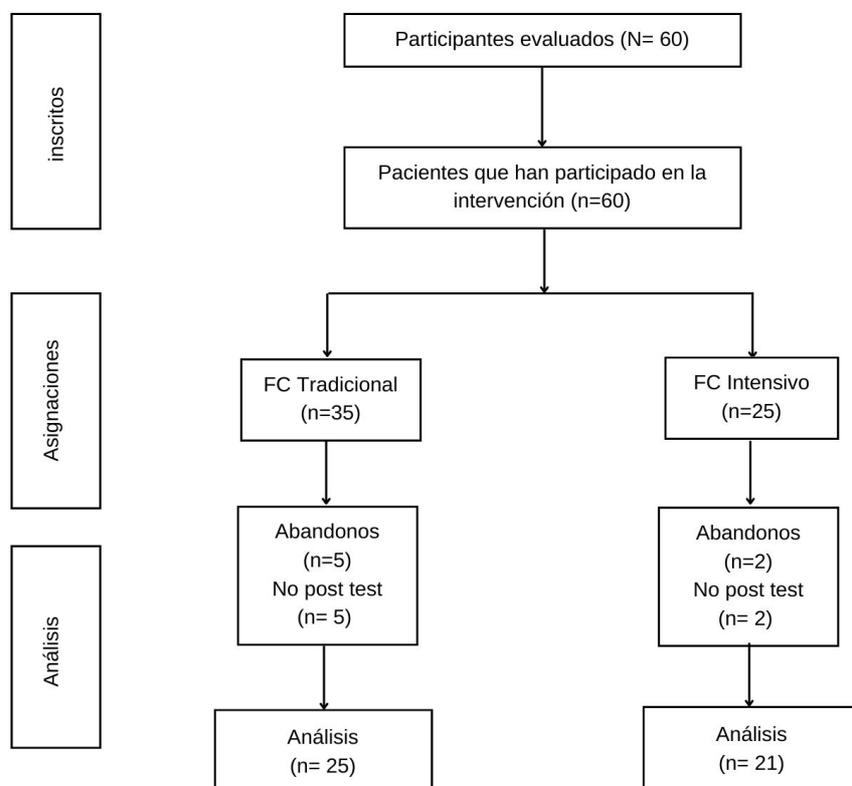
sistemas de servicios ($F(1,42) = 4,558, p = .037$), y escala global ($F(1,42) = 8,828, p = .005$); también hubo mejoras en estas subescalas del FAD-GFS: control comportamental ($F(1,37) = 5,403, p = .025$), y puntuación total ($F(1,37) = 9,944, p = .003$).

No se encontraron mejoras significativas en ansiedad (DASS-21) ($F(1,42) = 3,261, p = .078$), comunidad/política (FES) ($F(1,43) = 2,864, p = .098$), comunicaciones (FAD-GFS) ($F(1,37) = 0,539, p = 0,467$), implicación afectiva (FAD-GFS) ($F(1,37) = 0,594, p = 0,445$) o funcionamiento general (FAD-GFS) ($F(1,37) = 1,1755, p = 0,192$). Finalmente, con respecto al formato de administración, los ANOVAs univariados separados no revelaron efectos de grupo significativos en ninguna subescala.

Por otro lado, se registró el número de abandonos en ambos formatos, considerando inasistencia a un porcentaje superior al 20% del total de horas. Hubo tres grupos que asistieron al formato tradicional, uno con 11 participantes y dos con 12 participantes. En estos grupos hubo un total de 5 abandonos. Mientras que, en la condición intensiva, hubo dos grupos, uno con 15 participantes y otro con 10 participantes. En estos grupos hubo un total de 1 abandono. La figura 2 muestra estos datos. Cuando se preguntó a los participantes por el motivo de su abandono, en ambos formatos afirmaron que se debía a su situación personal y no a las características del programa. También indicaron que les gustaría recibir la intervención completa si tuvieran la oportunidad en futuras ediciones.

Figura 2.

Evolución de los participantes a lo largo de la intervención



Discusión

El objetivo principal de este trabajo era someter a prueba la viabilidad y aceptación de un nuevo formato de FC intensivo en una muestra de familiares de personas con TLP, en comparación con el protocolo tradicional de 12 sesiones.

En cuanto al primer objetivo de estudio, tras analizar los datos cualitativos del “Focus Group” y las observaciones de los propios terapeutas en sesión, se puede confirmar que la aceptación por parte de los familiares del nuevo formato del programa es buena. Los familiares refieren que se habían sentido cómodos dentro de este formato, mostrando buena adherencia y realizando las actividades sesión tras sesión.

Asimismo, al comparar ambos formatos de tratamiento, no se han encontrado diferencias significativas entre los resultados de ambas intervenciones, por lo que se

puede afirmar que tanto el formato tradicional, como el formato intensivo, son efectivos y válidos para producir cambios en los familiares. Estudios de similares características como el de Liljedahl et al. (2019) en el que también se realizaba una comparativa entre dos modalidades de FC, el tradicional y un formato de dos fines de semana al mes, los investigadores encontraron que los familiares habían aprendido nuevas habilidades y se había producido mejoras. En cambio, se reportó que, al volver el familiar a casa, si se encontraba en régimen residencial, estos cambios no se mantenían de igual manera, obteniendo peores resultados en los seguimientos que en el inicio.

Tras el análisis de los resultados de las medidas primarias, se puede observar una reducción estadísticamente significativa de la *carga*, al igual que ocurre en los estudios que se han realizado hasta ahora de FC (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Liljedahl et al., 2019; Flynn et al., 2017; Neiditch, 2010; Fonseca-Baeza et al., 2020; Guillen et al., 2022). En el pretratamiento, en la subescala disfunción personal y social, se encontraron diferencias entre las dos modalidades, mientras que en el post-tratamiento estas diferencias se igualaron.

En cuanto a *depresión, ansiedad y estrés* también se encontraron mejoras tras implementar el tratamiento en ambas modalidades. Anteriormente, en el estudio de Hoffman et al. (2005) no se produjo un cambio en depresión, mientras que en su replicación Hoffman et al. (2007) y en estudios posteriores (Neiditch, 2010; Flynn et al., 2017; Fonseca-Baeza et al., 2020; Guillen et al., 2022) si se encontró que FC producía mejoras en esta variable. Asimismo, centrándonos en ansiedad y estrés se encontró que los cambios obtenidos corresponden a los cambios del estudio de Fonseca-Baeza et al. (2020). En cuanto a las subescalas analizadas, se encontraron resultados significativos en depresión, estrés y puntuación total. En el caso de ansiedad, no encontramos resultados significativos en su análisis individual.

Por otra parte, con relación a las medidas secundarias, hubo mejoras en *dominio y empoderamiento*, en una línea similar que en distintos estudios (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Neiditch, 2010; Guillen et al., 2022); aunque en otros (Flynn et al., 2017) no encontraron mejoras significativas con relación a esta variable. En cuanto a las subescalas de esta variable, se encontraron resultados significativos en sistemas de servicios y en la puntuación global.

En la variable *funcionamiento familiar*, también se encontraron mejoras significativas en ambas intervenciones. Otros estudios realizados sobre FC confirman también su efectividad y una mejora en esta variable (Liljedahl et al., 2019; Guillen et al., 2022). Centrándonos en las puntuaciones obtenidas en las subescalas, se encontraron mejoras únicamente en control comportamental y funcionamiento general. Por otra parte, en la variable *calidad de vida*, no se han observado cambios tras la implementación de cualquiera de los dos programas. Estos resultados difieren de los estudios hasta ahora realizados ya que si han demostrado mejoras dentro de esta variable (Guillen et al., 2022).

Finalmente, si nos focalizamos en los objetivos generales del programa FC, los participantes refieren en su mayoría que han obtenido información relevante acerca del TLP y un mayor repertorio de habilidades para el manejo de situaciones complejas, como se había pronosticado en un inicio. Sin embargo, la red de apoyo no se ha establecido como se esperaba.

Conclusiones

El TLP es un trastorno con una elevada incidencia y que se sitúa dentro de los trastornos mentales graves. La dificultad para la regulación emocional y la alta comorbilidad en muchos casos hace que, para los propios familiares de estos pacientes, sea complicado su manejo. También, existe un importante estigma que hace que

muchas veces se sientan incomprendidos por su entorno e incluso por los propios profesionales sanitarios y que, a su vez, empeora su pronóstico (Hoffman et al. 2005). Programas como *Family Connections* (Fruzzetti y Hoffman, 2004) ayudan a los familiares a la comprensión de la sintomatología y, a aprender estrategias que les permitan mejorar el funcionamiento familiar.

El presente estudio muestra resultados muy prometedores con relación a otros formatos de implementación del programa. Al reducir las sesiones de intervención de 12 a 7, se obtienen buenas puntuaciones en las variables: carga, depresión y estrés, dominio y empoderamiento y funcionamiento familiar. Por el contrario, y a diferencia de otros estudios anteriores (Guillen et al., 2022) no se ha podido afirmar que se haya producido un cambio significativo en calidad de vida y en ansiedad. Cabe destacar también que no se han incluido los seguimientos, por lo que sería muy importante observar durante las próximas evaluaciones, si estos cambios en las variables se han mantenido en el tiempo, y si sigue sin existir diferencias entre ambos grupos de intervención.

En líneas futuras de investigación, se necesitan más estudios para someter a prueba innovaciones en las intervenciones para familiares de pacientes psiquiátricos que presentan trastornos mentales graves (Ekdahl et al., 2016) y requieren el apoyo de su entorno para poder tener una mejor capacidad para hacer frente a los problemas asociados a la presencia de estos trastornos en el ámbito familiar. Muchas veces, la familia, no tiene las habilidades y el conocimiento necesarios para ayudar a su familiar de forma eficaz y por ello, resulta fundamental esta línea de trabajo que permita elaborar y someter a prueba nuevos tratamientos o protocolos de actuación orientados, que permitan capacitar a los familiares en su rol de cuidadores y que redunden estos beneficios en los propios pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Betts, J., Pearce, J., McKechnie, B., McCutcheon, L., Cotton, S. M., Jovev, M., Rayner, V., Seigerman, M., Hulbert, C., McNab, C., y Chanen, A. M. (2018). A psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder features: protocol for a randomised controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 1-7.
- Boritz, T. Z., Sheikhan, N. Y., Hawke, L. D., McMMain, S. F., y Henderson, J. (2021). Evaluating the effectiveness of the Family Connections program for caregivers of youth with mental health challenges, part I: A quantitative analysis. *Health Expectations*, 24(2), 578-588.
- Byrne, G., y Egan, J. (2018). A review of the effectiveness and mechanisms of change for three psychological interventions for borderline personality disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174-186.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., y Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 24(3), 195-205.
- Ekdahl, S., Idvall, E., & Perseius, K. I. (2016). Family skills training in dialectical behaviour therapy: The experience of the significant others. *European Psychiatry*, 33 (S1), 210-210.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., y Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.

- Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Marco, H., Díaz-García, A., Botella, C., Jorquera, M., Baños, R. y García-Palacios, A. (2020). Efficacy of “Family Connections”, a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Fernández-Valero, R (2019). *Relación entre la calidad de los servicios de atención temprana y el empoderamiento de la familia. Tesis Doctoral*, Universidade do Minho.
- Fisher, N., Keohane, P., y Whalley, B. (2021). Investigating experiences of the Family Connections Programme for supporters of individuals with a diagnosis of Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology Forum*, 338, 43-50.
- Florange, J. G., y Herpertz, S. C. (2019). Parenting in patients with borderline personality disorder, sequelae for the offspring and approaches to treatment and prevention. *Current psychiatry reports*, 21(2), 1-8.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suarez, C., Cotter, P., Hurley, J., Weihrauch, M. y Groeger, J. (2017). Family Connections versus optimised treatment-as-usual for family members of individuals with borderline personality disorder: non-randomised controlled study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(1), 1-9.
- Fruzzetti, A. E. y Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. New York, USA: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Fonagy, P., y Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.

- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Fortman, R., Wines, R., Persad, E., y Viswanathan, M. (2021). Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS drugs*, 35(10), 1053-1067.
- Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R., y Botella, C. (2021). Interventions for family members and carers of patients with borderline personality disorder: a systematic review. *Family process*, 60(1), 134-144.
- Guillén, V., Fonseca-Baeza, S., de Felipe, I. F., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., y Marco, J. H. (2022). Effectiveness of family connections intervention for family members of persons with personality disorders in two different formats: Online vs face-to-face. *Internet Interventions*, 100532.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., y Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69-82.
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman y Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family process*, 44(2), 217-225.
- Koren, P. E., DeChillo, N., y Friesen, B. J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation psychology*, 37(4), 305.
- Liljedahl, S. I., Kleindienst, N., Wångby-Lundh, M., Lundh, L. G., Daukantaitė, D., Fruzzetti, A. E., y Westling, S. (2019). Family Connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-

- randomised comparison study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1), 1-11.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 113–119.
- Lovibond, S. H., y Lovibond, P. F. (1996). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Psychology Foundation of Australia.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. *Handbook of qualitative research*, 2, 835-850.
- Mendez-Miller, M., Naccarato, J., y Radico, J. A. (2022). Borderline Personality Disorder. *American family physician*, 105(2), 156-161.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(5), 301-305.
- Morales, N. N., Sancho, M., Martínez, B. G., y Rahola, J. G. (2019). Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica*, 26(3), 85-98
- Neiditch, E. R. (2010). *Effectiveness and Moderators of Improvement in a Family Education Program for Borderline Personality Disorder*. ProQuest LLC. 789 East Eisenhower Parkway, PO Box 1346, Ann Arbor, MI 48106.

- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961.
- Popiel, A. (2021). Borderline personality disorder - Current psychotherapy guidelines. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 21 (1), 36-44.
- Rady, A., Abdelkarim, A., Ivanoff, A., y Molokhia, T. (2021). Efficacy of Dialectical Behavioral Therapy for Emotion Dysregulation in Patients with Dual Diagnosis of Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder. *Current Psychiatry Research and Reviews Formerly: Current Psychiatry Reviews*, 17(2), 105-119.
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., y Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257-263.
- Rameckers, S. A., Verhoef, R. E., Grasman, R. P., Cox, W. R., van Emmerik, A. A., Engelmoer, I. M., y Arntz, A. (2021). Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5622.
- Reinhard, S. C., Gubman, G. D., Horwitz, A. V., y Minsky, S. (1994). Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and program planning*, 17(3), 261-269.
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E., Sobczak, S., y Van Alphen, S. P. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 21(7), 1-8.

Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.

Apéndice

Apéndice A. Prohibición de Grabación

PROHIBICIÓN DE GRABACIÓN Y DIFUSIÓN DE IMÁGENES O VÍDEOS

Don/Doña _____ mayor de edad, titular del DNI: _____, por el presente documento manifiesto que:

Participo voluntaria y gratuitamente en el Proyecto de Investigación titulado: “*Family Connections* para familiares de personas con trastorno de la personalidad” dirigido por Verónica Guillén, profesora de la Universidad de Valencia.

Como consecuencia de la pandemia, la intervención no se va a realizar presencial, sino *online*, a través de una plataforma de videoconferencias.

Ante esta situación, pongo de manifiesto que soy consciente que los participantes van a compartir información personal y muy delicada, y me comprometo a no compartir, ni a difundir información privada y confidencial de otros participantes del grupo, o cualquier otro aspecto que pueda surgir en el grupo. Ante la situación descrita:

1. Me comprometo a la confidencialidad y a la privacidad de la información.
2. Me comprometo a no grabar las sesiones, ni a diseminar la información en Internet o redes sociales (o similares).
3. Pongo de manifiesto que soy consciente de que cualquiera de estas conductas supone una vulneración de los derechos de los participantes en el grupo y de los terapeutas, y constituye un delito penado por la ley.

Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento en el lugar y fecha que se indican a continuación.

Valencia, _____ de _____ de 202-.

Apéndice B. Tratamiento *Family Connections*

El programa tradicional de tratamiento desarrollado por Fruzzetti y Hoffman (2004) consta de seis módulos distribuidos en doce sesiones de tratamiento, dos por cada módulo: introducción, educación familiar, habilidades de conciencia plena en las relaciones, habilidades para el ambiente familiar, habilidades de validación y habilidades de gestión de problemas.

Módulo 1: Introducción

Durante el primer día del programa se le realiza una introducción. En ella se explica en qué consiste el programa de “Family Connections” y la planificación semanal de las sesiones. También se comentan las metas del programa: entender lo síntomas que componen el TLP, entender mejor las respuestas emocionales propias y en relación con las relaciones y desarrollar una red de apoyo con familiares en una situación similar.

Posteriormente se les explica la estructura de las sesiones y las directrices que van a seguir como grupo terapéutico: puntualidad, confidencialidad, tareas, consultas grupales y crear un ambiente libre de culpa. Además, se les presenta la carta de derechos de los familiares, consisten en necesidades básicas que deben cumplir los familiares para autoprotgerse. Algunos derechos son saber decir que no, aceptar que no se pueden resolver los problemas que tiene su familiar o la necesidad de tener una red de apoyo propia.

A continuación, se les explica los criterios diagnósticos del TLP para que entiendan mejor la sintomatología y en qué consiste la desregulación emocional y las áreas de desregulación: emocional, interpersonal, de identidad, conductual y cognitiva.

Finalmente, se les explican los supuestos básicos para ser eficaz y se ofrecen datos científicos acerca de las investigaciones sobre la efectividad actual del programa

de tratamiento. Al final de la sesión se les propone unos ejercicios para realizar en casa y corregir en la siguiente sesión.

Módulo 2: Educación Familiar

En el segundo día del programa, primero se repasan las actividades para casa y después se puntualizan ciertos aspectos importantes sobre el TLP: heterogeneidad, prevalencia, psicofarmacología, tipos de tratamiento, comorbilidades, investigaciones existentes en relación con el trastorno, etc.

Más adelante, se expone la importancia que tiene encontrar un equilibrio entre las emociones y el cuidado propios y del familiar para conseguir el bienestar en la relación. Además, también se aborda qué es la alta sensibilidad emocional, la reactividad, el retorno a la línea base y la vulnerabilidad emocional. También se introduce el concepto de ambiente invalidante explicando la teoría etiológica del TLP.

Finalmente se incide en el estigma existente acerca del trastorno y se explica el modelo transaccional del desarrollo del TLP y de la desregulación emocional. Se explica como la vulnerabilidad emocional junto con la historia de respuestas invalidantes, genera la activación ante un evento y su posterior desregulación emocional. Para practicar todos los conceptos trabajados en sesión, se piden unos ejercicios para reflexionar en casa.

Módulo 3: Habilidades de Conciencia Plena en las Relaciones

En la siguiente sesión, se plantea corregir los ejercicios que se han realizado en casa y se vuelve a incidir en el concepto de ambiente invalidante. También se trabajan las habilidades de conciencia plena de las relaciones sin juzgar y se explica cómo se pueden reducir estos juicios: usando las técnicas “Qué” (observando, describiendo y participando) y “Cómo” (sin juicios, con la mente sabia y de forma efectiva).

A continuación, se explica qué son las emociones primarias y secundarias, cómo se identifican y cómo podemos gestionar estas emociones y cómo se etiquetan. Posteriormente, se explican los tres estados de la mente: mente emocional, mente racional y mente sabia. Para finalizar, se introduce la habilidad de la acción opuesta a la emoción, propuesto por Linehan, que consiste en actuar de forma contraria a lo que se está sintiendo en ese momento para que la emoción dominante disminuya. Al igual que en las otras sesiones, se presentan los ejercicios para trabajar en casa relacionados con lo abordado en este módulo.

Módulo 4: Habilidades para el Ambiente Familiar

En el cuarto módulo, se comienza corrigiendo las actividades y planteando si existe algún tipo de duda con lo expuesto hasta ahora. A continuación, se explica qué es el bienestar personal y el familiar y se hace ver la conexión existente entre ambos. Para ello, se recurre al “juego de la culpa”, en el que hacemos ver que, tanto culparnos a nosotros mismos como culpar al familiar, hace que no se solucione el problema y se agrave.

Tras exponer el “juego de la culpa”, se les proporciona alternativas y se describe el modelo transaccional para mostrar que una persona puede influir en otra y que sus reacciones son recíprocas. Por ello, es importante encontrar un equilibrio en las relaciones; entre mi familiar y las necesidades propias.

Finalmente, se introducen los supuestos básicos que ayudan a encontrar un equilibrio en las relaciones y se explica la aceptación radical. La aceptación radical es una de las habilidades más importantes del programa, ya que la aceptación de la situación actual promueve que se produzca un cambio directo en la relación. Al igual que en el resto de las sesiones, se plantean varias actividades para realizar en casa.

Módulo 5: Habilidades de Validación

En el módulo siguiente, se repasan las actividades para casa y se comienza explicando qué es la validación, qué tipos de validación existen, la importancia que tiene el poder comunicar de una manera efectiva, los objetivos que podemos establecer a la hora de validar y cómo hacerlo. A su vez, también se explica qué es invalidar, cuándo estamos invalidando y qué consecuencias puede tener.

Tras clarificar las diferencias existentes entre validar e invalidar, se introduce la autovalidación y la autoinvalidación, con el objetivo de aplicar los conceptos a sí mismo. Se expone brevemente qué son, qué consecuencias tienen, qué habilidades existen de autovalidación y las tres prioridades que hay que tener claras (eficacia objetiva, eficacia en las relaciones y eficacia de auto-respeto).

Para cerrar la sesión, se describe en qué consiste la técnica del “DIALOGA” y cómo ser capaz de lograrla (D- Describe la situación, I- Indica sus sentimientos, A- Solicita, L- Recompensa o refuerza a la otra persona, O- Con mente sabia, G- Adopta una postura de confianza y A- Emplea la negociación si es necesario). Se proponen varios ejercicios para trabajar en casa todas las habilidades aprendidas.

Módulo 6: Habilidades de Gestión de Problemas

En el último módulo del programa se comentan los ejercicios propuestos para casa y se explican las opciones que existen para gestionar los problemas y aumentar la autoeficacia personal. También se trabajan las estrategias de cambio y el manejo y solución de problemas, que comprenden ocho pasos: plantear el problema como algo positivo, ser específico, expresar los sentimientos, identificar tu rol en el problema, lidiar con un solo problema a la vez, resumir lo que está diciendo la otra persona, evitar hacer inferencias sobre la conducta problemática y compromiso.

Además, se incide en cómo analizar el problema y se expone de forma gráfica con “los enlaces de la cadena”, para hacer ver que los acontecimientos, las emociones y las experiencias previas están enlazadas y constituyen una cadena que hace más grande el problema.

A continuación, se explica que también existen técnicas no colaborativas de solución de problemas que se pueden utilizar, en caso de que no exista una buena colaboración con el familiar. También se les hace ver que, si no tiene éxito el acercamiento, se puede retroceder un paso hacia atrás y buscar otro momento para tratar el problema, observar dónde se ponen los límites y ver si se necesita un “tiempo libre” dentro de la relación.

Finalmente, se vuelve a retomar la aceptación que se explicó durante el cuarto módulo y se le explica tres pasos necesarios para obtenerla. Se cierra la sesión presentando los ejercicios de práctica para casa.