



## **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Trabajo de Fin de Máster Rastreado la evidencia empírica y planteando una propuesta de intervención basada en el programa “Family Connections” para familiares-cuidadores de personas con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad**

**Modalidad 1:** *Revisión sistemática y propuesta aplicada*

Autor/a del TFM Hilda Enríquez de Salamanca  
Gambara

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**  
**Año 2023**

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria



# Índice

<b>Índice</b>	2
<b>Resumen</b>	4
<b>Abstract</b>	6
<b>Introducción</b>	8
- El Trastorno Límite de la Personalidad	
- La familia en el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad	
- El programa "Family connections"	
- Justificación y objetivos	
<b>Método</b>	20
<b>Resultados</b>	24
- La eficacia del programa estándar "Family Connections"	
- El programa "Family Connections" estándar	
- Las experiencias de los participantes	
- El uso de las TICs	

- "Family Connections" y otras propuestas recientes basadas en el aprendizaje de habilidades.

<b>Discusión</b>	46
<ul style="list-style-type: none"><li>- La eficacia del programa estándar "Family Connections"</li><li>- Family Connections" y otras propuestas recientes basadas en el aprendizaje de habilidades.</li><li>- Limitaciones y directrices futuras</li></ul>	
<b>Propuesta aplicada</b>	52
<b>Conclusiones</b>	70
<b>Referencias bibliográficas</b>	72
<b>Índice de tablas</b>	80
<b>Índice de figuras</b>	82
<b>Anexos</b>	84

# Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una problemática caracterizada por la inestabilidad y la desregulación emocional que afecta a la persona diagnosticada y a sus núcleos cercanos. Las personas que componen estos núcleos son claves en el proceso de enfermedad pues absorben, amortiguan y manejan los frecuentes picos emocionales que acompañan al trastorno. Esto genera consecuencias a nivel personal, emocional y relacional en el cuidador. Diferentes programas han buscado paliar esta problemática. La conocida Teoría Dialectico Conductual de Linehan (TDC) hizo un primer acercamiento en 1993 en el diseño de programas de tratamiento para pacientes con TLP. Tras ella surgieron adaptaciones, como es el programa grupal Family Connections (FC). El objetivo de esta revisión sistemática es analizar los estudios publicados sobre la eficacia del programa FC desde su surgimiento en 2004, incluyendo, además, intervenciones actuales (últimos 5 años) basadas en el aprendizaje de habilidades. Tras analizar los estudios seleccionados, la principal conclusión extraída es que el programa FC es eficaz para mejorar el malestar emocional de los familiares-cuidadores derivado de la situación de TLP de su ser querido. Otras variables como la depresión, el duelo y sensación de dominio personal también muestran cambios en la dirección deseada después de la intervención. Los participantes valoran positivamente los conocimientos adquiridos sobre el TLP, las habilidades de aceptación y validación y la creación de un grupo de apoyo. Estos tres pilares son sobre los que se sustenta la propuesta aplicada presentada en este trabajo dirigida a familiares-cuidadores de personas con un diagnóstico de TLP.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, familiar-cuidador, implicación emocional, programa Family Connections.



# Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a problem characterized by instability and emotional dysregulation that affects the person diagnosed and their close core of relationship. The people who make up these core are important in the disease process as they absorb, cushion and manage the frequent emotional peaks that accompany the disorder. This generates consequences on a personal, emotional and relational level in the caregiver. Different programs have sought to alleviate this problem. Linehan's well-known Dialectical Behavioral Theory (DBT) made a first approach in 1993 in the design of treatment programs for patients with BPD. After it, adaptations arose, such as the Family Connections (FC) group program. The objective of this systematic review is to analyze the studies published on the effectiveness of the FC program since its inception in 2004, also including current interventions (last 5 years) based on learning skills. After analyzing the selected studies, the main conclusion drawn is that the FC program is effective in improving the emotional discomfort of family-caregivers derived from the BPD situation of their loved one. Other variables such as depression, grief and a sense of personal control also show changes in the desired direction after the intervention. The participants positively value the knowledge acquired about the BPD, the acceptance and validation skills and the creation of a support group. These three pillars are on which the applied proposal presented in this work is based, aimed at family-caregivers of people with a diagnosis of BPD.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, family-caregiver, emotional involvement, Family Connections program.

**Number of words of the work:** 17.115





# Introducción

## El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una de las problemáticas recogidas en la 5ª edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-5). Este trastorno se incluye dentro del grupo B de los trastornos de la personalidad, caracterizado por contener aquellos trastornos más emocionales, erráticos y dramáticos (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Clasificación de los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-5.*

<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>
Raros-excéntricos	Emocionales, erráticos-dramáticos	Ansiosos temerosos
Esquizoide	Antisocial	Evitativo
Paranoide	<b>Límite</b>	Dependiente
Esquizotípico	Narcisista	Obsesivo-compulsivo
	Histriónico	

**Fuente:** APA.

El Trastorno Límite de la Personalidad, que tiene su despunte en la adolescencia o el inicio de la edad adulta, se caracteriza en concreto por un patrón generalizado de inestabilidad en la regulación de las emociones, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen (APA, 2013; Gunderson et al., 2018).

Un total de nueve criterios recogen la sintomatología del TLP en el DSM-5. En la Tabla 2 se recogen dichos criterios que engloban fundamentalmente cuatro aspectos de la persona diagnosticada de TLP: los síntomas afectivos, cognitivos, impulsivos e interpersonales (Cornecho, 2012).

En cuanto a prevalencia se estima un 1,6%, pero podría elevarse a 5,9%. En Atención Primaria la prevalencia es del 6%, de un 10% en individuos que acuden a los centros de salud mental y de un 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. Sin embargo, esta prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad (APA, 2013).

El curso clínico del problema se suele caracterizar por su inestabilidad. Las agudizaciones son frecuentes, en ellas aparecen tanto conductas autolíticas, como conductas de riesgo y/o impulsivas (abuso de sustancias, atracones seguidos de purgas o hurtos) así como síntomas psicóticos. De las personas diagnosticadas con TLP, el 73% han realizado al menos un intento de suicidio con una media de 3,4 intentos a lo largo de su vida (Soloff et al., 2000) y un 10% finalmente se suicidan (Center for Disease Control, 1997).

El pronóstico es variable, siendo habitual la aparición de una mejoría según avanza la edad del paciente. Cuando esto es así, se observa una tendencia a la estabilidad en las relaciones interpersonales y en el ámbito laboral en torno a los 40-50 años.

Los síntomas que progresan en primer lugar son los impulsivos. A pesar de que la literatura indica que los niveles más altos de autolesiones, amenazas, intentos suicidas e impulsividad se encuentran más frecuentemente en personas entre los 16 y 25 años con TLP (Frías et al, 2017), también se ha documentado que un 85% de los casos presentan, después de diez años, una acusada remisión (Gunderson et al., 2011). Los síntomas cognitivos y las relaciones con los demás son los siguientes en evolucionar favorablemente. Sin embargo, los síntomas afectivos (sentimiento crónico de vacío, intensa ira o sentimiento de abandono), suelen perdurar en el tiempo, acentuándose en los pacientes más adultos (Frías et al., 2017),

siendo discapacitantes y repercutiendo en el deterioro a nivel físico, psicológico y global (Storebø et al., 2020).

## **Tabla 2**

### *Crterios diagnósticos del TLP recogidos en el DSM-5.*

---

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la vida adulta y se presenta en diversos contextos. Se manifiesta con cinco o más de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

---

**Fuente:** American Psychiatric Association (2013).

Como se observa en la Tabla 2, gran parte de los problemas del TLP se expresan interpersonalmente. La persona con TLP tiene un nivel de autodestrucción constante para con los demás, lo que provoca en la persona diagnosticada un malestar emocional de tal intensidad que puede llevarlo incluso al suicidio. Esta montaña rusa emocional es recibida en primera instancia por los familiares. Muchos de ellos están sumidos en un pozo de culpa, autocritica, miedo y desesperación que es necesario destruir; otros se encuentran andando "de puntillas"

en el muro del pozo, procurando no desencadenar alteraciones en su ser querido, pero con el peligro de caerse al fondo.

## La familia en el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad

El impacto de cualquier enfermedad mental en los miembros de la familia, independientemente del diagnóstico, puede ser catastrófico. Las enfermedades mentales conllevan un alto grado de incapacidad y una larga evolución, a veces, sin avances significativos a corto plazo lo que, sumado a las características propias del paciente, aumentan la carga del cuidador y el malestar familiar. Los estudios indican que los miembros de la familia con un pariente con un diagnóstico de enfermedad mental tienen, en general, un alto riesgo de depresión (Dyck, Short y Vitaliano, 1999; Song, Biegel y Milligan, 1997). Otros estudios documentan que, además de la depresión, el estrés por tener un familiar con un trastorno mental se asocia con agobio, duelo y aislamiento (Greenberg, Seltzer y Greenley, 1993).

En el caso concreto del TLP, la forma de relacionarse intensa e inestable, la polarización entre la ideación y la devaluación de las personas de su alrededor, las crisis, los ataques de ira, las visitas a urgencias, los intentos de suicidios y las autolesiones (Mosquera, 2004) hacen que los miembros de la familia se vean obligados a asumir roles que requieren manejar situaciones para las que no están preparados.

Griffin (2008) estudió el impacto negativo que suele conllevar recibir un diagnóstico de TLP en el sistema familiar y encontró que la motivación inicial de ayudar y apoyar al familiar de una manera incondicional, con el paso del tiempo, puede llegar a convertirse en cuadros psicológicos caracterizados por sentimientos de culpa, desesperanza y miedo que afectan a la calidad de vida del familiar-cuidador. Tal es así que la literatura indica que los cuidadores de personas con TLP tienen unos niveles de ansiedad psicológica y somática por encima de los de la población general (Scheirs y Bok, 2007).

Sin embargo, no solo se trata de gestionar las crisis o de intentar hacerlo sin grandes repercusiones emocionales para el cuidador, sino de entender el origen y motivo del comportamiento del familiar. De un estudio que realizaron Lawn y McMahon (2015) para

conocer la experiencia de cuidadoras de personas con TLP con respecto a los servicios de salud, se obtuvo como resultado principal que un 62% de las 121 mujeres entrevistadas no recibieron información sobre el trastorno tras el diagnóstico.

Sin conocimiento sobre el trastorno y sin habilidades para poder manejar las crisis, es fácil comprender como los cuidadores llegan a desarrollar cuadros ansiógenos y depresivos que afectan no solo a la persona sino también a todo su entorno cercano, incluida la persona diagnosticada.

Abordar esta problemática es el objetivo principal de algunos programas cuyo foco de tratamiento son los familiares. Este tipo de programas se ofertan en formato grupal, pero se diferencian en su orientación y estructura. Algunos presentan formato psicoeducativo (Grenyer et al., 2018; Pearce et al., 2017). El objetivo de estos programas es dar información a los familiares sobre el trastorno y ayudarles a entender algunos de los comportamientos de sus seres queridos, mejorando así la relación y la convivencia familiar (Fonseca et al., 2021).

Existen otros programas, que incluyen algunas sesiones de psicoeducación, pero que tienen una orientación al aprendizaje de habilidades, como es el programa de habilidades de mentalización de Bateman y Fonagy (2018) o programas de entrenamiento en habilidades en grupo de la Teoría dialéctico conductual de Linehan (Linehan, 1993).

En concreto, el módulo de entrenamiento en habilidades en grupo (Linehan, 2015) forma parte de la intervención individual y grupal que propone la autora llevar a cabo con las personas que tienen TLP. Sin embargo, con el objetivo de "cuidar a los cuidadores", se ha utilizado únicamente este módulo para el tratamiento de familiares. Tiene una duración de 6 meses y está compuesto por cuatro submódulos: habilidades de mindfulness (toma de conciencia y atención plena en el presente), habilidades de efectividad interpersonal (mantener las relaciones interpersonales, pedir lo que se necesita, etc.), habilidades de regulación emocional (enseñar a tolerar emociones negativas) y habilidades de tolerancia al malestar (prevenir y sustituir el uso de comportamientos desadaptativos por estrategias de afrontamiento adaptativas).

Es innegable que la propuesta de Linehan ha sido, y continúa siendo, una de las que tiene un mayor calado en la comunidad científica interesada en el tratamiento del TLP (y los familiares). Haciéndose eco de las fortalezas de este abordaje terapéutico (Terapia Dialéctica

Conductual), y con innegables comunalidades, surge el programa grupal Family Connection elaborado por Fruzzetti y Hoffman (2004). Este programa será el que constituya el leit motiv de este trabajo y el que se desarrollará a continuación.

## El programa “Family Connections”

El programa “Family Connections” (FC) fue creado por Fruzzetti y Hoffman en 2004. Se trata de un programa grupal regulado y supervisado internacionalmente por la *National Education Alliance* para el Trastorno de Personalidad Límite, que surge para educar y apoyar específicamente a familiares-cuidadores que tienen un pariente con TLP (Hoffman et al., 2005).

Así pues, el programa nace con la finalidad de reducir el agotamiento y mejorar las actitudes dentro de la familia. El programa busca cubrir tres necesidades importantes para los familiares-cuidadores de individuos con TLP. En primer lugar, aportar educación sobre el trastorno y el funcionamiento familiar. En segundo lugar, entrenar habilidades personales y familiares para manejar las reacciones negativas en la familia y proporcionar mejoras en las relaciones. Por último, proporcionar una red de apoyo, pues se trata de un programa grupal en el que se ponen en contacto a los diferentes participantes, todos ellos con experiencias muy similares en el tema (Courey et al., 2021).

“Family Connections” fue creado a partir de propuestas teorías de gran relevancia, no solo en el ámbito de la salud en general (Modelo de afrontamiento y adaptación al estrés), sino también en el tratamiento del TLP en particular (Modelo de terapia dialectico conductual). El Modelo de afrontamiento y adaptación al estrés (Lazarus y Folkman ,1984) se centra en las fortalezas, los recursos y las capacidades de adaptación a las que recurren las personas cuando su funcionamiento se ve interrumpido por eventos y desafíos importantes. Se cree que cuando aparece una enfermedad mental en el entorno familiar, las estrategias de afrontamiento (que en algunos casos habría que desarrollar) actúan como mediadores en el manejo de los factores estresantes que surgen del impacto de esta situación. Así pues, se produce un afrontamiento adaptativo cuando se hace uso de unas correctas estrategias cognitivas y conductuales. Por otra parte, el Modelo de Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993) se trata de un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual que ha demostrado tener éxito en el tratamiento de TLP y problemas relacionados (Linehan, 1993; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Verheul, Van Den

Bosch y Koeter, 2003). El programa FC se basa en la TDC para proporcionar a los miembros de una familia un conjunto de habilidades de afrontamiento que, de manera equilibrada, ayuden a las necesidades de sus seres queridos y a las suyas propias.

Específicamente FC, y tal y como se recoge en la Tabla 3, se divide en 6 módulos a lo largo de 12 sesiones semanales con una duración de 2 horas por sesión. Como se puede constatar cada módulo tiene sus objetivos concretos, así como ejercicios prácticos para desarrollar entre-sesiones. Además, cada sesión cuenta con una estructura que, de manera ordenada, pasa por: revisar las tareas, explicar e integrar el contenido de la sesión, ver videos y desarrollar actividades de las estrategias que hay programadas para ese día y enviar tareas para la próxima sesión. El programa tiene a su disposición videos con ejemplos de personas con TLP y sus familiares.

**Tabla 3**

*Módulos del programa Family Connections.*

<b>1. Introducción</b>
Orientación e información actual sobre la investigación en TLP.
<b>2. Educación familiar</b>
Psicoeducación sobre el desarrollo del TLP. Psicoeducación sobre los tratamientos disponibles.
<b>3. Mindfulness en las relaciones</b>
Autogestión emocional. Atención plena. Abandono de los juicios. Disminución de la vulnerabilidad emocional.
<b>4. Ambiente familiar</b>
Habilidades para mejorar la calidad de las relaciones. Habilidades de aceptación y abandono de la ira.
<b>5. Validación</b>
Autoexpresión precisa y efectiva. Aprender a validar.
<b>6. Gestión de problemas</b>
Definición de problemas. Colaboración en la resolución de problemas. Saber cuándo concentrarse en la aceptación y cuando en el cambio.



Se presentan a continuación una descripción de cada uno de los módulos de los que consta el programa FC:

1. **Introducción.** Tiene como objetivo proporcionar información sobre los objetivos del programa, el formato y las directrices semanales. Se habla sobre la declaración de derechos de los participantes y sobre la necesidad de desarrollar habilidades a nivel individual y a nivel relacional para hacer un mejor afrontamiento de la situación. Se describen los criterios y síntomas del Trastorno Límite de Personalidad.
2. **Educación familiar.** El módulo ofrece información sobre los programas de tratamiento que hay para abordar el TLP y los trastornos comórbidos que pueden presentar los pacientes. Además, se hace una explicación del modelo biosocial y el modelo transaccional para entender el desarrollo del TLP.
3. **Mindfulness en las relaciones.** El objetivo de este módulo es favorecer el bienestar emocional de los participantes. Para ello se desarrollarán habilidades individuales y de relación. Como habilidades individuales se potenciará todo lo relativo al automanejo emocional, el mindfulness, la actitud no enjuiciadora y la reducción de la reactividad emocional. Con respecto a las habilidades de relación se promueve una atención plena y afectiva hacia la otra persona, con la intención crear una nueva esfera de relación.
4. **Ambiente familiar.** En este módulo se va a explicar la relación e influencia que existe entre el bienestar del individuo y de la familia. Se aborda el tema de la aceptación radical como estrategia para asumir aquello que no gusta y mejorar las relaciones. Se fomenta la tolerancia, la consciencia sobre el coste que acarrea intentar cambiar al ser querido y se focaliza en la comprensión de la actual situación. La idea intentar ir dejando escapar al sufrimiento para dar paso a la aceptación. Con esto se defiende conseguir que el familiar-cuidador vea que hay más cosas en la relación y busca elevarlas con la intención de disminuir las que no se pueden cambiar.
5. **Validación.** Se enseña a validar a otra persona con el objetivo de mejorar la comunicación, crear confianza y reducir las desregulaciones emocionales en el familiar. Validar consiste en reconocer los sentimientos y los pensamientos de la otra

persona. Se definen los beneficios que se van a conseguir con la validación, se hace una distinción con la invalidación y se enseñan técnicas para conseguir validar. Por otro lado, se pretende conseguir que los familiares sean capaces de establecer y mantener límites logrando el respeto de los demás hacia él/ella, pero también de él/ella para consigo mismo, es decir, se quiere conseguir establecer un equilibrio en las relaciones.

6. **Gestión de problemas.** El último módulo se centra en la definición de problemas y soluciones. Se reflexiona sobre las cuatro posibilidades que existen en el afrontamiento de un problema: aceptarlo, tratar de cambiar la forma en la que uno se siente ante el problema, arreglarlo o estar atascado y sentirse miserable ante el mismo. Busca distinguir cuando centrarse en la aceptación y cuando en el cambio. Además, quiere desarrollar habilidades para la gestión de problemas y enseñar a identificar las técnicas no colaborativas.

En definitiva, como se ha señalado, el programa FC se ha diseñado para mejorar el bienestar emocional de los familiares, tiene su referente y/o anclaje en el Modelo de afrontamiento y adaptación al estrés y en la Terapia dialéctico conductual (Lazarus y Folkman, 1984 y Linehan, 1993). Consta de 6 módulos (Introducción, Educación familiar, Mindfulness en las relaciones, Ambiente familiar, Validación y Gestión de problemas) y, en la actualidad, se ha convertido en una referencia obligada en el campo de estudio que se ocupa del tratamiento de los familiares-cuidadores de personas con diagnóstico de TLP.

## Justificación y objetivos

Uno de los hallazgos que suscita un mayor consenso entre clínicos e investigadores son las múltiples implicaciones del TLP no solo a nivel individual, sino también familiar y contextual. La familia (más concretamente la intervención sobre esta célula social) es eclipsada, muy a menudo, por el abordaje de las consecuencias que este trastorno tiene en la persona. En este trabajo, nos hacemos eco de la necesidad de dirigir la atención o situar el foco, sobre los familiares-cuidadores del TLP cuya labor les genera profundas huellas físicas y emocionales a las que es necesario atender. Este abordaje también estará indirectamente incidiendo en que desarrollen con mayor eficacia su labor de apoyo-cuidado del TLP, lo que

puede ayudar a la propia persona con TLP, pues la investigación ha demostrado que, en términos generales, una correcta implicación emocional por parte de la familia mejora los resultados para las personas con el trastorno (Hooley y Hoffman, 1999).

Se antoja, entonces, y como ya se ha señalado, que el programa “Family Connections” constituye un recurso de gran utilidad para este propósito y es justamente esta circunstancia la que ha motivado que haya sido elegido este tema para la realización de este trabajo.

El objetivo de este trabajo es hacer una revisión de los trabajos que hay publicados sobre el programa “Family Connections” y conocer las intervenciones más recientes (últimos 5 años) sobre los programas basadas en el aprendizaje de habilidades. En definitiva, se pretende diseñar una propuesta de intervención con base empírico-científica que ayude a los familiares-cuidadores de una persona con TLP a obtener más información, fomentar el aprendizaje de habilidades y crear una red de apoyo.

A continuación, se presenta la metodología de este trabajo, abordando posteriormente los resultados de los estudios y la discusión de los mismos, seguidamente desarrollaremos nuestra propuesta aplicada. El trabajo finaliza con las principales conclusiones extraídas.



# Método

Para la realización de esta revisión sistemática, se utilizaron un total de tres bases de datos: Scopus, PsycInfo y MedLine. Los criterios de inclusión planteados para la selección de los estudios son los siguientes: publicación de los trabajos comprendida entre los años 2004 y diciembre de 2022, muestras con participantes que tengan una persona con diagnóstico de TLP dentro de su núcleo familiar; estudios empíricos y revisiones bibliográficas, escritos en inglés o español; y usar una intervención psicológica para esta población específica. En esta revisión, se ha tomado como modelo de referencia el diagrama de flujo PRISMA sobre el proceso de selección de estudios.

Se utilizaron tres operadores a la hora de realizar las búsquedas en todas las bases de datos mencionadas: TLP ("borderline personality disorder" OR "bpd" OR "borderline"), terapia ("therapy" OR "program" OR "family connections") y familia ("family" OR "families" OR "relatives"), siendo unidos estos tres operadores con el conector AND. Además, se incluye como requisito fundamental que los tres operadores aparezcan en el título de los estudios de la búsqueda. Esta medida fue tomada para asegurar que los estudios resultantes no trataran de una manera transversal los conceptos centrales del trabajo.

Partiendo de esta cadena de búsqueda principal, en Scopus aparecieron un total de 15 resultados, en PsycInfo 11, y en MedLine 9 resultados, dando un total de 35 estudios encontrados.

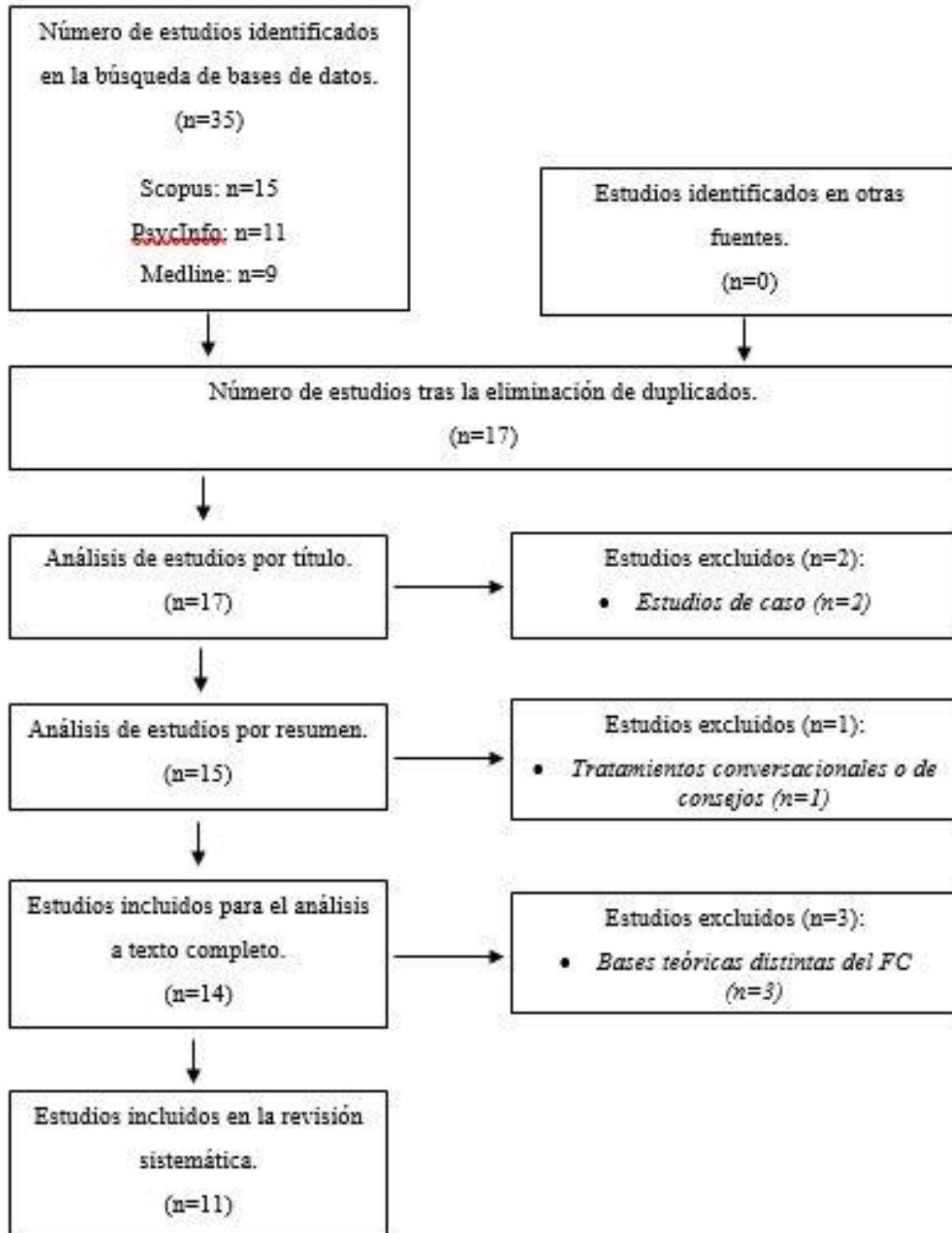
Tras la eliminación de los duplicados, se reduce a un total de 17 los estudios incluidos en esta revisión. Se prosiguió con un cribado centrado en los títulos de los artículos, con el cual se eliminó un total de dos estudios por ser estudios de caso (n=2). Con esto, se reducen los potenciales estudios de esta revisión a 15.

Tras la lectura de los resúmenes, se descarta un artículo por ser una propuesta de tratamiento centrada en tratamientos conversacionales o de consejos (n=1) alejándose del objetivo de esta revisión

Finalmente, después del análisis completo de los artículos cribados, se descartan tres estudios por plantear intervenciones con unas bases teóricas distintas a las del programa FC (n=3). Con todo, fueron seleccionados un total de 11 estudios para la presente revisión sistemática. A continuación, se muestra el diagrama de flujo de información de la búsqueda llevada a cabo (ver Figura 1).

**Figura 1**

Diagrama de flujo PRISMA que muestra el proceso de selección de los estudios para la revisión sistemática.



**Fuente:** Adaptado de Page et al. (2021).





# Resultados

A continuación, se comentan los hallazgos de los estudios seleccionados. La presentación de resultados se hace poniendo el foco en el análisis de la eficacia del programa FC (experiencias de los familiares tras haber participado en el programa FC y uso de las TICs en la aplicación del FC) y, además, se revisan otros programas actuales que tienen como eje central el entrenamiento en habilidades para familiares.

## La eficacia del programa estándar “Family Connections”

En este apartado se analizarán los estudios que tienen por objetivo conocer la eficacia del programa “Family Connections” estándar en la reducción del malestar emocional de los familiares-cuidadores, se hará un acercamiento a las experiencias que tienen los familiares tras su participación en el programa y, por último, se analizará la utilidad de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) como herramienta de apoyo a la hora de implementar una intervención basada en el FC.

Los estudios que se recogen en la Tabla 4.1, 4.2 y 4.3 y que se comentan a continuación, se ajustan a la aplicación estándar o clásica del “Family Connections” (Fruzzetti y Hoffman, 2004), compuesta por 6 módulos desarrollados a lo largo de 12 semanas. Cabe mencionar que gran parte de estos artículos utilizan como variables directas de estudio el duelo, la carga, la

depresión y la sensación de dominio personal. Los constructos fueron definidos de la siguiente manera (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021): carga: estresores que el familiar identifica debido a la sintomatología y comportamiento de la persona con el diagnóstico, tanto en lo relativo a las relaciones como en el desarrollo de su vida diaria; depresión: sintomatología depresiva que experimenta el familiar durante la semana pasada a la aplicación de las medidas de autoinforme, tales como: problemas para dormir, desesperanza o enfado; duelo: experiencias cognitivas, emocionales y psicológicas como tristeza, dolor y pérdida asociadas a tener a un familiar con una enfermedad mental; y sensación de dominio personal: habilidades que se autoidentifican en la gestión para hacer frente a un familiar con una enfermedad mental.

## El programa “Family Connections” estándar

En este apartado se recogen aquellos estudios que tienen como objetivo evaluar la eficacia del programa FC, dado que este constituye el objetivo nuclear de este trabajo. Estos estudios se resumen en la Tabla 4.1 que se encuentra más adelante.

El estudio de Hoffman et al. (2005) es el primero en evaluar la eficacia del programa “Family Connections” desarrollado, como se ha comentado antes, por este mismo autor y el doctor Fruzzetti en el año 2004. Para ello, se hizo un análisis pre-post y un seguimiento de tres meses de las variables duelo, carga, depresión y sensación de dominio personal en una muestra de 44 familiares y parejas cuidadores de personas con diagnóstico de TLP.

Los participantes completaron las 12 sesiones que propone el programa. Dos semanas y tres meses después de haber finalizado la intervención, los diferentes miembros de la familia completaron de nuevo las escalas obteniendo los siguientes resultados. Los niveles de duelo, carga y dominio personal mejoraron con respecto a los obtenidos antes de la intervención, sin embargo, no se apreciaron cambios en las puntuaciones obtenidas con la escala de depresión. En el seguimiento que se hizo transcurridos tres meses, se pudo observar como la variable carga continuó bajando, las variables duelo y dominio personal se mantuvieron y la variable depresión siguió sin mostrar cambios.

Este autor, dos años más tarde, replicó su estudio, ampliando la muestra a 55 familiares o parejas cuidadores con el objetivo de confirmar los hallazgos iniciales (Hoffman et al., 2007).

El planteamiento de la investigación y el desarrollo de la intervención fue la misma, con la única diferencia de que la variable carga total se dividió en dos componentes: carga objetiva y carga subjetiva.

Los resultados obtenidos fueron una disminución del duelo, depresión y carga (total, objetiva y subjetiva) y un aumento de la sensación de dominio tras la aplicación del programa. Durante los tres meses de seguimiento, las variables duelo y dominio siguieron mejorando (disminuyendo y aumentando respectivamente), mientras que la depresión y la carga de los miembros de la familia no mostraron cambios.

En el estudio, se constata un aumento en la significación estadística respecto al estudio inicial de Hoffman que se explica bien por un mejor trabajo de los responsables de implementar el programa FC, bien porque hubo un mayor número de contactos entre los familiares que participaron una vez acabó el programa (Hoffman et al., 2007).

Flynn et al. (2017) siguiendo la línea de las investigaciones anteriores, también propusieron como objetivo de su estudio evaluar la eficacia del programa, en este caso, de forma novedosa y ganando en validez a los anteriores artículos, estableciendo un grupo control y un seguimiento a los tres, doce y diecinueve meses.

Los participantes del estudio (n=80) fueron asignados de forma no aleatorizada a dos condiciones: condición Family Connections FC (n=51) y condición *Optimised Treatment-As-Usual OTAU* (n=29). Los autores hipotizaron una mejora de todas las variables (duelo, carga, depresión y sensación de dominio personal) en los participantes del programa FC en comparación con los de la condición *OTAU*.

La condición FC sigue la aplicación estándar que plantea Fruzzetti y Hoffman (2004) que, como ya se ha venido comentando, busca tanto educar en todo lo relativo al TLP, como entrenar distintas habilidades personales y de comunicación haciendo uso de ejercicios prácticos y deberes para casa, y promoviendo el desarrollo de redes de apoyo entre los participantes.

La condición *OTAU* se basa en un programa de psicoeducación de tres módulos con una duración de tres semanas. Originariamente, era un programa que se aplicaba en los familiares-

cuidadores que estaban en lista de espera para participar en el programa FC. Los contenidos de esta intervención son: en el módulo uno, información sobre el TLP y la Terapia Dialectico Conductual, en el módulo dos, visión general de las habilidades que proporciona la Terapia Dialectico Conductual y, en el último módulo, la importancia del autocuidado y guías para saber cómo responder al ser querido.

El análisis de resultados mostró mejoras en ambas condiciones (FC y *OTAU*) con respecto a los datos obtenidos pre-tratamiento. Además, en la condición FC, los cambios en las variables pre-post fueron estadísticamente significativos. Comparando ambas condiciones, los resultados de la condición FC para las variables duelo y carga mostraron diferencias estadísticamente significativas con los obtenidos en la condición *OTAU*.

Durante los tres meses posteriores a la finalización del programa FC, las variables duelo y carga con su subdivisión carga objetiva, carga subjetiva y carga total siguieron bajando. Sin embargo, la depresión y la sensación de dominio no mostraron cambios. En el seguimiento a largo plazo (a los diecinueve meses) no se observaron cambios.

De la misma manera, el protocolo de Fernández-Felipe et al. (2020) que tiene como objetivo evaluar la eficacia del programa estándar "Family connections" en la mejora del funcionamiento familiar y la reducción de la carga de los miembros de la familia haciendo un análisis pre-post de las variables y un seguimiento a los seis meses. Los autores plantean seleccionar una muestra de 116 familiares o parejas cuidadores de personas con diagnóstico de TLP atendidos en centros especializados en el tratamiento de TLP. Los participantes serían asignados aleatoriamente a dos condiciones: condición FC (n=58) y *condición Treatment-As-Usual TAU* (n=58). La condición FC se ajusta al programa clásico de Fruzzetti y Hoffman (2004). En lo relativo al grupo *TAU*, la intervención tendrá la misma duración que el programa clásico de FC y hará un planteamiento activo (con tareas para casa y entrenamiento en las sesiones).

**Tabla 4.1***El programa FC estándar.*

<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Muestra</b>	<b>Evaluación</b>	<b>Intervención</b>	<b>Conclusiones</b>
Hoffman et al. (2005)	Evaluar si el programa FC es eficaz para reducir los niveles de duelo, carga emocional, depresión y sensación de dominio personal.	44 familiares. N=27 madres N=12 padres N=3 parejas N=1 hermano  Media de edad: 55,5 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Duelo: Grief Assessment Scale</li> <li>➤ Carga: Burden Assessment Scale</li> <li>➤ Depresión: Assessment Scale Revised Centre for Epidemiologic Studies of Depression Scale</li> <li>➤ Sensación de dominio personal: Personal Mastery Scale</li> </ul>	Aplicación estándar del programa FC.	Hay reducciones significativas en las variables duelo y carga después de la intervención y aumento en la variable sensación de dominio personal. No hay cambios en la variable depresión. Las mejoras en los familiares se mantuvieron seis meses después de la finalización del programa, apareciendo una mejora (disminución) de la variable carga.
Hoffman et al. (2007)	Replicar el estudio original de FC de Hoffman (2005)	55 familiares N=31 madres N=11 padres N= 5 esposos N= 1 pareja N=3 hijos N=4 hermanos  Media de edad: 53,40 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Duelo: Grief Assessment Scale</li> <li>➤ Carga: Burden Assessment Scale</li> <li>➤ Depresión: Assessment Scale Revised Centre for Epidemiologic Studies of Depression Scale</li> <li>➤ Sensación de dominio personal: Personal Mastery Scale</li> </ul>	Aplicación estándar del programa FC.	Hay diferencias entre las variables pre-tratamiento y las post-tratamiento, incluida la variable depresión. Tras el seguimiento, los resultados se mantuvieron y las variables duelo y dominio personal siguieron mejorando.

Flynn et al. (2017)	Comparar la efectividad del programa FC con un programa optimizado de tratamiento habitual OTAU basado en psicoeducación.	80 familiares. FC. N=51 N=29 padres N=14 parejas N=8 otros  OTAU. N=29  N=14 padres N=9 parejas N=6 otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Duelo: Grief Assessment Scale</li> <li>➤ Carga: Burden Assessment Scale</li> <li>➤ Depresión: Assessment Scale Revised Centre for Epidemiologic Studies of Depression Scale</li> <li>➤ Sensación de dominio personal: Personal Mastery Scale</li> </ul>	FC: aplicación estándar del programa. 12 semanas. 2h/semana.  OTAU: 3 semanas. 2h/semana. Psicoeducación.	El grupo FC mostró cambios que indicaban una mejora con respecto a las cuatro variables. El grupo OTAU mostró cambios en la misma dirección que el grupo de intervención, pero ninguno de los cambios fue estadísticamente significativo. El efecto de la intervención fue estadísticamente significativo para la carga total y el duelo. Las mejoras se mantuvieron en el seguimiento de los participantes de FC.
Fernández-Felipe et al. (2020)	Comparar la eficacia de aplicar FC a familiares de pacientes con TLP en comparación con un programa de tratamiento habitual de modalidad activa TAU.	116 familiares FC. N= 58 TAU. N=58	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Carga: Burden Assessment scale. (BAS).</li> <li>➤ Funcionamiento familiar: Family assessment device – global functioning scale. (FAD-GFS).</li> </ul>	FC: aplicación estándar del programa. 12 semanas. 2h/semana  TAU: programa de modalidad activa. 12 semanas. 2h/semana.	Sin resultados. Protocolo de estudio.

## Las experiencias de los participantes

Motivado por la riqueza que aporta la metodología cualitativa, surge este apartado de gran relevancia para el trabajo. Este permite comprender con mayor exactitud las fortalezas y debilidades del programa recogiendo, en la Tabla 4.2, estudios que analizan las experiencias y opiniones de participantes del programa FC.

El estudio de Fisher (2021) tiene como objetivo evaluar la eficacia del programa FC y analizar las experiencias de familiares y cuidadores que participaron en el mismo. Este estudio utiliza información cuantitativa y cualitativa de siete cuidadores. Las variables cuantitativas se midieron pre y post tratamiento y las cualitativas tres meses después de que la intervención hubiese finalizado (vía telefónica o presencial). El objetivo de añadir evidencia cualitativa surgió por querer ampliar la información de la eficacia del estudio y por permitir a los participantes que informasen sobre sus experiencias, sobre el impacto en su relación y sobre su bienestar emocional (Fisher, 2021).

La intervención consistió en la aplicación del programa FC de Fruzzetti y Hoffman (2004). Los resultados cuantitativos mostraron moderadas mejoras en las variables depresión, carga y dominio. Sin embargo, contrariamente a lo obtenido en otros estudios (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021), hubo un aumento en la variable duelo después de la intervención.

En cuanto a los aspectos cualitativos, la gran mayoría de las experiencias recogidas son positivas. Los participantes comentaron que durante el programa aprendieron acerca del TLP y de las habilidades para gestionar las relaciones.

*'Learning more about BPD made it a bit easier to cope with. To understand why the person ...maybe acts that way and ways to communicate better with them.'* (Fisher, 2021, pag.46).

Además, se hizo alusión al acompañamiento percibido durante toda la intervención y la utilidad de las habilidades aprendidas para mejorar las interacciones y comunicación entre sus seres queridos.

*'It was important to be there just for support for them sometimes. I spoke with some of them outside the group, just sharing different stuff and advice and that.'* (Fisher, 2021, pag.47).

El estudio recoge que los participantes recomiendan el programa a futuras personas que quieran participar en el mismo. La única discrepancia entre los participantes concierne al sentimiento de bienestar emocional, pues algunos cuidadores mencionan manejar mejor su salud mental, mientras que otros refieren seguir trabajando en ello.

Fernández-Felipe et al. (2021) plantean como objetivo de su estudio evaluar el uso de las habilidades aprendidas en el programa FC en el que los sujetos habían participado anteriormente y analizar las experiencias de los cuidadores durante el confinamiento del Covid-19.

La entrevista a siete familiares dio como resultado cinco grandes temas: I: experiencias de los familiares durante el confinamiento, II: aprendizajes, III: habilidades más utilizadas y útiles durante el confinamiento, IV: sinceridad y contenido y V: satisfacción y aceptación del programa.

Las experiencias durante el confinamiento con un familiar con diagnóstico de TLP (tema I) fueron variadas: buenas, neutrales y malas. Muchos de los participantes comentan que gracias al programa habían aprendido a conocer y aceptar el problema de su familiar, empoderarse, mejorar el clima familiar y mejorar su propia calidad de vida pues ahora eran conscientes de la importancia de cuidarse como cuidadores (tema II).

*"I think that the most important thing we have learned is to know what our family member suffers. I think none of us knew because we could not understand why they behaved as they did. Learning about their problem and putting into practice all the methods to improve our coexistence with them has been positive because there came a time when we could not live with that person."* (Fernández-Felipe et al., 2021, pag. 8).

Entre las habilidades más utilizadas (tema III) se mencionaron las de validación de la patología de sus familiares, el reconocimiento y comprensión de la desesperación emocional, así como la aceptación de que el cuidador puede sentir malestar emocional. Estos dos aspectos



tienen una gran relevancia a la hora de crear y mantener un entorno familiar respetuoso cuando ocurren las crisis y, además, proporcionan estrategias más adaptativas.

*"I think acceptance has been the most important thing because it helps you realize what you have and what you must accept, and that's how it is. Not hitting the wall."* (Fernández-Felipe et al., 2021, pag. 9).

*"Validating her feelings, her sensations, and all that has seemed very important to me. Knowing how to say, I understand that you are like this ..."* (Fernández-Felipe et al., 2021, pag. 9).

Los participantes del grupo comentaron que, con anterioridad a esta intervención, nunca habían recibido información sobre el problema que tenía su familiar ni se les había proporcionado habilidades para enfrentarlo. Todos ellos coinciden en que compartir experiencias e interactuar con profesionales fue útil pues, por un lado, les proporcionó información que les ayudó a entender comportamientos de sus familiares y, por otro lado, les facilitó una red de apoyo en un espacio seguro, convirtiéndose este en un aspecto clave del programa (tema IV).

El programa se calificó de forma muy positiva con altos niveles de satisfacción y aceptación (tema V).

*"It has been very good for us because we were lost, and it has helped us to realize that it is something that affects many people, and that the reactions of our relatives are similar."* (Fernández-Felipe et al., 2021, pag. 11).



**Tabla 4.2***La experiencia de los participantes.*

Estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Intervención	Conclusiones
Fisher (2021)	Evaluar la experiencia en el programa FC.	7 cuidadores N=3 padres N=1 esposo N=2 amigos N=1 pastor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Duelo: Grief Assessment Scale</li> <li>➤ Carga: Burden Assessment Scale</li> <li>➤ Depresión: Assessment Scale Revised Centre for Epidemiologic Studies of Depression Scale</li> <li>➤ Sensación de dominio personal: Personal Mastery Scale</li> <li>➤ Entrevista semiestructurada: experiencias positivas, acompañamiento, manejo de emociones y comportamientos y recomendaciones.</li> </ul>	Aplicación estándar del programa FC	<p>Los resultados muestran mejoras en las variables: depresión, carga y dominio personal.</p> <p>Los sujetos expresaron más puntuación en la variable duelo (contrario a lo esperado).</p> <p>Los resultados de las entrevistas fueron: experiencias positivas acerca del programa, sentimientos de apoyo y experiencias compartida, así como mejora del manejo de las emociones y comportamiento.</p> <p>Hay un pensamiento generalizado de recomendación del programa a futuros grupos.</p>

Fern ánde z- Felip e et al. (202 1)	Evaluar el uso de habilidades previamente adquiridas en el programa FC durante el confinamiento del Covid- 19.	7 familiares.  N=3 madres N=2 padres N=1 hija N=1 marido  Media de edad: 53,43 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Opinion of treatment scale by modules (OTSM).</li> <li>➤ Entrevista semiestructurada.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencias durante el confinamiento.</li> <li>- Que habilidades les han resultado más útiles y cuales utilizaron durante el confinamiento.</li> <li>- Necesidades y adherencia al grupo de FC.</li> <li>- Satisfacción y aceptación con FC</li> </ul> </li> </ul>	Aplicación estándar del programa FC	Las habilidades más utilizadas: validación y aceptación. Uno de los grandes beneficios del programa es el hecho de tener un espacio seguro para compartir vivencias. El programa se calificó de forma muy positiva.
--	---	--	---	---	--

## El uso de las TICs

Otros de los ejes vertebradores de este trabajo lo constituyen los estudios que utilizan TICs como herramientas de apoyo o como medios de intervención. Los estudios que se recogen en la Tabla 4.3 buscan evaluar la eficacia del uso de aplicaciones móviles en el tratamiento de familiares-cuidadores de personas con TLP.

Gleeson et al. (2020) presentan un estudio que busca evaluar los efectos en la carga, estrés, emoción expresada, comunicación familiar y calidez de vida que tiene la introducción de una app de apoyo (*Kindred*) para el soporte en el cuidado de un familiar, pareja o amigo con diagnóstico de TLP. Igualmente, los autores buscan evaluar la aceptabilidad, utilidad y seguridad de la aplicación.

Para llevar a cabo el estudio se contó con 19 familiares que, en este caso, estuviesen al cargo de una persona joven (menor de 18 años) con diagnóstico de TLP.

Esta aplicación móvil hace uso de muchas de las bases que utiliza FC en su programa, más no sigue la aplicación clásica grupal. Los bloques temáticos que ofrece la aplicación *Kindred* se agrupan en dos: Psicoeducación y terapia. Compuesto por contenidos tales como: comprender el TLP, comunicarse con los seres queridos, autocuidado, bienestar emocional y mindfulness para cuidadores (I). Redes sociales en línea (II). Este último bloque tiene como objetivo facilitar la comunicación entre cuidadores habilitando un espacio para enviar publicaciones y hacer comentarios, buscando subsanar la falta de interacciones personales en vivo.

Cabe mencionar que el programa estuvo moderado por un psicólogo clínico y un familiar con vivencias en el cuidado de un joven con problemas de salud mental e instrucción previa sobre el programa. Ambos organizaron dos reuniones online con el objetivo de responder preguntas de los familiares y fomentar la participación utilizando como medio la aplicación.

Tras la intervención, los resultados muestran diferencias entre el inicio y el seguimiento de esta, apareciendo diferencias significativas en las variables carga y emoción expresada. En cuanto a la valoración de la aplicación, algunos cuidadores puntúan *Kindred* como aceptable (66,7%), de utilidad (86,7%) y segura (66,7%).

Los únicos apartados completados fueron los correspondientes a terapia y psicoeducación concretamente los subapartados “preguntar con empatía”, “qué es el TLP” e “introducción al TLP”. Además, ninguno de los participantes se conectó a las reuniones organizadas por los especialistas.

Los autores defienden que estos resultados se ven influidos por el hecho de que la persona diagnosticada sea un menor de edad, pues el objetivo prioritario de los padres es entender el TLP y poder relacionarse con sus hijos (Gleeson et al., 2020).

La propuesta de Fernández-Felipe et al. (2022) tiene como objetivo valorar la efectividad de una intervención de FC durante la cual se utiliza una aplicación móvil como apoyo para la mejora emocional del familiar-cuidador. Los autores utilizarán una muestra de 116 familiares que se asignarán aleatoriamente a dos condiciones. Las dos condiciones reciben el tratamiento estándar de FC (seis módulos y doce semanas de duración). La condición *TAU+EMI* utilizará como instrumento de apoyo el uso de la aplicación (recoge el contenido dado a lo largo de las sesiones y manda dos notificaciones al día con recordatorios de los mismos) y la condición *TAU* tendrá como soporte un manual formato papel (recoge el contenido de las sesiones y las habilidades que se enseñan).

**Tabla 4.3**

*El uso de las TICs.*

Estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Intervención	Conclusiones
Gleeson et al. (2020)	Evaluar la aceptabilidad, utilidad y seguridad de "Kindred" (una app para el soporte en el cuidado de un familiar joven con diagnóstico de TLP). Valorar si aporta cambios en los cuidadores en las variables: carga, estrés, emoción expresada, comunicación familiar y calidez de vida.	19 familiares. N= 14 madres N=2 padres N= 2 parejas N=1 tío  Media de edad: 48,1 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Carga: Experience of Care-giving Inventory (ECI)</li> <li>➤ Estrés: Perceived Stress Scale</li> <li>➤ Emoción expresada: Family Questionnaire</li> <li>➤ Comunicación familiar: Parent-Adolescent Communication (PAC) Scale to carers</li> <li>➤ Calidez de vida: Assessment of Quality of Life – 4 Dimensions</li> </ul>	<p>Acceso a Kindred, aplicación que ofrece:</p> <p>(a) sesiones y contenido de psicoeducación y terapia para el autocuidado</p> <p>(b) contacto mediante redes sociales de cuidador a cuidador</p> <p>(c) sesiones con expertos en TLP y personas formadas que están a cargo de una persona con TLP</p>	<p>Entre el inicio de la intervención y el seguimiento hay cambios en las puntuaciones. Hay diferencias significativas en las variables carga y emoción expresada.</p> <p>Solo se utilizaron determinados dominios de la totalidad que ofrece la aplicación. Los apartados completados con éxito fueron de psicoeducación: "preguntar con empatía" seguido de "qué es el TLP" e "introducción al TLP".</p> <p>Ningún cuidador asistió a las sesiones de expertos e iguales.</p> <p>Los cuidadores valoran Kindred como aceptable (66,7%), de utilidad (86,7%) y segura (66,7%).</p>

<p>Fernández-Felipe et al. (2022)</p>	<p>Comparar la efectividad de una intervención basada en FC apoyada por una aplicación de móvil (TAU+EMI) en comparación con una intervención de FC apoyada por un manual en papel (TAU).</p>	<p>116 familiares. TAU+EMI. N=58 TAU. N=58</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Carga: (BAS).</li> <li>➤ Depresión, ansiedad y estrés: (DASS-21).</li> <li>➤ Empoderamiento familiar: (FES).</li> <li>➤ Resiliencia: (CD-RISC).</li> </ul>	<p>TAU+EMI y TAU: aplicación estándar del programa FC.</p> <p>TAU+EMI: acceso a una app que manda notificaciones 2 veces/día.</p> <p>TAU: acceso a un manual en papel.</p>	<p>Sin resultados. Protocolo de estudio.</p>
---------------------------------------	---	--	---	--	--



## “Family Connections” y otras propuestas recientes basadas en el aprendizaje de habilidades

Con la intención de conocer las intervenciones grupales de entrenamiento en habilidades (base teórica del FC) que se están aplicando a familiares-cuidadores de personas con TLP en la actualidad, se van a incluir en este apartado las propuestas recientes (como se ha señalado de los últimos 5 años) que, al igual que el programa FC, buscan intervenir en esta población persiguiendo mejorar su bienestar emocional. Los artículos se muestran en la Tabla 5.

La investigación de Navarro-Haro et al. (2018) busca evaluar la eficacia del programa de entrenamiento en habilidades grupal estándar con una duración de 25 sesiones semanales de dos horas cada una.

El programa que plantean los autores se implementó a 7 familiares. Dicho programa utilizó habilidades específicas para el trabajo con familiares tales como: mindfulness de la relación, habilidades para entender la invalidación y practicar la validación, y habilidades de acercamiento. El objetivo terapéutico busca entrenar estas y otras habilidades utilizando tanto estrategias de aceptación (mindfulness y tolerancia al malestar) como estrategias centradas en el cambio (regulación emocional y eficacia interpersonal).

Los resultados fueron los siguientes: mejoras estadísticamente significativas en el rasgo de ansiedad. Con relación a la escala de dificultades en la regulación emocional, se encontró un cambio estadísticamente significativo en la subescala interferencia. Por otro lado, tras la aplicación del programa no se constatan aumentos de significación en las variables sintomatología depresiva ni agotamiento emocional.

El estudio de Fonseca-Baeza et al. (2021) que tiene como objetivo reducir el número de sesiones del entrenamiento grupal en habilidades de la TDC de Linehan (1993) de 6 meses de duración. Así pues, utilizó una muestra de 12 familiares, desarrolla un protocolo de 14 sesiones con una frecuencia semanal de dos horas, siendo la duración del programa de dos meses y medio.

Con una propuesta similar a la del FC, la estructura de las sesiones se inicia siempre con la revisión de las tareas que se mandan hacer en casa y se pregunta sobre la puesta en práctica de lo aprendido la sesión anterior. Después, se introduce la nueva habilidad y se pone en práctica sobre los casos que aportan los familiares. Para finalizar la sesión, se plantea la tarea para casa y se deja un espacio para dudas.

El programa tiene componentes de mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal. Sigue el siguiente desarrollo: 2 sesiones de psicoeducación y las restantes 11 sesiones se centran en el entrenamiento en habilidades con el objetivo de mejorar la gestión emocional, el afrontamiento, el manejo de situación complicadas, mejorar la comunicación y el clima familiar. La última sesión se reserva como un espacio para dudas y anticipación de posibles problemas.

Tras el análisis de resultados, se observa cambios estadísticamente significativos en la sintomatología depresiva de los familiares una vez finalizado el programa y una reducción estadísticamente significativa en la subescala actitud negativa hacia la enfermedad. También aparecen mejoras pre-post en la variable ansiedad, hostilidad, baja tolerancia y emoción expresada. Lo que supone una mejora en los resultados con respecto al estudio de Navarro-Haro et al. (2018).

El estudio de Guillén et al. (2022) plantea hacer una modificación e investiga cómo influye el uso del mindfulness en la mejora clínica de los familiares. Para ello, cuenta con una muestra de 108 participantes de los cuales 75 viven actualmente con una persona con diagnóstico de TLP y los 33 restantes actualmente no comparten residencia, pero si lo hicieron en el pasado.

En este estudio, se aplica como grupo control el entrenamiento en habilidades basado en la TDC en su versión grupal y como grupo experimental la misma más un componente de mindfulness. El programa abarca 8 sesiones semanales con una duración de 2h cada sesión. Los contenidos de las diferentes condiciones experimentales son los siguientes:

- Para el grupo control: estrategias de psicoeducación, validación, aceptación, programa de resolución de problemas y manejo de contingencias.

- Para el grupo experimental: estrategias de psicoeducación, validación, aceptación, programa de resolución de problemas, manejo de contingencias y mindfulness.

El análisis de resultados muestra una mejora en ambas condiciones viéndose los familiares beneficiados por su participación en los programas. Hubo diferencias en el grupo experimental en la variable actitud negativa hacia la enfermedad, en comparación con el grupo control. Sin embargo, cabe destacar que esta variable tenía una mayor puntuación antes de la intervención en este grupo en concreto. A excepción de esta, no hay otra diferencia entre ambas variables, por lo que se concluye que la mejora en los participantes no viene por la condición de mindfulness sino por el apoyo y conocimientos aportados durante la intervención.



**Tabla 5.***"Family Connections" y otras propuestas recientes basadas en el aprendizaje de habilidades.*

Estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Intervención	Conclusiones
Nava rro- Haro et al. (2018 )	Evaluar la efectividad y aceptabilidad de una intervención en habilidades grupales de la TDC compuesta por 25 sesiones.	7 familiares.  N=4 madres N=3 padres  Media de edad: 52,2 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depresión. Beck Depression Inventory II (BDI-II).</li> <li>➤ Ansiedad: State Trait Anxiety Inventory (STAI).</li> <li>➤ Regulación emocional: Difficulties of Emotion Regulation Scale (DERS).</li> <li>➤ Agotamiento emocional. Maslach Burnout Inventory (MBI).</li> <li>➤ Mindfulness. Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ).</li> </ul>	25 sesiones semanales. 2h/ semana.  Componentes del programa: mindfulness en la relación, habilidades para entender la invalidación y practicar la validación y habilidades de acercamiento.	Mejora estadísticamente significativa en el rasgo ansiedad después de la intervención.  Diferencia estadísticamente significativa en la escala de interferencia del DERS.  Buena aceptabilidad en la intervención: el 70% de los participantes terminaron el tratamiento.

Fonseca-Baeza et al. (2021)	Diseñar y evaluar la eficacia de una adaptación breve y grupal del entrenamiento en habilidades de la terapia dialectico conductual para familiares haciendo una propuesta fija de la estructura de las sesiones.	12 familiares. N= 6 madres (50%) N=5 padres (41,7%) N=1 pareja (8,3%)  Media de edad: 61 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Depresión: Beck Depression Inventory (BDI-II).</li> <li>➤ Ansiedad: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS).</li> <li>➤ Emoción expresada: Leve lof Expressed Emotion Scale (LEE-S).</li> </ul>	14 sesiones. 2h/ semana.  El programa tiene componentes de atención plena, regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal.	Tras la intervención se produce un cambio estadística y clínica significativo en depresión y únicamente clínica en ansiedad, hostilidad, tolerancia a la frustración y emoción expresada.  Hay una mejora estadística en la actitud negativa hacia la enfermedad.
Guillén et al. (2022)	Comparar dos protocolos de tratamiento para familiares de personas con un diagnóstico de TLP: uno basado en el entrenamiento de habilidades grupal de la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y el otro añadiéndole al anterior un componente de mindfulness (DBT-M).	108 familiares.  N=33 no viven actualmente con el familiar (separados, divorciados). N=75 viven actualmente con el familiar (padres, madres, casados).  Media de edad 54,31 años.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Emoción expresada. Level of expressed emotion scale (LEE-S).</li> <li>➤ Evolución. Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ).</li> <li>➤ Mindfulness. Five Factors of Mindfulness Questionnaire (FFMQ).</li> </ul>	8 sesiones. 2h/ semana.  DBT: estrategias de psicoeducación, validación, aceptación, programa de resolución de problemas y manejo de contingencias.  DBT-M: estrategias de psicoeducación, validación, aceptación, programa de resolución de problemas, manejo de contingencias y mindfulness.	Hay mejoras en los familiares después de la participación en ambos programas.  No hay diferencias significativas entre los dos grupos de estudio. A excepción de la variable actitud negativa hacia la enfermedad donde el grupo con la condición de DBT-M muestra mejoras en comparación con el DBT.

## Discusión

En este apartado, y ya realizada la presentación de los hallazgos de la revisión de trabajos empíricos, se pretende discutir los resultados comparando los distintos estudios para, en definitiva, articular las principales conclusiones que sirvan de fundamento a la propuesta aplicada.

### La eficacia del programa estándar “Family Connections”

Los estudios que han sido recopilados para esta revisión confirman la eficacia de aplicar el programa FC en su formato estándar a familiares de personas con TLP (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021; Fernández-Felipe et al., 2021).

El hecho de que cuatro de los cinco estudios (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021) utilicen las mismas variables directas permite llegar a conclusiones fiables. En todos ellos, se aprecia un cambio estadísticamente significativo tras la aplicación estándar del programa FC en la variable carga, lo que respalda la eficacia del programa FC en la reducción del malestar emocional familiar asociado al cuidado del familiar enfermo.

La aplicación estándar del programa obtiene resultados significativos pre-post con una única condición de tratamiento (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Fisher, 2021) y con dos condiciones de tratamiento (Flynn et al. 2017). La metodología pre-post sin grupo

control utilizada en tres de los cuatro estudios (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021) tiene algunas desventajas, pues, en estos diseños existen numerosas amenazas a la validez interna que podrían estar explicando los cambios no atribuibles a la intervención en las variables medidas.

Además, cabe mencionar que en la investigación de Flynn et al. (2017), la condición alternativa a la aplicación estándar de FC, conocida como *OTAU* en su artículo, tiene una duración de 3 semanas de psicoeducación, por tanto, se trata de una condición que difiere en duración y forma, lo que se ha de tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. A pesar de ello, esta investigación demuestra su eficacia con respecto a los programas de psicoeducación que, como se ha comentado en la introducción, es otra de las modalidades con la que se está interviniendo a familiares-cuidadores.

De los estudios con una única condición de tratamiento, Hoffman et al. (2005), además de la mejora en la variable carga, detectan mejoras en la condición dominio personal y duelo. Con la intención de replicar sus hallazgos, Hoffman y su grupo diseña un nuevo estudio aumentando la muestra (Hoffman et al., 2007). Esta vez encuentran mejoras en las cuatro variables. Fisher (2021) encuentra mejoras en las variables depresión, carga y dominio personal. Sin embargo, se produce un aumento (empeoramiento) de la variable duelo después de la intervención que los autores atribuyen al aumento de conciencia y mayor reconocimiento de los costes emocionales que está suponiendo estar al cuidado de alguien. Esto no tiene que ser evaluado como algo negativo, pues según comenta Worden (2018), conectar o volver a conectar con experiencias angustiosas puede suponer un proceso saludable o normal en la superación del duelo.

Poniendo el foco de atención en las experiencias de los familiares, las investigaciones de Fisher (2021) y Fernández-Felipe et al. (2021) tienen mucho que aportar. Ambos estudios recogen que los aspectos del programa que los familiares más valoran son: el aumento de conocimientos sobre el TLP, el aprendizaje de determinadas habilidades y la posibilidad de contar con una red de apoyo. Además, todos los participantes recomiendan este programa a personas que se encuentren en una situación similar. Estos resultados permiten entender los motivos por los que aparece una mejora en las variables cuantitativas anteriormente mencionadas.



Si se clasifican estos resultados, se puede hacer una distinción entre aspectos educativos y aspectos emocionales que aporta el programa a los familiares.

En lo relativo a los aspectos educativos, los familiares valoran el aumento de conocimientos con respecto al diagnóstico de sus seres queridos. Además, en el estudio de Fernández-Felipe et al. (2021) aparece como las habilidades más utilizadas los integrantes del grupo: la de validación y la de aceptación. Por otro lado, Fisher (2021), encuentra como las más valoradas las habilidades de comunicación para saber interactuar correctamente con la gente que cuidan.

Con respecto a los aspectos emocionales, los familiares agradecen tener un grupo que haya pasado por vivencias parecidas, que los entienda y los escuche, pues según mencionan los participantes, allí encuentran un lugar seguro donde poder abrirse, expresarse, ser comprendidos y sentirse acompañados.

Siguiendo en la línea de los estudios anteriores, Gleeson et al. (2020) que tienen como objetivo evaluar el uso de una aplicación de soporte para el cuidado de un familiar joven con diagnóstico de TLP encontraron que los apartados que los participantes completaron son los relativos a psicoeducación: "que es el TLP" e "introducción al TLP" y el apartado "preguntar con empatía". Estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Fischer (2021), donde uno de los aspectos que los participantes más valoran era el conocimiento que adquieren sobre el TLP en general y sobre las habilidades para gestionar relaciones en particular.

Igualmente, este estudio, aun diferenciándose en la aplicación estándar del programa FC y en las variables que evalúa, obtiene en sus resultados una mejora de la variable carga y emoción expresada pre-post tratamiento. Estos resultados han de leerse teniendo en cuenta que en la investigación no hay grupo control. Además, cabe mencionar que, los participantes se centraron en los componentes que mejorasen la comprensión y la relación de los jóvenes más que en las cuestiones que se centraban en su propio cuidado, lo que hipotéticamente y según refieren los autores (Gleeson et al., 2020) puede explicarse por el hecho de que las personas cuidadas en este estudio eran menores de edad. Además, en esta investigación parecen diluirse las mejoras que se generan con motivo de contar con una red de apoyo segura, pues el formato virtual no propicio el uso de foros ni la conexión a las sesiones expositivas ni de dudas con iguales y expertos.

## “Family Connections” y otras propuestas recientes basadas en el aprendizaje de habilidades

A continuación, se discuten los resultados de los programas grupales basados en el entrenamiento en habilidades que, junto con el FC, se han estado aplicando en los últimos años (Navarro-Haro et al., 2018; Fonseca-Baeza et al., 2021; Guillén et al., 2022) haciendo sus aportaciones a este trabajo.

Navarro-Haro et al. (2018) hacen un planteamiento de 25 sesiones del entrenamiento en habilidades en grupo. El programa que plantean los autores tiene por objetivo entrenar estrategias centradas en la aceptación y en el cambio. Los resultados únicamente fueron significativos en la variable ansiedad y en la subescala interferencia. Los familiares-cuidadores no pareciendo beneficiarse en gran medida de esta intervención, el planteamiento de Fonseca-Baeza et al. (2021) resulta muy interesante pues en él se busca evaluar la efectividad de una intervención basada en la propuesta grupal de Linehan (1993) pero haciendo una reducción en el número de sesiones.

Se reservan un total de 2 de las 14 sesiones para psicoeducación, dejando el resto para entrenar habilidades. Los familiares muestran mejoras en la sintomatología depresiva, al igual que ocurre en las investigaciones de Hoffman et al. (2007), Flynn et al. (2017) y Fisher (2021). Igualmente, las variables ansiedad, hostilidad, baja tolerancia y emoción expresada muestran mejoras pre-post.

Por otro lado, la investigación de Guillén et al. (2022) concluye que no es la condición de mindfulness la responsable de los cambios en los resultados de los participantes, sino que se produce esta mejora por los conocimientos aportados sobre el TLP, las diferentes habilidades entrenadas durante la intervención para hacer frente a la situación y el apoyo del grupo. Es decir, aprender mindfulness no aporta diferencias en el grupo experimental, lo que sí que provoca cambios deseables en ambos grupos es el resto de los contenidos que se trabajan: psicoeducación sobre el TLP, validación, aceptación, habilidades de resolución de programas y manejo de contingencias.

Esta conclusión resulta interesante pues, en el módulo 3 del programa FC, hay un subapartado de mindfulness. No se puede llegar a ninguna conclusión sin investigar

específicamente sobre el tema, pero pudiera hipotetizarse que el módulo 3 en específico y el programa grupal en general, tienen efecto psicológico no por el mindfulness, sino por el resto de las estrategias que se abordan como son la validación y la aceptación, presentes igualmente en el trabajo de Guillen et al. (2022).

En definitiva y una vez analizadas otras propuestas recientes, se ve como el aumento de sesiones y el entrenamiento específico en mindfulness no aportan una mejora reseñable a la intervención. Sin embargo, como se ha ido comentado a lo largo de este apartado, se puede concluir que el programa FC estándar es eficaz para mejorar el bienestar emocional de los familiares-cuidadores de una persona con TLP. La variable carga es la que muestra mejoras independientemente de las condiciones de estudio. No obstante, no puede pasar por alto que otras variables como son: duelo, depresión, sensación de dominio personal, connotación negativa hacia la enfermedad, ansiedad e interferencia, también han mostrado mejoras después de la intervención grupal.

Las fortalezas del programa son múltiples y variadas, entre ellas destacan la disponibilidad de información actualizada sobre el diagnóstico de su familiar, el aprendizaje de habilidades que pueden utilizar para manejar la situación familiar, el hecho de aceptar y validar sus emociones y la situación en la que viven y la construcción de una red de apoyo emocional donde los miembros de la familia se sienten escuchados y comprendidos.

## Limitaciones y directrices futuras

Entre las limitaciones que presenta el campo y que han dificultado llegar a conclusiones claras acerca de la relevancia y eficacia de aplicar el FC es la falta de estudios. Se trata de un programa contemporáneo de reciente aplicación que aún tiene que ser estudiado en mayor profundidad. Sin embargo, el futuro es prometedor y se cree que este campo de conocimiento se ampliará apareciendo más investigaciones que ayudarán a iluminar este nuevo enfoque.

Algunas de las potenciales limitaciones del trabajo son el escaso tamaño muestral de algunos trabajos (Fisher, 2021; Fernández-Felipe et al., 2021; Fonseca-Baeza et al., 2021; Navarro-Haro et al., 2018) y la falta de grupos control aleatorizados, lo que dificulta la generalización de resultados y el establecimiento de relaciones causales.

Sería deseable usar muestras de mayor tamaño, plantear estudios con grupo control aleatorizados y con mayor número de seguimientos tras la finalización de la intervención.

Con respecto a los instrumentos de evaluación, hay un uso mayoritario de medidas de autoinforme siendo deseable que investigaciones futuras incluyan otros métodos de evaluación (como entrevistas clínicas, autorregistros...) junto con las variables cuantitativas. También sería deseable evaluar la eficacia del uso de herramientas TICs (como las Apps) para complementar el tratamiento y los seguimientos, tal y como plantean Fernández-Felipe et al. (2022). Las herramientas TICs pueden servir de apoyo para los terapeutas y familiares. Es importante mencionar que no todos los grupos de tratamiento se ven beneficiados del uso de aplicaciones, pues muchas veces el simple hecho de salir de casa ya promueve el cambio terapéutico, por lo que sería muy interesante evaluar cómo influye en esta población en concreto. Igualmente, sería sugerente incluir variables que evalúen cambios en las personas que tienen el diagnóstico, de tal manera que se podría analizar si una mejora en la sintomatología de los familiares/cuidadores provoca igualmente una mejoría en las personas cuidadas, lo que reduciría el coste del programa y aumentaría su aplicación.

## Propuesta aplicada

Una parte fundamental de este trabajo es la realización de una propuesta de intervención basada en las principales conclusiones extraídas de la revisión sistemática. Se ha buscado hacer un planteamiento novedoso respaldado por criterios científicos, principal vía para conseguir el avance de una psicología científica basada en la evidencia empírica. Los pilares fundamentales en lo que se basará esta propuesta son los siguientes:

- **Aplicación de los contenidos del programa estándar Family Connections:** este programa ha mostrado eficacia en la reducción de la variable carga en los participantes del programa (Hoffman et al., 2005; Hoffman et al., 2007; Flynn et al., 2017; Fisher, 2021; Fernández-Felipe et al., 2021). De la misma forma, otras variables mejoraron tras el programa: depresión, duelo y sensación de dominio personal. En definitiva, siendo tal la eficacia demostrada, esta propuesta va a seguir una aplicación similar al programa.
- **Importancia de la psicoeducación:** las investigaciones con metodología cualitativa de Fisher (2021) y Fernández-Felipe et al. (2021) recogieron entre sus resultados que, uno de los componentes de la intervención que los familiares-cuidadores más valoran, es la información sobre el trastorno de su ser querido. Por tanto, la psicoeducación constituye un elemento nuclear en la propuesta.
- **Potenciación del grupo de iguales:** las recién citadas investigaciones igualmente hacen referencia a la importancia que dan los familiares-cuidadores a la existencia de un grupo de iguales durante toda la intervención. El espacio se convierte en un sitio

seguro donde poder hablar, desahogarse y sentirse comprendido por personas que se encuentran en una situación similar. Tal es así que, la propuesta que a continuación se va a desarrollar va a perseguir entre sus objetivos fomentar un grupo cohesionado que sirva como red de apoyo a los participantes.

- **Duración breve – seis sesiones:** comparando los estudios de Navarro-Haro et al. (2018) y de Fonseca-Baeza et al. (2021) se encuentra que, a programas más largos, no hay un aumento de las mejoras. Aunque el programa estándar establece una duración de 12 sesiones, se hace una propuesta de intervención intensiva y reducida, con una duración de 6 sesiones distribuidas a lo largo de un mes y medio de duración.

## Objetivos

### Objetivo general:

- Disminuir la sobrecarga emocional de los familiares-cuidadores.

### Objetivos específicos:

- Aumentar el conocimiento sobre las características del trastorno límite de personalidad.
- Potenciar recursos personales para manejar las conductas disfuncionales del familiar con TLP.
- Potenciar recursos personales para afrontar las propias alteraciones emocionales derivadas de las conductas del familiar con TLP.
- Crear una red de apoyo entre los participantes del programa.

## Participantes

Dado que se trata de un programa piloto, se plantea que esta aplicación grupal tenga un máximo de 8 participantes que, en el caso de obtener los resultados deseados podrá ampliarse en el futuro. Los integrantes del programa deben cumplir los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser mayor de 18 años.
- Tener en su núcleo de personas cercanas una con diagnóstico de TLP. El programa no se limita a la familia nuclear.
- Presentar algún cambio en la sintomatología emocional en los últimos meses. Por ejemplo: ansiedad, síntomas depresivos y/o aislamiento.

Criterios de exclusión:

- Personas dependientes de drogas o alcohol.
- Personas con trastorno mental grave.
- Personas que se encuentren en un programa de tratamiento psicológico en ese momento.
- Personas a las que la asistencia al grupo les aumenta la sensación de carga.

De esta forma, la propuesta iría dirigida a familiares-cuidadores con TLP que presenten o estén empezando a presentar malestar emocional debido a la situación familiar y/o de cuidado.

## Evaluación

Como se acaba de comentar, esta intervención es una propuesta piloto a partir de la cual se plantea el desarrollo del programa de intervención y su evaluación. La evaluación de la eficacia de esta propuesta trataría de superar ciertas limitaciones metodológicas vistas en algunos de los trabajos revisados, planteando un diseño de grupos aleatorios (con y sin intervención). Con esta evaluación se esperaría encontrar una mejora del grupo con intervención con respecto al grupo control en: a) el conocimiento sobre las características del trastorno límite de personalidad, b) los recursos personales para manejar las conductas disfuncionales del familiar con TLP, c) los recursos personales para afrontar las propias alteraciones emocionales y d) la creación de una red de apoyo.

El procedimiento de evaluación será el siguiente. Se llevará a cabo una entrevista individual y se aplicarán diferentes cuestionarios. La entrevista será semiestructurada con preguntas correspondientes a: información del TLP, dificultades actuales, descripción de síntomas, recursos individuales, recursos sociales, motivación para el cambio y expectativas. Tras la entrevista, se aplicarán los siguientes cuestionarios:

- *Brief COPE* (Carver, 1997): inventario multidimensional desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta y afrontamiento ante el estrés.
- *Burden Assessment Scale*. (Reinhard et al., 1994): autoinforme de 19 ítems para la evaluación de la carga. Mide la angustia objetiva y subjetiva de los familiares-cuidadores o personas íntimas en los últimos seis meses.
- *Assessment of Quality of Life*. (Hawthorne et al., 1999): instrumento de autoevaluación sobre la calidad de vida. Consta de 4 dimensiones: vida independiente (autocuidado, tareas del hogar y movilidad), relaciones (amistades, aislamiento y rol familiar), salud mental (sueño, preocupación y dolor) y sentidos (vista, oído y comunicación).

Esta forma de proceder se replicará al final del tratamiento y en los seguimientos. La entrevista incluirá, a las preguntas anteriores, aspectos sobre: utilidad del programa, mejoras y explicación de estas, problemas en la aplicación de las habilidades, características destacables del programa y posibles modificaciones para el futuro.

## Procedimiento

La intervención consta de pretratamiento, tratamiento y seguimientos (a los tres y seis meses de finalizar la intervención). En la fase pretratamiento se comenzará por la entrevista individual de cada participante realizada por el terapeuta, la cual se estima que tendrá una duración de media hora o tres cuartos de hora, aplicándoles posteriormente los cuestionarios durante 20 minutos.

La intervención consiste en 6 sesiones en formato grupal, con un máximo de 8 participantes. La duración de las sesiones es aproximadamente de 90 minutos. La estructura interna de las sesiones es la siguiente. El primer cuarto de hora (como máximo) está dedicado



a la apertura. Después los miembros comparten la ejecución de la tarea que han realizado la semana anterior. Se valorará la necesidad de hacer un descanso, dedicando la hora siguiente a presentar las nuevas habilidades y hablar de ellas. Los últimos 15 minutos de esa hora se emplearán para explicar la nueva tarea, para oxigenar y relajar la sesión. A continuación, se desarrollan de manera más extensa cada uno de estos apartados:

- **Inicio de la sesión.** Los participantes se sirven té, café y algún tentempié disponible mientras se van sentando en la sala. En el caso de que un miembro no haya podido asistir a una o más sesiones, se le da la oportunidad al grupo que le cuente lo tratado la sesión anterior. Si hay temas grupales como, por ejemplo, anuncios o comentarios hacia la intervención, se tratan al inicio de la sesión.
- **Ejecución y corrección de la tarea.** Los terapeutas van a ir persona por persona solicitando que compartan su experiencia de práctica durante la semana anterior. Esta es una parte esencial y muy delicada del tratamiento. Por un lado, los participantes saben que todas las semanas el grupo se interesará por su práctica y, por tanto, les mantiene motivados a llevarla a cabo. Por otro, los terapeutas deben mostrar una enorme sensibilidad para animar a cada miembro a analizar su propia conducta, validar las dificultades y resolver posibles dudas. Si un participante no ha realizado la tarea o no ha funcionado a pesar de las indicaciones, los terapeutas deben animarle y apoyarle.
- **Descansos.** En el caso de que los apartados anteriores duren una hora o más, se hará un descanso. El principal objetivo es reducir el agotamiento atencional de los participantes. Como objetivo secundario se busca permitir un espacio donde los miembros del grupo puedan interactuar de manera no estructurada. Los terapeutas se quedan en la sala, pero distanciados del grupo. En el caso de que un miembro del grupo necesite una atención especial se le puede dar en ese momento.
- **Presentación del nuevo material.** Se presenta el nuevo material correspondiente a la sesión del día.
- **Nueva tarea para casa y cierre.** Se mandarían las tareas que el grupo debe realizar a lo largo de la semana. Además, se reservará un breve periodo de tiempo (no más de 10 minutos) para hacer un ejercicio de relajación, visualización, meditación o respiración

para dar cierre a la sesión y fomentar sensaciones física y psicológicamente agradables entre los participantes.

Terminado el tratamiento, se realiza una evaluación, aplicándose los mismos cuestionarios que en la valoración inicial y preguntas en formato entrevista detalladas en apartados anteriores. En los seguimientos, además de la obtención de datos cuantitativos y cualitativos, se reforzarán los logros conseguidos, se analizarán las dificultades experimentadas y las estrategias para solventarlas.

## Papel del terapeuta

El programa estará dirigido por dos terapeutas: un psicólogo clínico/general sanitario y una persona con un familiar con TLP formado para dirigir el programa, como planteaba Hoffman et al. (2005; 2007) en sus inicios. Ambos deben presentar un enfoque centrado en el aprendizaje de habilidades, en especial, en la validación, la aceptación y solución de problemas. Además, ambos deben mostrarse neutrales, colaboradores, compasivos y empáticos en el desarrollo del programa, así como ser realistas, paradójicos y cálidos, procurando alejarse de los extremos.

Estos principios serán seguidos por ambas partes, sin embargo, habrá una división en el rol que ejercerá cada terapeuta, flexibilizándose estos según las necesidades del grupo. El psicólogo clínico/general sanitario se moverá en la figura de experto: datos, explicaciones, ejercicios planteados para la sesión, tareas para casa, etc. El familiar formado tendrá el rol de figura informal: anécdotas personales, consejos propios, vivencias, etc. La combinación de ambos terapeutas será fundamental para que la intervención adquiera una connotación profesional a la par que cercana y familiar.

## Protocolo organizado por sesiones

A continuación, se presenta la estructura de las sesiones de la propuesta aplicada en la Figura 3, mientras que en el Anexo se muestran técnicas concretas utilizadas. Posteriormente se explican en detalle las sesiones propuestas.

**Figura 2**

## Resumen de las sesiones de la propuesta aplicada.

Nº	Módulo	Objetivos	Técnicas principales	Tareas para casa
1	Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse al grupo.</li> <li>• Explicar los objetivos de la intervención.</li> <li>• Resolver dudas y ampliar conocimientos sobre el TLP.</li> <li>• Dar recursos bibliográficos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Buzón de dudas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leer manual para familiares-cuidadores.</li> </ul>
2	Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la tarea de la semana pasada.</li> <li>• Comprender la influencia emocional de las relaciones.</li> <li>• Promover el autocuidado personal y fomentar espacios de autocuidado para el cuidador.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Respiración abdominal.</li> <li>▪ Lluvia de ideas de autocuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de relajación.</li> <li>• Llevar a cabo una actividad de autocuidado (deporte, peluquería, ...)</li> </ul>
3	Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la tarea de la semana pasada.</li> <li>• Promover verbalizaciones con bajo tono emocional.</li> <li>• Instruir en la equidad de las relaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Modelado.</li> <li>▪ Role-playing.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar un espacio donde hablar: dar un paseo, salir a correr, comer juntos, etc.</li> <li>• Autorregistro de situaciones negativas.</li> </ul>
4	Habilidad de aceptación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la tarea de la semana pasada.</li> <li>• Enseñar habilidad de aceptación radical.</li> <li>• Promover la tolerancia al malestar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Metáfora del jardín y metáfora de las arenas movedizas.</li> <li>▪ Modelo parte sana, parte enferma.</li> <li>▪ Si es necesario, distractores atencionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarea fórmula: ¿Qué cosas no quiero cambiar en la relación con mi hijo/ hija/ madre/ padre/ pareja?</li> </ul>
5	Habilidad de validación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la tarea de la semana pasada.</li> <li>• Promover habilidad de validación.</li> <li>• Aprender a pedir y decir no.</li> <li>• Revisar habilidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Visionado de situaciones.</li> <li>▪ Afrontamiento, identificación y solicitud de ayuda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autorregistro de situaciones negativas y positivas.</li> </ul>
6	Problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar las tareas de la sesión anterior.</li> <li>• Revisar habilidades.</li> <li>• Compartir experiencias vividas y aprendizajes.</li> <li>• Ensalzar logros.</li> <li>• Prevención de recaídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psicoeducación.</li> <li>▪ Resolución de situaciones adversas.</li> <li>▪ Reforzamiento positivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Promover el optimismo irracional.</li> </ul>
***Sesión flotante***				

## **Sesión 1. Psicoeducación.**

- **Objetivos:**
  - Presentarse al grupo.
  - Explicar los objetivos de la intervención.
  - Resolver dudas y ampliar conocimientos sobre el TLP.
  - Dar recursos bibliográficos.
  
- **Desarrollo de la actividad:**

Según los participantes vayan llegando, se les indicará que pueden servirse café y té al gusto. Posteriormente se les pedirá que se sienten en las sillas dispuestas en semicírculo. Cuando el grupo esté al completo, los terapeutas se presentarán en primer lugar y, posteriormente, se dará paso a los participantes. Se indicará nombre, dedicación profesional y motivo por el que se encuentran en el programa.

Tras el espacio de presentaciones, se procederá a explicar los objetivos de la intervención, a recordar las normas de puntualidad y las fechas de las siguientes sesiones. Los terapeutas explicarán que ellos, al igual que la gente que se encuentra hoy en el grupo, son expertos en TLP y, por lo tanto, en vez de dar una explicación pautada sobre el trastorno, el espacio que a continuación está reservado lo irán marcando ellos con sus preguntas. La intención es no ser repetitivo en cuestiones que igual algunos familiares sí conocen. Dado que es la primera sesión y en el grupo aún no hay confianza, se habilitará un buzón de dudas en vez de plantear estas en voz alta. Se dejará unos 5-10 minutos para que los familiares-cuidadores escriban en un papel las dudas que tienen acerca del trastorno y lo introduzcan en el buzón. A continuación, los terapeutas leerán y explicarán las dudas propuestas. Estas pueden ser de muy diversa índole, sobre el inicio del trastorno (brusco o gradual); el pronóstico (expectativas de los tratamientos, idea de que la no colaboración del paciente influye negativamente en su evolución, mito extendido de que con el tiempo el trastorno se mitiga); u otras cuestiones como las causas.

Un tema importante que tratar en la primera sesión es si el TLP es una enfermedad o una forma de ser. Si no ha salido en las preguntas planteadas, serán los terapeutas los que la

propongan. Contestar a esta pregunta es importante puesto que los familiares quieren entender si las conocidas como "conductas manipulativas" surgen con intencionalidad o no, es decir, buscan encontrar una explicación que pueda respaldar su enfado e intolerancia hacia las mismas.

La idea que los terapeutas devuelven al grupo es que consiste en una "enfermedad del carácter", es decir, no es una u otra, sino ambas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la palabra "enfermedad" puede llevar asociado el concepto de "no intencionalidad" y "tolerancia". Hay que enfatizar en la idea de que definir el trastorno límite de personalidad como una enfermedad no exime a la persona diagnosticada de su responsabilidad personal sobre determinadas conductas.

Una vez tratadas todas las preguntas escritas, de manera oral, se preguntará al grupo si han surgido nuevas preguntas o hay alguna más que no hayan realizado y quieran compartir.

Tras esto, se dará en formato impreso, el manual para familiares-cuidadores de personas con TLP elaborado por la Universidad de Católica de Chile que se adjunta en los Anexos. Se explicará al grupo que en él se recogen las principales ideas sobre el TLP, pero también consejos que pueden ser de utilidad. La tarea de esta semana consistirá en leer dicho manual. Para cerrar la sesión se escucharán 5 minutos de música clásica.

## **Sesión 2. Bienestar emocional.**

- **Objetivos:**
  - Revisar la tarea de la semana pasada.
  - Comprender la influencia emocional de las relaciones.
  - Promover el autocuidado personal y fomentar espacios de autocuidado para el cuidador.
- **Desarrollo de la actividad:**

Se empezará la sesión con la toma de café, té o algún tentempié, permitiendo un ambiente informal de comunicación. A continuación, se hablará sobre la tarea planteada en la sesión anterior. Se preguntará sobre la lectura del manual, sobre los aspectos más destacados para cada participante y sobre las nuevas dudas que hayan podido surgir.

Posteriormente, se pasará a explicar la influencia que tiene el bienestar o malestar de los familiares en nosotros mismos y viceversa. Se pedirá al grupo que ponga ejemplos donde la emocionalidad (positiva o negativa) de la persona que tiene TLP haya influido en sus reacciones emocionales o viceversa. Empezará el terapeuta familiar y, posteriormente, se seguirá según las agujas del reloj. Dado que la teoría biosocial del TLP, postula que las personas con TLP nacen con una vulnerabilidad biológica que consiste en una hiperreactividad a los estímulos emocionales, una respuesta intensa a los mismos y una vuelta lenta a la calma después de la excitación emocional (Linehan, 2015), cabría pensar que un alto porcentaje de progenitores también podrían presentarla en menor grado, por lo que surge una necesidad de abordaje.

Se ejemplificará, en base a las situaciones comentadas, como un autocontrol emocional por parte de los participantes podría haber ayudado a controlar la escalada emocional. De esta manera se introducirá la importancia de manejo y bienestar emocional. Se hablará sobre la respiración abdominal como forma de autocontrol antes o después de situaciones de ruido emocional. Igualmente, se comentará la importancia de la práctica diaria para la interiorización de esta técnica y se pondrá en práctica en el grupo.

A continuación, se comentará con los participantes la importancia del autocuidado. Se hablará sobre las repercusiones que está teniendo en la vida de cada uno estar al cargo o tener en su núcleo cercano a una persona con TLP y se ensalzará la necesidad de hacer actividades de cuidado por sí mismos. Cada cuidador debe cuidar su bienestar emocional como una necesidad personal, pero también, como una estrategia para poder hacer frente con mejor disposición a las demandas de cuidado.

Se llevará a cabo una lluvia de ideas sobre las actividades de autocuidado que existen. Seguidamente, se mandará como tarea para casa aplicar la técnica de respiración abdominal y hacer al menos una actividad de autocuidado hasta la siguiente sesión. Para cerrar la sesión, se pondrá en práctica la respiración abdominal durante 5 minutos.

### **Sesión 3. Comunicación.**

- **Objetivos:**

- Revisar la tarea de la semana pasada.
  - Promover verbalizaciones con bajo tono emocional.
  - Instruir en la equidad de las relaciones.
- Desarrollo de la actividad:

Se empezará la sesión con la toma de café, té o algún tentempié, permitiendo un ambiente informal de comunicación. A continuación, se hablará sobre la tarea. Se preguntará uno por uno sobre la práctica de la respiración abdominal y la situación en la que la pusieron en práctica (antes de dormir, después de un conflicto, durante una subida emocional por parte de alguno de los miembros de la familia, etc). A continuación, de manera inversa, es decir, empezando por donde se habrá acabado, se preguntará sobre la tarea de autocuidado: qué hicieron, qué día lo hicieron y cómo se sintieron.

Tras esto, se anunciará que el tema de la sesión de hoy es la comunicación. Se preguntará si a veces se sienten confusos y no saben la reacción que va a tener su ser querido. La idea que hay detrás de esto es que, normalmente, los familiares están desconcertados sobre cuál es la mejor forma de tratar al paciente, pues hay veces que les funciona y hay otras que no. Se encuentran en un "no saber que hacer" que se acentúa cuando en los momentos de crisis los familiares experimentan la sensación de que cualquier cosa que hagan o digan, lejos de calmar al paciente, provoca todo lo contrario. Este es uno de los motivos por los que los familiares piensan que están haciendo algo mal o que nada de lo que realizan ayudan a sus familiares con el trastorno.

Después de hablar sobre algunas experiencias o situaciones de incompreensión por parte de los familiares, se procederá a mencionar la importancia del tono en la conversación, como una estrategia para ir entendiendo que es lo que le ocurre al paciente. Se hablará sobre los diferentes tipos de comunicación que hay y qué ventajas y qué inconvenientes tiene cada una.

A continuación, se pedirá a los pacientes que escriban brevemente una situación donde se haya producido alguna confrontación. Todos los papeles se meterán en una bolsa y se irán ejemplificando por parejas. Cada pareja tendrá dos situaciones para que ambas partes hagan el papel de persona con TLP y el de persona cercana. Se irán corrigiendo o reforzando el correcto tono emocional de esas situaciones.



Para finalizar, se mandará como tarea para casa hacer algún tipo de actividad conjunta: pasear, salir a correr, comer, etc con la finalidad de crear un espacio agradable donde hablar tranquilamente. Se recordará la técnica de respiración abdominal para situaciones con alta reactividad emocional como estrategia para autocontrolarse y se pedirá que cubran un autorregistro semanal. Este se encuentra en los Anexos. Una vez entregado se les hará una breve explicación del mismo y cómo deben cumplimentarlo para la semana que viene. Para cerrar la sesión, se pondrá en práctica la respiración abdominal durante 5 minutos.

#### **Sesión 4. Habilidad de aceptación.**

- **Objetivos:**
  - Revisar la tarea de la semana pasada.
  - Enseñar habilidad de aceptación radical.
  - Promover la tolerancia al malestar.
- **Desarrollo de la actividad:**

Se empezará la sesión con la toma de café, té o algún tentempié, permitiendo un ambiente informal de comunicación. A continuación, se hablará sobre la tarea. En primer lugar, se preguntará sobre la actividad conjunta realizada la semana pasada: qué hicieron, qué tal fue el desarrollo de esta y cómo se sintieron.

Después de que todos los participantes del grupo hayan comentado su actividad, se pasará a preguntar por los autorregistros. Se preguntará sobre el número de situaciones apuntadas y sobre el principal recurso que tiene cada participante para ir afrontándolas. A continuación, los terapeutas recogerán los autorregistros con nombre y los guardarán para la última sesión.

Se procederá a abordar el bloque de la semana. Poco a poco se pretende que el grupo, que llega en una fase inicial donde los participantes quieren que su familiar con trastorno sea el que cambie para ellos poder estar mejor, evolucione a una fase donde se den cuenta de que la necesidad de cambio la tienen ellos mismos, tanto para estar mejor a pesar de las dificultades como para ayudar al familiar con TLP a que, más lentamente, vaya cambiando también. Para

ello, se lee la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002) que se encuentra en los Anexos y se entrega una copia a cada participante.

Tras su lectura se procede a una reflexión sobre qué cree cada miembro del grupo que debe ir aceptando poco a poco. Se irá preguntando uno por uno a los participantes. En el caso de participantes que identifiquen una lucha contra determinadas situaciones, los terapeutas pueden hacer uso de la metáfora de las arenas movedizas (Hayes, 2013).

A continuación, se explicará el Modelo Parte Sana, Parte enferma de Gutiérrez (1998) ubicado igualmente en los Anexos. La finalidad de esta explicación es doble. Por un lado, aceptar que todos los seres humanos tienen una parte enferma: puede ser un diagnóstico, puede ser ansiedad, puede ser síntomas depresivos, etc. Por otro lado, se quiere poner el foco de atención en lo que a los participantes les va a suponer una mejora anímica, es decir, en los aspectos positivos, de tal manera que estos se engrandecen y los síntomas se disminuyen.

Con esta idea presente, se va a dar la tarea para la semana siguiente: la tarea fórmula, una actividad de reflexión donde los familiares tienen que identificar qué cosas de la relación que tienen con su familiar con diagnóstico no quieren cambiar o, lo que es lo mismo, que cosas quieren mantener. La idea es dejar de prestar atención a lo negativo, dado que se trata de aspectos ya identificados y sirven para aumentar la queja.

Se explica a los participantes que una manera de aumentar la parte sana es hacer cosas por los demás. La idea es intentar dejar de lado la resignación y la lucha, aceptar la situación y magnificar aquello que sí nos gusta y nos hace sentir bien. Siempre recordando la necesidad de autocuidarnos para no llegar al agotamiento físico y emocional.

En el caso de familiares más rígidos, se darán estrategias basadas en distractores atencionales tales como: una piedra en el zapato, consistente, como su propio nombre indica, en colocarse una piedra pequeña dentro de uno de los zapatos del pie elegido. La idea es que los participantes focalicen en esa molestia física y dejen de prestar atención a los aspectos que provocan un mantenimiento de su malestar emocional.

Antes de cerrar la sesión se recordará todo lo visto y la tarea para la semana que viene. Se hará una imaginación guiada de 5 minutos para el cierre de la sesión.

## **Sesión 5. Habilidad de validación.**

- **Objetivos:**
  - Revisar la tarea de la semana pasada.
  - Promover habilidad de validación.
  - Aprender a pedir y decir no.
  - Revisar habilidades.
  
- **Desarrollo de la actividad:**

Se empezará la sesión con la toma de café, té o algún tentempié, permitiendo un ambiente informal de comunicación. A continuación, se hablará sobre la tarea. Los participantes comentarán su tarea fórmula, es decir, que cosas no quieren cambiar de la relación con sus familiares y se preguntará, sin imposición ni orden fijo de respuesta, qué ha supuesto identificar estas cuestiones.

A continuación, se hablará sobre la habilidad de validación. Se comentará en el grupo la importancia de, no solo escuchar, sino también comprender los distintos procesos emocionales por los que puede estar pasando el familiar. Se devolverá al grupo, que después de estas sesiones están preparados para validar y comprender la subjetividad de la realidad de cada uno. En este espacio de reflexión se dejará espacio para que los familiares puedan hacer sus propias aportaciones.

Se relaciona esta idea con la importancia de poner límites. A pesar de la comprensión y aceptación del diagnóstico, a veces es necesario decir no o demandar ayuda. Para ello, se explicará a los familiares que tienen que entender la importancia y utilidad de poner límites en la relación e, incluso, en la psicopatología del TLP. Una vez interiorizado esto, se comenta, que los familiares deben dar un giro a la relación. Para que esto ocurra, deben identificar sus propios sentimientos (probablemente culpa y miedo) pues estos influyen a la hora de poner límites y abordarlos, para reducir su intensidad y la influencia en su conducta. Por último, se les adelanta que aparecerá el nuevo estilo conductual en la relación que, idealmente, debería ser aplicado de forma progresiva para una correcta interiorización de ambas partes.

Con la intención de profundizar en esta explicación, se hará un ejercicio práctico. Los terapeutas interpretarán distintas situaciones y, una por una, los participantes deberán observar y responder a diferentes preguntas: para qué serviría poner un límite en esa situación, qué le está dificultando poner ese límite y qué alternativa verbal y conductual se podría poner en marcha.

Se dejará un espacio para la reflexión del tema enfatizando la idea de la importancia de crear una relación equitativa y se hilará con todo lo abordado en anteriores sesiones. Reestructurar la relación es fundamental para que el clima familiar vuelva o sea por fin el adecuado. Las relaciones deben ser igualitarias y para eso es necesario saber poner límites. Sin embargo, poner límites no significa que no podamos cuidar al otro (engrandecer la parte sana), aceptar los sentimientos, comunicar correctamente y encontrar espacios de cuidado personal.

Se mandará de nuevo cubrir el autorregistro semanal. La premisa para esta semana es que no solo hay que apuntar lo negativo, sino que también puede quedar constancia de situaciones positivas. El cierre de la sesión se hará con ayuda de una sesión de relajación focalizada en diferentes partes del cuerpo que tendrá una duración de no más de 7 minutos.

### **Sesión 6. Problemas.**

- **Objetivos:**
  - Revisar las tareas de la sesión anterior.
  - Revisar habilidades.
  - Compartir experiencias vividas y aprendizajes.
  - Ensalzar logros.
  - Prevención de recaídas.

- **Desarrollo de la actividad:**

Se empezará la sesión con la toma de café, té o algún tentempié, permitiendo un ambiente informal de comunicación. A continuación, se hablará sobre la tarea. Se hará entrega del

autorregistro recogido en la sesión 4 con la intención de poder observar cambios, tanto en la forma de afrontar la situación, como en las situaciones que han decidido recoger los participantes.

Se reforzarán las situaciones positivas identificadas y aquellos recursos que hayan servido para rebajar la emocionalidad. Si ha habido situaciones que no han sido correctamente afrontadas se permitirá que sea el grupo el que ayude a proponer ideas de cambio. Se transmitirá al grupo que, al igual que al inicio del programa ellos eran expertos en el TLP, ahora lo son sobre cómo abordarlo y manejarlo. La idea es que los familiares sean los que tengan el protagonismo en esta sesión, actuando como fuente de apoyo y comprensión, pero también reforzando aquellas estrategias aprendidas o de utilidad.

En el caso de que todas las situaciones hayan sido abordadas correctamente, será el terapeuta el que proponga situaciones más difíciles, incluyendo actuaciones en el caso de explosiones de rabia, en el caso de pensamientos de hacerse daño o en el caso de efectuar conductas autolíticas. En el supuesto de que el grupo no haga un correcto planteamiento de cómo abordar estas situaciones, los terapeutas darán pautas. El objetivo es haber abordado todo tipo de situaciones posibles antes de que finalice el programa, previniendo así una posible recaída.

Se devolverá a los participantes que, a partir de ahora, deben contestar a la pregunta "¿Qué tal estas?" con un "Estoy increíble, estoy que me salgo". La intención de esta contestación es generar un positivismo irracional en los participantes que pueda durar la mayor cantidad de tiempo posible.

Esta vez el cierre de la sesión se hará agradeciendo al grupo su participación y deseándoles lo mejor. El espacio será abierto para hablar de este u otros temas, con los terapeutas o entre los participantes. Se explicará la existencia de una sesión flotante dentro de un mes. Esta sesión sería un éxito si ninguno de los participantes acudiese. Sin embargo, ese día, los dos terapeutas acudirán en el mismo horario y lugar por si alguien lo necesitase. Tras esto se da un teléfono de contacto y se confirman los datos de los participantes para las evaluaciones de seguimiento: envío de cuestionarios y entrevista telefónica.



# Conclusiones

A partir de esta revisión sistemática, es posible extraer las siguientes conclusiones:

- 1) El programa grupal “Family Connections” es eficaz en la carga, es decir, en la reducción de los estresores que se producen como consecuencia de la sintomatología y/o comportamiento del familiar diagnosticado.
- 2) FC también contribuye a reducir la sintomatología depresiva, incidiendo positivamente en un mejor manejo del duelo y potenciando la sensación de dominio personal.
- 3) Las principales fortalezas de FC son la información, el aprendizaje de habilidades y la construcción de una red grupal de apoyo.
- 4) La literatura no es concluyente en cuanto a que un mayor número de sesiones conlleve una mayor eficacia de los programas.
- 5) A nivel general se mantienen los resultados de intervención tras finalizar el tratamiento.

Como ya hemos señalado, las conclusiones fundamentaron la propuesta de intervención planteada en este trabajo. A pesar de que este programa en específico no haya sido aplicado con anterioridad, los hallazgos de la revisión sistemática apoyan la idoneidad de los pilares que la sostienen, lo que permite manifestar la esperanza de que nuestra propuesta de intervención pueda mejorar el malestar psicológico que sufren los familiares-cuidadores de la persona con diagnóstico de TLP. Que así sea.





## Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Bailey, R. C. y Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5), 248-258. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2018). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality disorders*, 10(1), 70–79. <https://doi.org/10.1037/per0000298>
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Center for Disease Control (1997). <http://wonder.cdc.gov/DataSets.html>
- Corchero, M., Balés, C., Oliva, C., y Puig, C. (2012). Diagnóstico, evolución y tratamiento de una adolescente con Trastorno Límite de la Personalidad. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103, 55–64.

- Courey, L., Hyndman, D., Sheasgreen, C., y McCay, E. (2021). What we know — and want to know — about family connections: A review from the perspective of lived experience. *Current Opinion in Psychology*, 37, 44-48. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.029>
- Dyck, D. G., Short, R., y Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic medicine*, 61(4), 411-419.
- 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), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>
- Fernández-Felipe, I., Díaz-García, A., Marco, J. H., García-Palacios, A., y Guillén Botella, V. (2021). "Family connections", a DBT-based program for relatives of people with borderline personality disorder during the COVID-19 pandemic: A focus group study. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010079>
- Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Castilla, D., Navarro-Haro, M. V., y García-Palacios, A. (2022). A smartphone application of "Family connections" to increase the use of skills and improve psychological symptoms in relatives of people with borderline personality disorder: A study protocol for a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 29, 100546. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100546>
- 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.
- 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(18). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>

- Fonseca-Baeza, S., Guillen, V., Marco, J. H., Navarro, A., y Baños, R. (2021). Un programa de entrenamiento para familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad basado en la terapia dialéctica comportamental. *Psicología Conductual*, 29(2), 219-236. <https://doi.org/10.51668/bp.8321201s>
- Frías, Á., Palma, C., Solves, L., Martínez, B. y Salvador, A. (2017). Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Research*, 258, 44-50. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.081>
- Fruzzetti, A.E., y Hoffman, P.D. (2004). *Family Connections workbook and training manual*. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- García López, M.T., Martín Pérez, M.F., y Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 30(2): 264–278.
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. doi: 10.1375/anft.29.3.133
- Gleeson, J., Alvarez-jimenez, M., Betts, J. K., Mccutcheon, L., Jovev, M., Lederman, R., Herrman, H., Cotton, S. M., Bendall, S., Mckechnie, B., Burke, E., Koval, P. P., Smith, J., D'Alfonso, S., Mallawaarachchi, S., y Chanen, A. M. (2020). A pilot trial of moderated online social therapy for family and friends of young people with borderline personality disorder features. *Early intervention in psuchiatry*, 15(6), 1564-1574. <https://doi.org/10.1111/eip.13094>
- Guillén, V., Marco, H., Fonseca-Baeza, S., Fernández, I., Jorquera, M., Cebolla, A., y Baños, R. (2022). Mindfulness component in a dialectical behavioural therapy group intervention for family members of borderline personality disorder patients. *Psicothema*, 34(3), 392-401. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.411>
- Gutierrez, E. (1998). La alternativa de la parte sana en el modelo psicoeducativo. *Sistemas familiares*. 14(1), 49-59.

- Greenberg, J. S., Seltzer, M. M., y Greenley, J. R. (1993). Aging parents of adults with disabilities: The gratifications and frustrations of later-life caregiving. *The gerontologist*, 33(4), 542-550.
- Grenyer, B. F. S., Bailey, R. C., Lewis, K. L., Matthias, M., Garretty, T. y Bickerton, A. (2018). A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 1-15. doi: 10.1521/pedi\_2018\_32\_340
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B. y Choi-Kain, L. (2018). Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148–167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. y Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hayes, S., (2013). Sal de tu mente, entra en tu vida. La nueva terapia de aceptación y compromiso. *Desclée de Brouwer*.
- Hawthorne, G., Richardson, J., y Osbourne, R. (1999). 'The Assessment of Quality of life (AQoL) instrument: a psychometric measure of Health-Related Quality of Life'. *Quality of Life Research*, 8(3), 209-224. <https://doi.org/10.1023/A:1008815005736>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F., y Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217-225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- 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. <https://doi.org/10.1080/09638230601182052>

Juan-Porcar, M., Guillamón-Gimeno, L., Pedraz-Marcos, A., y Palmar-Santos, A.M. (2015). Cuidado familiar de la persona con trastorno mental grave: una revisión integradora. *Revista Latino Americana*, 23(2):352-360.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lawn, S., y McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 510-521.

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2ª ed.). Guilford Press.

Mosquera D. (2004). *Diamantes en bruto (I), un acercamiento al trastorno límite de la personalidad: manual informativo para profesionales, pacientes y familiares* (2ª ed). Pléyades.

Navarro-Haro, M. V., Pérez-Hernández, N., Serrat, S., y Gasol-Colomina, M. (2019). Efectividad y aceptabilidad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica comportamental para familiares de personas con trastorno de personalidad límite. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 23(3), 201. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.3.2018.21907>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson,

- E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic Reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
- Pearce, J., Jovev, M., Hulbert, C., Mckechnie, B., Mccutcheon, L., Betts, J. y Chanen, A. M. (2017). Evaluation of a psychoeducational group intervention for family and friends of youth with borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(5), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0056-6>
- Powers, A. D., y Oltmanns, T. F. (2012). Personality disorders and physical health: a longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 524–538. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.524>
- Rathus, J. H., y Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and life-threatening behavior*, 32(2), 146-157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Reinhard S.C., Gubman G.D., Horwitz A.V. M. S. (1994). Burden assessment scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17(3), 261–269).
- Samele, C., y Manning, N. (2000). Level of caregiver burden among relatives of the mentally ill in South Verona. *European Psychiatry*, 15(3), 196-204.
- Santisteban, D. A., Muir, J. A., Mena, M. P., y Mitrani, V. B. (2003). Integrative borderline adolescent family therapy: meeting the challenges of treating adolescents with borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(4), 251-264. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.40.4.251>
- Santisteban, D. A., Dillon, F., Mena, M. P., Estrada, Y., y Vaughan, E. L. (2005). Psychiatric, family, and ethnicity-related factors that can impact treatment utilization among hispanic substance abusing adolescents. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 5(1-2), 133-155. [https://doi.org/10.1300/J160v5n01\\_07](https://doi.org/10.1300/J160v5n01_07)

- Scheirs, J. G. M., y Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203.
- Song, L. Y., Biegel, D. E., y Milligan, S. E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community mental health journal*, 33(4), 269-286.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., y Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., y Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135–140.
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002): *Terapia de Aceptación y Compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.
- Woodberry, K. A., y Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and behavioral practice*, 15(3), 277-286. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004>
- Worden, J.W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. Springer publishing Company.





# Índice de tablas

<b>Tabla 1</b>	<b>8</b>
<i>Clasificación de los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-5.</i>	
<b>Tabla 2</b>	<b>10</b>
<i>Criterios diagnósticos del TLP recogidos en el DSM-5.</i>	
<b>Tabla 3</b>	<b>15</b>
<i>Módulos del programa Family Connections</i>	
<b>Tabla 4.1</b>	<b>28</b>
<i>El programa FC estándar.</i>	
<b>Tabla 4.2</b>	<b>34</b>
<i>La experiencia de los participantes.</i>	
<b>Tabla 4.3</b>	<b>38</b>
<i>El uso de las TICs.</i>	
<b>Tabla 5</b>	<b>44</b>
<i>“Family Connections” y otras propuestas recientes.</i>	



# Índice de figuras

**Figura 1** **22**

*Diagrama de flujo PRISMA que muestra el proceso de selección de los estudios para la revisión sistemática.*

**Figura 2** **58**

*Resumen de las sesiones de la propuesta aplicada.*



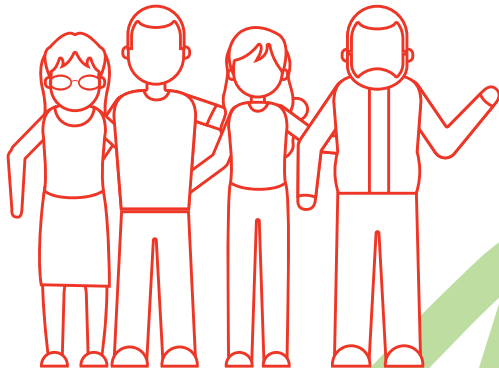
# Anexos

## **Anexo A.**

*Manual para familiares (o cuidadores) de personas con Trastorno de Personalidad.  
Universidad Católica de Chile y Fundación PsiConecta.*



# Manual para familiares (o cuidadores) de personas con Trastorno de Personalidad



Candice Fischer, Ph.D.  
Paulina Soto, M.A.  
Paula Errázuriz, Ph.D.

Este manual es resultado del trabajo en conjunto de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica de Chile y Fundación PsiConecta ([www.psiconecta.org](http://www.psiconecta.org)).

El contenido del manual fue desarrollado a través de una revisión y sistematización de diversas fuentes, dentro de ellas: Project Air (<https://www.projectairstrategy.org>) y Mind (<https://www.mind.org.uk/>), dos plataformas internacionales de Salud Mental que aluden a la problemática de Trastorno de Personalidad.

**Por favor ayudar a difundir de forma gratuita**

# Índice:

## 1 Entendiendo el Trastorno de Personalidad

- A. ¿Qué es el "Trastorno de Personalidad" ?
- B. ¿Creo que mi pareja, amigo, hijo, hermano, padre y/o madre tiene un Trastorno de Personalidad. ¿Cómo puedo estar seguro?
- C. ¿Por qué se produce un Trastorno de Personalidad? ¿Qué lo causa?
- D. ¿Se mejora?
- E. ¿Puedo ayudar a mi familiar o persona cercana que tiene un Trastorno de Personalidad?
- F. Creo que mi hijo tiene un Trastorno de Personalidad. ¿Qué tengo que saber?
- G. Creo que mi pareja/esposa tiene un Trastorno de Personalidad. ¿Qué tengo que saber?
- H. Creo que mi hermano tiene un Trastorno de Personalidad. ¿Qué tengo que saber?

# Índice:

## 2 ¿Cómo ayudo a mi familiar o cercano con Trastorno de Personalidad?

### Cómo le ayudo a:

- A. A relacionarnos mejor.
- B. A comunicarnos mejor.
- C. Cuando tiene explosiones de rabia.
- D. En una situación de crisis.
- E. Cuando tiene conductas de autocortes o se hace daño.
- F. Cuando tiene pensamientos/conductas suicidas.
- G. Recomendaciones de autocuidado.





# A ¿Qué es el Trastorno de Personalidad?

Es un trastorno mental que afecta la mayoría de las áreas de nuestras vidas, incluyendo la percepción de sí mism@, las relaciones interpersonales, el trabajo y los estudios.

## El Trastorno de Personalidad afecta :

### Las emociones:

- Cambios rápidos de humor.
- Emociones muy intensas.
- Dificultad para manejar las emociones.

### Amistades, amig@s y familia:

- Relaciones son vividas intensamente.
- Miedo a quedarse sol@.
- Dificultad para separarse.

### Comportamiento:

- Impulsividad: actuar rápido sin pensar antes.
- Reaccionar sin pensar en las consecuencias.
- Conductas de auto daño (autocortes, consumo de drogas/alcohol, intento suicida).

### Pensamiento:

- Dificultad para pensar con claridad.
- Confusión sobre "¿Quién soy?"
- Tendencia a ver todo en polos: bueno/malo, todo/nada.

Estas dificultades se pueden ver desde la adolescencia o adultez joven y causan sufrimiento para quien las vive. También pueden causar sufrimiento a sus familiares, amig@s, pareja y otras personas cercanas.

# B Creo que mi pareja, amig@, hij@, herman@, padre y/o madre tiene Trastorno de personalidad...¿Cómo puedo estar segur@?

La única forma de estar seguro es que un profesional de la salud mental haga un diagnóstico.

Sin embargo, si tu familiar presenta algunas de las características mencionadas anteriormente, y además la respuesta a la mayoría de las siguientes preguntas es positiva, es muy posible que tenga un Trastorno de Personalidad.

- ¿Sientes que tienes que andar con mucho cuidado, como pisando sobre huevos, preocupad@ de cada cosa que dices o haces por miedo a cómo va a reaccionar?
- ¿Ocultas con frecuencia lo que piensas o sientes para evitar peleas/conflictos?
- ¿Sientes que él o ella tiene cambios de ánimo rápidos e impredecibles? (Por ejemplo, está tranquil@ en un momento, luego enojad@ y repentinamente decaída@, y no sabes por qué).
- ¿Piensas que él o ella ve las cosas de manera extrema o polarizada, sin puntos medios? (Por ejemplo, te dice que eres lo mejor de su vida y al día siguiente te dice que eres lo peor, y que no te quiere ver más).
- ¿Sientes que todo lo que digas o hagas puede ser usado en tu contra; que no hay cómo complacerle o darle en el gusto?
- ¿Sientes como si, en la relación con él o ella, tú siempre tuvieras la culpa? ¿Te sientes constantemente criticad@ y culpado por cosas que no te hacen sentido? ¿Él o ella te acusa de hacer y decir cosas que nunca hiciste?
- ¿Te sientes incomprendid@ cuando tratas de tranquilizarle?

## C ¿Por qué se produce un Trastorno de Personalidad? ¿Qué lo causa?

Es difícil hablar de una sola causa, porque hay múltiples factores que pueden influir en el desarrollo de un Trastorno de Personalidad. Algunos de ellos son:



Carga genética: lo que heredamos de la biología familiar.



Haber aprendido durante la infancia, a enfrentar las emociones y relaciones interpersonales de forma problemática.



Situaciones estresantes de la vida como problemas económicos, laborales y/o familiares.



Experiencias traumáticas en los primeros años de vida, como abuso, negligencia, muerte de un padre, y bullying, entre otros.



## D ¿Se mejora?



Las personas con Trastorno de Personalidad **SÍ pueden mejorar.**

Los síntomas pueden disminuir y la persona puede lograr un mayor bienestar, mejorando sus relaciones interpersonales y su calidad de vida.

Quienes rodean a la persona con Trastorno de Personalidad (sus amigos, familiares, pareja y TÚ) pueden tener un rol importante en su mejoría.

**E**

# ¿Puedo ayudar a mi familiar con Trastorno de Personalidad?

LA RESPUESTA ES ¡SÍ!

Puede ser difícil saber qué decir o qué hacer para ayudar. Aquí te mostramos algunas ideas:



**Inculcar esperanza:**  
Animar@ a que la recuperación es posible.



**Fomentar sus recursos:**  
Ayudar@ a que vea sus cualidades, y a que no sienta que estas dificultades/trastorno l@ definen como persona.



**Autocuidado:**  
Promover que tenga una alimentación saludable, que cumpla con las horas de sueño, realización de ejercicio y que participe en actividades lúdicas.



**Escucha activa:**  
El sólo hecho de escuchar atentamente, sin juzgar, y poder brindar un espacio para hablar y compartir preocupaciones, es una GRAN ayuda.



**Promover el tratamiento:**  
Fomentar a que asista al psicólogo@ y/o psiquiatra y que tome sus remedios.



**Apoyo práctico:**  
Ayudar@ a pensar en cómo resolver aspectos prácticos de su vida.



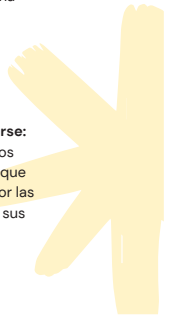
**Límites y expectativas:**  
Establecer en conjunto cuáles son los límites de la relación y qué espera cada uno del otr@.



**Plan para situaciones de crisis:**  
Preguntarle y conversar sobre cómo podrías ayudar cuando las cosas se pongan difíciles.



**Permitir equivocarse:**  
No solucionarle los errores, promover que se responsabilice por las consecuencias de sus actos.

**F**

# Mi hij@ tiene Trastorno de Personalidad ¿Qué tengo que saber?

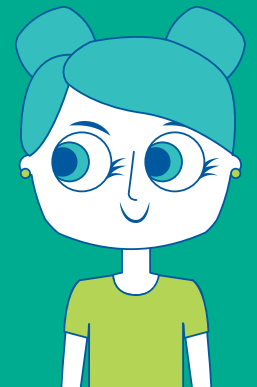
Si tu hij@ tiene Trastorno de Personalidad (o estás casi segur@ de que lo tiene), es muy probable que como papá/mamá, te sientas agotad@ y que tengas frecuentes dificultades emocionales, físicas, económicas y de pareja.

Es normal que:

- Sientas culpa por el trastorno de tu hije.
- Te cueste recibir críticas y/o recomendaciones de los profesionales (médicos, profesores, psicólog@s, etc.).
- Constantemente hayan conflictos familiares y/o de pareja.

Es importante que sepas:

- Que hay una alta carga del componente genético y biológico en el Trastorno de Personalidad (el abuso o el abandono no siempre están presentes).
- A la hora de una crisis o discusión es importante "remar para el mismo lado" con el otro padre/madre y no desautorizarse.
- Es importante visibilizar las necesidades de todos los hij@s (no solamente del que tiene Trastorno de Personalidad).
- No te olvides de tus propias necesidades como persona y de tus relaciones con otros, busca instancias de comunicación y encuentro con tus cercanos.



**G**

## Mi pareja/espos@ tiene Trastorno de Personalidad ¿Qué tengo que saber?

Si tu pareja tiene Trastorno de Personalidad y tú le estás apoyando, en ocasiones es normal que sientas resentimiento y que estén constantemente intentando "salvar la relación", llegando a situaciones extremas para "arreglarla".

### Es importante tener en cuenta:

- Asumir y aceptar el Trastorno de Personalidad de tu pareja, y tomar decisiones frente a ello. Lo aceptas y apoyas o decides terminar la relación porque puede ser muy desgastante para ti. Ambas opciones son igual de válidas.
- Buscar algún momento en el cual puedan conversar de sus sentimientos y hablar de los conflictos.
- Separarse de una persona con Trastorno de Personalidad suele ser un proceso prolongado y doloroso.
- Es importante promover y apoyar a la persona a que busque ayuda profesional.
- Es posible ayudar a tu pareja/espos@ utilizando buenas herramientas de comunicación (ver sección 2.B "Cómo ayudo a mi familiar o cercano con Trastorno de Personalidad a comunicarnos mejor").

**H**

## Mi herman@ tiene Trastorno de Personalidad ¿Qué tengo que saber?

Es común que en algunas situaciones no toleres el comportamiento de tu herman@, y puedas sentir resentimiento.



### Cosas que puedes estar sintiendo y/o ocurriendo:

- Sentirte presionado por ser el "hije perfecto".
- En ocasiones sentir que tus logros y problemas no son reconocidos por tu familia.
- Sentir molestia por tener que cuidarle.
- Sentir que tus padres son demasiado comprensivos con tu herman@.

Es importante saber que **SÍ** puedes ayudar a tu herman@ utilizando las recomendaciones que están en este manual como herramientas para comunicarnos y relacionarnos mejor.





2

## ¿Cómo ayudo a mi familiar o cercan@ con Trastorno de Personalidad?



### A. A relacionarnos mejor

Es esperable que la relación que llevas con tu cercan@ que tiene Trastorno de Personalidad, en ocasiones, se vuelva compleja y conflictiva.

Aquí hay algunas recomendaciones:



**Autocuidado:**

Para cuidar a otros, primero debes cuidarte a ti.



**Escuchar:**

Escucha atentamente sin la necesidad de buscar siempre soluciones a lo que te cuenta.



**Dar espacio:**

Córrete a un lado para pensar y dejar que bajen las revoluciones del conflicto.



**Poner Límites:**

Deja claros los límites y expectativas de la relación. Esto te dará seguridad a ti y a él/ella.



**Establecer acuerdos:**

Acuerden qué comportamientos son aceptables y cuáles NO. Por ejemplo, enojarse está bien, pero pegar/golpear, NO.



**Reflejar:**

Demuéstrale que l@ comprende. Por ejemplo, "veo que estás enojado porque te peleaste con tus amigos".



**Acoger:**

Hazle saber que sus sentimientos son importantes para ti.



**Aceptar las diferencias:**

Recuerda que cada persona es diferente, y que no reacciona de la misma manera que tú lo haces.



**Compartir los sentimientos:**

Cuéntale cómo te sientes. Para él/ella también es importante saber ti.



**Usar el humor:**

En ocasiones puede ser un buen aliado y ayuda a alivianar la situación.

## B. A comunicarnos mejor

Aquí te mostramos tres puntos claves para una mejor comunicación:

Comunicarte con tu ser querido con Trastorno de Personalidad puede ser un desafío...



## B. A comunicarnos mejor

Para una mejor comunicación es importante:

### Ser honest@ y transparente

Al comunicar tus emociones, opiniones y puntos de vistas. El ocultar lo que sientes generará más conflicto.

### Evitar culpar@

Para él/ella será difícil escucharte si la conversación se basa en culpar@ de algo, pues se sentirá atacad@. Cuando quieras hablarle, intenta no ser crític@ ni culpar@.

### Validar su punto de vista

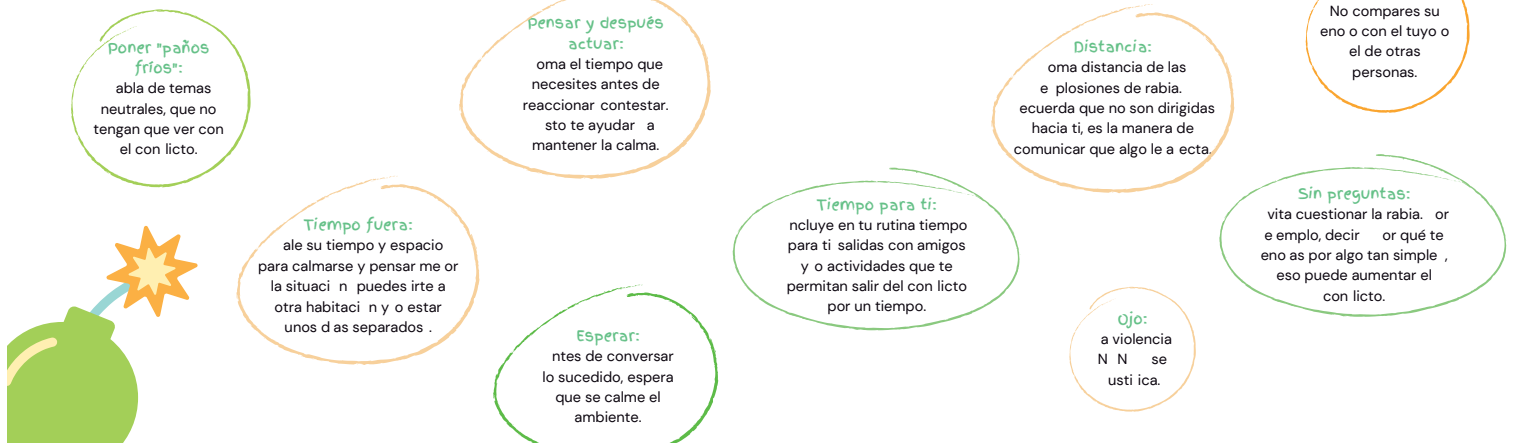
Evita los "peros", ya que pueden hacerle sentir menospreciad@ o rechazad@. Escucha y valida su punto de vista, aunque no lo compartas, antes de dar tu opinión.

## C. Cuando tiene explosiones de rabia:

En caso de que tu ser querido tenga explosiones de rabia, estas pueden generar situaciones complejas para ti y para su entorno.

**IMPORTANTE:** Cada uno es responsable de lo que hace y dice, por lo que no depende de ti cómo él/ella maneje estas explosiones y tampoco las consecuencias que estas puedan generar.

PERO también hay muchas cosas que puedes hacer para prevenir y/o calmar estas explosiones de rabia:



## D. En situaciones de crisis

En situaciones de crisis es posible que tu familiar con Trastorno de Personalidad busque soluciones rápidas al conflicto, como por ejemplo: proyectar la angustia en los demás, aislarse, vomitar, cortarse, tomar sobredosis de medicamentos, quemar cosas, golpear, tomar alcohol, consumir drogas, entre otras cosas que pueden poner en riesgo su seguridad y la tuya.

Aquí hay algunas recomendaciones:



## E. Cuando tiene conductas de autocortes o se hace daño:

### Las conductas de autocortes o de hacerse daño pueden ser una manera de:

- Lidar con las emociones difíciles.
- Expresar algo que suele ser difícil de decir.
- Convertir un sufrimiento indescriptible en algo real y visible.
- Cambiar el dolor emocional por uno físico.
- Sentir control (falsa sensación de control).



Otras conductas autodestructivas frecuentes de observar en personas con Trastorno de Personalidad son:

- Consumo problemático de drogas y/o alcohol.
- Actividades de riesgo, como manejar a alta velocidad y sexo sin protección.
- Compras impulsivas.
- Atracones de comida.

### ¿Por qué ocurren?

- Es normal que tu ser querido no sepa el por qué de estas conductas.
- De hecho, no hay una sola respuesta, porque para cada persona es distinta.
- Puede estar relacionado a situaciones dolorosas del pasado, actuales y/o futuras.
- Se asocia a un problema en el control de impulsos.

## E. Cuando tiene conductas de autocortes o se hace daño:

Es común que te sientas abrumad@, culpable, asustad@ y/o enojad@ cuando tu ser querido se hace daño.

Los autocortes suelen ser la manera (mala manera) en que una persona intenta manejar las emociones y/o dificultades.

**OJO:** En la mayoría de los casos, estas conductas NO son lo mismo que las conductas o pensamientos suicidas.

Aquí hay algunas recomendaciones que pueden ayudar:



**AYUDA MÉDICA:**  
Si el corte o la conducta está poniendo en riesgo su salud, llévelo a urgencia y/o al psiquiatra lo antes posible.



**RESALTAR LO POSITIVO:**  
Recuérdale sus cualidades positivas y las cosas que hace bien.



**MANTENER LA CALMA:**  
Intenta no entrar en pánico o reaccionar de forma exagerada. Forma en que respondas en esta situación tendrá un impacto en la confianza, apertura a conversar y manera de afrontar la situación en el futuro.



**VALIDAR LA EMOCIÓN:**  
Intenta mantener la mente abierta y acepta las emociones que exprese tu ser querido. Es importante escuchar atentamente lo que le pasa.



**DIALOGAR:**  
Habla con tu ser querido sobre lo que sucedió antes del autocorte o de que se hiciera daño y busquen juntos mejores estrategias para resolver sus problemas.



**MÁS ALLÁ DE LA CONDUCTA:**  
Conéctate con él/ella, más allá de lo que hizo.

### Lo que NO deberíamos hacer...

- Criticarle o culparle por haberse hecho daño.
- Decirle que está "llamando la atención".
- Ignorar sus heridas o concentrarse demasiado en ellas.
- Minimizar o negar el malestar físico y/o emocional asociado a los autocortes.



## F. Cuando tiene pensamientos/conductas suicidas

Si presenta pensamientos/conductas suicidas, te recomendamos:

- 1 Guarda o quita todo lo que podría usar para hacerse daño (Por ejemplo, tijeras, tip-top, pastillas, cordeles).
- 2 Quédate con él/ella. No puede estar solo.
- 3 Pide hora lo antes posible con su psiquiatra o llévala a urgencia.

Recomendaciones para hablar sobre pensamientos o conductas suicidas:

- ➔ Haz preguntas abiertas que vayan más allá de un sí o no. Por ejemplo, "¿Qué ha pasado este último tiempo? ¿Cómo crees que te podemos ayudar?"
- ➔ Dale tiempo, es esperable que te sientas ansioso por saber qué es lo que le ocurre, pero en ocasiones ni él/ella mismo sabe qué es lo que pasa, así que dale un tiempo para que ordene sus ideas, así le estarás ayudando.
- ➔ Cuando te hable de suicidio y/o muerte, tómale en serio.
- ➔ No lo culpes por sentirse así, dile que valoras que te diga cómo se siente.
- ➔ No evites el tema, la mejor manera de prevenirlo es hablarlo, puedes preguntarle directamente "¿Haz pensado en suicidarte?" o "¿Has sentido que no quieres vivir más?".

¿Cómo identificar un pensamiento suicida?

Si tu ser querido te ha dicho frases similares a:

- "Solo quiero morir"
- "La vida no tiene sentido"
- "Me gustaría desaparecer"
- "No sirvo para nada, sería mejor no estar más aquí"
- "¿Qué pasaría si ya no estuviera más?"



Significa que está teniendo pensamientos suicidas.

Si te habla de esto es porque tú eres alguien en que él/ella confía y cree que le puedes ayudar.

Recuerda que en estos casos es importante que tu familiar o cercano reciba ayuda lo antes posible por un profesional de la salud mental.



## G. Recomendaciones de autocuidado

¡Es importante que TÚ te cuides!

Recuerda estar atento y atender a tus propias necesidades sociales, emocionales, físicas y mentales. El autocuidado te ayudará a estar disponible física y emocionalmente para apoyar a tu ser querido.

Aquí te mostramos algunas sugerencias:



**ALIMENTACIÓN:**

Mantén una alimentación equilibrada y en horarios adecuados. NO dejes de comer por tener que atender necesidades de tu ser querido.



**AMISTADES:**

Mantén contacto con tus amistades y círculo cercano. Así podrás distraerte y conversar con otras personas.



**RECREACIÓN:**

Realiza actividades que disfrutes, como tejer, hacer deporte, leer un libro, o lo que más te acomode. Lo importante es que sea un tiempo para TI.



**ACTIVIDAD FÍSICA:**

Realiza actividad física. Puedes ver videos en youtube, salir a correr, andar en bicicleta o lo que más te guste para activar tu cuerpo.



**PIDE AYUDA:**

Es importante apoyarse en otros, no siempre puedes hacer todo solo. Si te sientes sobrepasado, hay profesionales que pueden ayudarte.



**TE PUEDES EQUIVOCAR:**

Es probable que a veces te equivoques. Lo importante es darte cuenta y buscar la manera de reparar.



**SUEÑO:**

Cuida tus horas de sueño (mínimo 7 horas).

# Referencias:

Puedes encontrar más información (en Inglés) sobre Trastornos de Personalidad en:

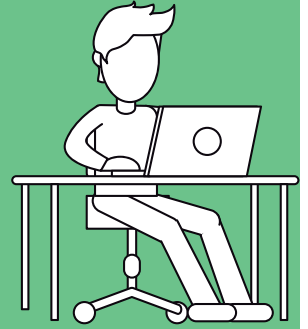
Hojas Informativas acerca del Trastorno de Personalidad:  
<https://www.uow.edu.au/project-air/resources/fact-sheets/>

Hojas Informativas para familiares (o cuidadores) de personas con Trastorno de Personalidad:  
<https://www.uow.edu.au/project-air/resources/fact-sheets/>

Página Web con contenido psicoeducativo acerca del Trastorno de Personalidad:  
<https://www.mind.org.uk/information-support/types-of-mental-health-problems/borderline-personality-disorder-bpd/for-friends-and-family/>

Página web con contenido psicoeducativo para familiares (o cuidadores) de Personas con Trastorno de Personalidad:  
<https://www.helpguide.org/articles/mental-disorders/helping-someone-with-borderline-personality-disorder.htm>

Si quieres información sobre cómo cuidar tu salud mental en general (en Español),  
te invitamos a revisar [www.psiconecta.org](http://www.psiconecta.org)



**Anexo B.**

*Autorregistro.*

<b>DÍA</b>	<b>SITUACIÓN</b>	<b>REACCIÓN</b>	<b>EMOCIÓN</b>	<b>INTENSIDAD EMOCIÓN (1-10)</b>	<b>RECURSOS PARA MANEJAR INTENSIDAD</b>



### **Anexo C.**

*Metáfora del jardín.* (Wilson y Luciano, 2002).

*"Imaginate que tienes un jardín al que te gusta cuidar. Hay flores de todos los colores, plantas varias y árboles frutales. Pero las plantas no siempre producen flores, porque eso depende de muchas cosas: del tiempo que hace que viven, de condiciones climatológicas, de cómo las has cuidado, etc"*.

*"Y los jardines suelen tener malas hierbas. Como ensucian el jardín, las quieres arrancar enseguida y sin contemplaciones. Pero al día siguiente vuelven a estar ahí. Y cuantas más arrancas, más salen. Al final te has centrado tanto en arrancar las malas hierbas que has olvidado las flores que tanto te gustan"*. (La metáfora del jardín, s.f.)

### **Anexo D.**

*Metáfora de las arenas movedizas.* (Hayes, 2013)

*"Imagina la siguiente situación, estás caminando por un bosque donde nos acompaña unas vistas preciosas del paisaje. El verde de los árboles, la sensación de la brisa que roza nuestro rostro y el ruido del agua, nos acompaña, nos sentimos bien relajados y seguros. Pero de repente, sin darnos cuenta, tropezamos con una raíz y caemos a un charco sucio y pringoso. Estamos manchados de lodo e intentamos levantarnos, pero nos damos cuenta de que no podemos salir, esto nos desespera y asusta, por ello intentamos con más fuerza salir de aquel lodazal intentando nadar con más fuerza e incluso intentamos con las manos liberar nuestros pies, pero cuanto más esfuerzo y movimientos bruscos hacemos, más tira aquella sustancia viscosa de nosotros y, entonces nos damos cuenta de que, ¡hemos caído en unas arenas movedizas! En el momento en que estamos intentando salir de aquellas arenas movedizas, la idea de aumentar la superficie de contacto del cuerpo con las arenas puede que vaya en contra de toda intuición. Puede que por no dejar de luchar por salir del pantano no podamos comprender que la acción más sensata y más segura que se puede intentar es permanecer en el pantano..."* (En arenas movedizas. La importancia de la aceptación, s.f.)



**Anexo E.**

*Parte sana, parte enferma.* (Gutiérrez, 1998)

