

FAMILY CONNECTIONS: UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CLÍNICOS Y FAMILIARES

FAMILY CONNECTIONS: A SKILLS TRAINING PROGRAM FOR CLINICIANS AND FAMILY MEMBERS

Verónica Guillén

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2247-5210>

PhD Professor, University of Valencia. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. España

José Heliodoro Marco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1545-6452>

PhD Professor, Universidad de Valencia. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. España

Cristina Botella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8783-6959>

Full professor. Universitat Jaume I de Castelló, Facultad de Ciencias de la Salud. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Guillén, V., Marco, J. H. y Botella, C. (2023). Family Connections: Un programa de entrenamiento en habilidades para clínicos y familiares. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 37-54. <https://doi.org/10.5944/rdp.v34i126.38694>



Resumen

El objetivo de este trabajo es describir el modelo de supervisión que se utiliza en la formación de clínicos y familiares del programa Family Connections (FC). FC es un programa de entrenamiento en habilidades para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP). Se trata del programa que ha conseguido mayor apoyo empírico hasta el momento. Desde sus inicios ha sido apoyado por la asociación National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD), cuyo objetivo es tratar de impulsar la “educación” para familiares de personas con TLP y para clínicos. Este programa lleva funcionando más de 2 décadas, gracias al esfuerzo solidario de numerosas familiares y clínicos que recibieron el programa y decidieron formarse, para poder ayudar a otras personas. A lo largo de estos últimos años, la NEA-BPD se ha expandido a países como Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda, Italia, Israel y España. Se describe la asociación “Alianza Nacional para la Educación del TLP” (NEABPD-ESPAÑA), y los proyectos de investigación que han realizado hasta el momento, donde se ha sometido a prueba la eficacia del programa FC. Consideramos de utilidad conocer el modelo de trabajo y de supervisión, así como la diseminación del modelo entre clínicos, investigadores y familiares.

Palabras clave: supervisión, clínicos, familiares, entrenamiento en habilidades, trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica comportamental

Abstract

The objective of this work is to describe the supervision model used in the training of clinicians and family members of the Family Connections (FC) program. FC is a skills training program for family members of people with borderline personality disorder (BPD). This is the program that has achieved the greatest empirical support to date. Since its inception it has been supported by the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD), whose objective is to try to promote “education” for family members of people with BPD and for clinicians. This program has been running for more than 2 decades, thanks to the solidarity efforts of numerous family members and clinicians who received the program and decided to train, to be able to help other people. Over the past few years, the NEA-BPD has expanded to countries such as the United Kingdom, Australia, New Zealand, Italy, Israel and Spain. The association “National Alliance for TLP Education” (NEABPD-SPAIN) is described, and the research projects they have carried out so far, where the effectiveness of the FC program has been tested. We consider it useful to know the work and supervision model, as well as the dissemination of the model among clinicians, researchers and family members.

Keywords: supervision, clinicians, caregivers, skills training, borderline personality disorder, dialectical behaviour therapy

La supervisión suele suponer un período de formación crucial, que en muchos lugares se exige para poder acceder al ejercicio de la profesión y que, afortunadamente, cada vez está más extendida, instaurada y demandada. Existen numerosos modelos de supervisión (Milne, 2009, 2014). En general, todos ellos tienen el objetivo de facilitar el desarrollo de competencias y proveer seguridad a los terapeutas en su práctica clínica. Favorecer intervenciones terapéuticas más eficientes para los pacientes. Asesoramiento para el desarrollo de programas de entrenamiento académico y profesional (Fernández-Álvarez, 2017). Por medio de la supervisión por parte de un clínico experto o de un equipo clínico, los alumnos en formación pueden aprender de una manera más segura y eficaz a llevar sus propios casos. En este contexto, ha cobrado importancia la figura del coterapeuta, que suele ser un terapeuta novel o en formación y trabaja de forma coordinada con el terapeuta en algunas orientaciones (e.g., en la terapia familiar) o en algunos formatos de aplicación de la terapia (e.g., en la terapia individual o de grupo). El coterapeuta puede ser otro psicólogo o psiquiatra, pero también pueden ser otras figuras de otras profesiones relacionadas, como enfermería, trabajadores sociales, educadores sociales, etc. Asimismo, en muchas ocasiones se implica a los familiares o personas allegadas al paciente para que ayuden a conseguir determinados objetivos terapéuticos. En este sentido, Botella y Ballester (1997) dan directrices sobre como implicar a los familiares de personas con el trastorno de pánico y agorafobia para ayudar a los pacientes a realizar determinadas tareas para casa como, por ejemplo, las exposiciones a situaciones agorafóbicas. De hecho, en la actualidad existen programas con apoyo empírico para familiares de personas con trastornos psicológicos graves como son los trastornos alimentarios o trastornos de la personalidad. En este trabajo, se describe un programa de entrenamiento para psicólogos clínicos y para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad (TLP) o personas con desregulación emocional, así como el modelo de supervisión que se utiliza.

El Trastorno Límite de la Personalidad y las Intervenciones para Familiares

El TLP es un trastorno psicológico que puede llegar a ser muy grave, y suele tener un impacto importante en el entorno de la persona que lo padece. La undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019/2021) caracteriza al TLP como un trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, con un humor impredecible, con arrebatos emocionales e incapacidad de controlar las explosiones conductuales. En la actualidad existen tratamientos basados en la evidencia para los pacientes con TLP. La Terapia Dialéctico Conductual (en adelante DBT, Dialectical Behavior Therapy) desarrollada por Linehan (1993), es una de las terapias para pacientes con TLP que más evidencia ha obtenido hasta el momento. Si bien, otras terapias también han demostrado eficacia, como la terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004), la terapia focalizada en la transferencia (Kernberg y Foelsch, 2011), o la terapia centrada en esquemas o terapia cognitiva centrada en

esquemas (TCE) (Young, 1994)

En la actualidad, son numerosos los estudios que han mostrado niveles elevados de estrés y sufrimiento en familiares y cuidadores de estos pacientes (Scheirs y Bok, 2007) desarrollando en algunos casos, cuadros ansiosos o depresivos. Hay estudios que manifiestan como los familiares de las personas con TLP experimentan agotamiento, depresión, duelo, dolor y otros tipos de angustia (Hoffman et al., 2005, 2007). En general, las relaciones que se establecen en el núcleo familiar suelen ser nocivas para todos los miembros de la familia. Esta influencia es bidireccional, ya que la familia se ve afectada por el paciente y viceversa (Guillén et al., 2022). Con el tiempo, el estrés puede reducir la capacidad para hacer frente con eficacia a las difíciles situaciones que afrontan los miembros de la familia, poniendo en peligro su bienestar psicológico y su vida calidad de vida (Hoffman et al., 2007). Guillén et al. (2023) encontraron que los familiares de personas con TLP presentan mayor depresión y ansiedad, niveles más altos de emoción expresada y peor calidad de vida que la población general. En general, se observan carencias en los familiares respecto a los conocimientos que tienen sobre el TLP, y déficits en las habilidades que tienen para comprender y manejar el trastorno (Giffin, 2008; Kay et al., 2018).

Afortunadamente, las investigaciones realizadas en los últimos 20 años muestran resultados positivos en la recuperación de los pacientes cuando sus familiares han visto satisfechas sus necesidades relacionadas con la obtención de información, orientación y apoyo clínico (Flynn et al., 2017). Son numerosos los estudios que demuestran la utilidad de este tipo de intervenciones tanto para los familiares, como para los propios pacientes. Estos primeros, se sienten validados, proveídos de apoyo social (por parte de otros familiares en su misma situación) y adquieren herramientas terapéuticas para el manejo de problemas; mientras que los pacientes, se benefician del tratamiento de sus familiares más cercanos (Guillén et al., 2018).

Según Guillén y colaboradores (Guillén et al., 2022), en la literatura se observan dos tipos de programas, intervenciones psicoeducativas y programas de entrenamiento en habilidades. Con respecto a los programas psicoeducativos, el objetivo de estas intervenciones es ofrecer información a los familiares del paciente con TLP acerca de la enfermedad y ayudarles a que comprendan algunos de los comportamientos de su familiar, y así mejorar la relación y la convivencia familiar. Un ejemplo es el programa “Staying Connected” donde los familiares realizan grupos psicoeducativos en formato workshop, a lo largo de un día, y después continúan con cuatro sesiones de dos horas realizando un total de 16 horas. Este grupo de investigación de la Universidad de Wollongong de Australia, ofrece un proyecto integral comunitario denominado “Project Air Strategy” para atender al paciente con TLP desde un modelo relacional (*A relational approach to understanding personality disorders*). El grupo ha creado un proyecto comunitario donde ofrecen tratamiento tanto a pacientes como a familiares, pero también ofrecen formación y asesoramiento a otros contextos de profesionales que pueden estar en contacto con esta población vulnerable, como los profesores y orientadores de los colegios, o bien,

las enfermeras, los trabajadores sociales o educadores que trabajen en salud mental.

Con respecto a los programas de entrenamiento en habilidades, se trata de intervenciones que tratan de entrenar a los participantes en distintas habilidades o proveer de distintas estrategias de afrontamiento. La mayoría de estos programas están basados en la DBT, o bien adaptaciones de la DBT donde instruyen a los familiares en Mini-Habilidades DBT. Ejemplos de estos programas son: “Family Connections” (Hoffman et al., 2005, 2007) donde se entrena a los participantes en mini-habilidades de la DBT durante de 3 meses en sesiones semanales de dos horas de duración, y el trabajo de Wilks et al. (2016) que aplica el entrenamiento en habilidades de grupo de la DBT durante 6 meses, con sesiones semanales de dos horas de duración, tal y como se realiza con los pacientes con TLP.

En general, estos programas de tratamiento para familiares han mostrado ser útiles para reducir el emocional burnout, los sentimientos de dolor y culpa, la sobrecarga, la sintomatología clínica ansiosa depresiva, y aumentar las habilidades de la relación y mejorar el clima familiar. Estos estudios ponen de manifiesto como el tratamiento para familiares de TLP empieza a ocupar un lugar importante respecto a la recuperación de pacientes y la mejora de la dinámica familiar (Guillén et al, 2022).

El Programa Family Connections: Surgimiento y Evolución

A mediados de la década de 1990, la Dra. Hoffman, una de las autoras del programa, trabajaba como trabajadora social en una sala psiquiatría y estaba muy interesada en comprender el caos en el que parecían vivir las personas con TLP, una condición poco conocida en ese momento. En la década de los años 80, distintos investigadores, habían vinculado ciertos entornos familiares (aquellos que son particularmente críticos o sobreprotectores) con peores resultados para las personas con esquizofrenia (Leff y Vaughn, 1985). La Dra. Hoffman inició una investigación con el objetivo de observar impacto de los entornos familiares en las personas con TLP, en concreto, quería conocer el impacto de factores como la crítica, la hostilidad y la sobre implicación emocional en estas familias. Los resultados fueron inesperados, demostraron como un entorno familiar particularmente crítico no tuvo un gran impacto aparente en los síntomas límite a lo largo del tiempo, sin embargo, un ambiente protector e implicado sí lo tuvo, los niveles más elevados de sobre implicación emocional se asociaron con mejores resultados y ausencia de rehospitalización (Hooley y Hoffman, 1999). Eso le proporcionó una idea, pensó en la posibilidad de crear una organización de apoyo a familiares. Según Hoffman, hacía falta conseguir una “adecuada” implicación emocional en los familiares. Por otro lado, Alan Fruzzetti se formó en el grupo de trabajo de Dra. Marsha Linehan, creadora de la DBT para pacientes con TLP. Ambos, Hoffman y Fruzzetti fundaron y dirigieron una red familiar que no solo brindaba “educación autorizada” sobre la personalidad límite, sino que también desarrollaba habilidades para manejarla, reclutando a los padres para que enseñaran a los padres. En este contexto, desarrollaron el programa Family Connections (en adelante FC) (Hoffman

et al., 2005, 2007), una intervención grupal para familiares de personas con TLP en las que las familias se enseñan mutuamente cómo sobrellevar la situación, guiadas por algunos de los mismos principios utilizados por los terapeutas. Se trata de un programa manualizado de doce sesiones de duración, de dos horas cada una de ellas, y está basado en la DBT (Linehan, 1993) y en el Modelo de Estrés, Afrontamiento y Adaptación (Lazarus y Folkman, 1986/1984). Los objetivos del programa son: 1. Proporcionar psicoeducación que permita ayudar a entender los síntomas y comportamientos asociados a las personas con TLP y los síntomas relacionados; 2. Proporcionar un entrenamiento en habilidades individuales y familiares, para ayudar a los familiares a entender y a manejar sus propias respuestas emocionales a las situaciones y en sus relaciones. 3. Desarrollar una red de apoyo de miembros de la familia con otras personas que se encuentran en una situación similar. Una peculiaridad de este programa, es que puede ser implementado por familiares y/o profesionales. Los autores señalan sobre la intervención que no es psicoterapia sino un entrenamiento en habilidades. Por ello, con un adecuado entrenamiento, también pueden impartirlo los familiares o voluntarios, como se describe más adelante.

El contenido del programa se divide en seis módulos (Fruzzetti et al., 2005) (ver Figura 1). El programa combina psicoeducación sobre el TLP, y distintos módulos de entrenamiento en habilidades individuales y familiares. En general, las habilidades de atención plena, aceptación, y autogestión de las emociones, se enseñan primero para maximizar la capacidad de regular las emociones (Hoffman et al., 2005). La investigación demuestra que cuando las emociones están reguladas, las personas pueden utilizar mejor sus habilidades cognitivas y, por lo tanto, están en mejores condiciones para tomar decisiones adecuadas. Una vez que se han descrito y entrenado estas habilidades, se introducen las habilidades de eficacia interpersonal como, por ejemplo, validación, mindfulness de la relación, las habilidades de gestión de problemas y observación de los límites. La habilidad de observación de los límites describe cómo un miembro de la familia puede elegir limitar su implicación con la persona con TLP, o ampliar sus límites para acomodarse a sus valores.

Figura 1*Módulos del Programa Family Connections***Módulo 1. Introducción**

- Orientaciones sobre el programa
- Orientación e información actual sobre la investigación acerca del TLP
- Criterios y síntomas del TLP y la desregulación de las emociones

Módulo 2. Educación Familiar

- Psicoeducación sobre los factores biosociales relacionados con la etiología del TLP.
- Tratamientos disponibles para el TLP y los trastornos comórbidos
- Modelo transaccional

Módulo 3. Habilidades de Mindfulness en la relaciones

- Autorregulación emocional
- Habilidades de atención plena
- Disminución de los juicios y de la vulnerabilidad emocional

Módulo 4. Habilidades del ambiente familiar

- Habilidades para mejorar la calidad de las relaciones, comprendiendo la relación entre el individuo y el bienestar de la familia
- Disminución de los pensamientos desadaptativos relacionados con la culpa
- Habilidades de aceptación radical

Módulo 5. Habilidades de Validación

- Expresión precisa y eficaz de uno mismo (habilidades de validación y autovalidación)
- Disminuir la invalidación
- Establecer límites claros y lograr el respeto por uno mismo

Módulo 6. Manejo de problemas

- Eficacia interpersonal
- Definir los problemas y colaborar en su resolución
- Saber cuándo centrarse en la aceptación o en el cambio

En general, el programa original y sus distintas replicaciones han mostrado disminuciones significativas en la carga de la enfermedad, disminuciones significativas del malestar percibido, disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. Además, se observa un incremento en la experiencia subjetiva de dominio/empoderamiento de los participantes. Estos cambios se mantienen o incluso mejoraron en seguimientos de tres a seis meses (Flynn et al., 2017). En la actualidad, se trata del programa con mayor apoyo empírico para familiares de personas con TLP o desregulación emocional (Ekdahl et al., 2014; Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Liljedahl et al., 2019, Guillén, 2022).

Asimismo, quisiéramos poner de manifiesto que en el año 2001, Hoffman y Fruzetti, fundaron la asociación *National Education Alliance for Borderline Personality Disorder* (NEA-BPD). En la actualidad, es una de las principales organizaciones en defensa y apoyo a familiares del paciente con TLP en Estados Unidos, y desde donde ha apoyado la diseminación del programa FC. El objetivo fundamental de NEA-BPD es tratar de aumentar la conciencia pública, dar visibilidad y apoyo al

paciente con TLP y a sus familias. Para ello, intentan acercar recursos psicológicos para mejorar la calidad de vida de los afectados (e.g., realizando grupos para familiares), proporcionar educación de los profesionales (e.g., realizando cursos para profesionales), promover la investigación y trabajar con familias y con pacientes en recuperación. Del mismo modo, los autores del programa han contribuido en expandir la asociación NEA-BPD a otros países como Reino Unido (NEABPD-UK), España (NEABPD-SPAIN), Australia (NEABPD-Australia), Nueva Zelanda (NEABPD-NZ), Italia (NEABPD-Italia) o Israel (NEABPD-Israel). En todos ellos, el objetivo es el mismo, tratar de impulsar la “educación” para familiares de personas con TLP y para clínicos. En todos estos países, hay listas de espera para poder acceder a los grupos.

A continuación, se describe el modelo de supervisión que han utilizado para formar a clínicos y a familiares.

Modelo de Supervisión

En general, se requiere de un periodo de formación o entrenamiento para poder obtener una capacitación oficial para poder realizar grupos de FC. La capacitación oficial se denomina: “*Family Connection Leader Training*” (*FC-Leader Training*). Los programas FC están dirigidos por dos líderes: dos familiares, dos profesionales o una combinación de familiar y profesional. En cualquiera de los casos, los grupos están dirigidos por un terapeuta y un coterapeuta. En la primera opción, los grupos dirigidos profesionales o clínicos, hace referencia a personas que trabajan con esta población como, por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, etc. En la segunda opción, los grupos dirigidos por familiares o voluntarios, hace referencia a familiares o amigos de las personas que padecen TLP o problemas de desregulación emocional. En la tercera opción, una combinación de familiar y profesional, el curso lo imparten conjuntamente entre un clínico y un familiar, cada uno de ellos tendrá asignado el rol de terapeuta y coterapeuta. Hasta el momento, que nosotros tengamos constancia, no hay ningún estudio que haya sometido a prueba específicamente la eficacia diferencial entre los grupos dirigidos por profesionales, por clínicos o mixto. Si bien, si existen estudios de eficacia donde en los tres casos los familiares han obtenido buenos resultados antes con respecto a después de realizar el grupo (Hoffman et al., 2005, 2007; Flynn et al., 2017).

En este proceso, el terapeuta y el coterapeuta de los distintos grupos tratan de identificar a posibles candidatos para aprender a dirigir grupos de familiares, que cuenten con las características necesarias para poder impartir grupos de familiares. Por ejemplo, habilidades de comprensión, habilidades de comunicación, no tener ningún problema de salud mental incapacitante (o tener salud mental), querer implicarse en ayudar a los demás, etc. Las personas interesadas y que cuenten con las características adecuadas, pasarán por un período de formación establecido por etapas, hasta que tengan la formación necesaria para poder realizar grupos de FC a otros familiares.

Familiar (o participante) de un grupo de FC para familiares de TLP. El primer paso para los familiares suele ser ponerse en contacto con la asociación NEABPD del país al que corresponda (EEUU, UK, España, Australia, Nueva Zelanda, Italia, Israel), solicitando realizar un curso de FC. En todas ellas, disponen de páginas web con la información en varios idiomas, y enlaces para la inscripción de los grupos. El familiar pasa a ser inscrito en una lista de espera, y se ponen en contacto con el familiar en cuanto se forma un nuevo grupo (que suele ser desde unas semanas, a uno o dos meses). Tal y como se ha descrito anteriormente, este grupo tiene una duración de 12 semanas, con sesiones semanales de dos horas de duración, y un total de 6 módulos. En la actualidad, este grupo se realiza de manera presencial, o bien online. En la modalidad online, es más rápido formar grupos ya que pueden unirse familiares de distintas partes del país.

Una vez el familiar ha realizado el primer grupo de FC, resulta muy habitual que solicite hacer otro grupo (o grupos) de FC. Los contenidos de las sesiones son muy extensos y hay numerosos ejercicios tanto durante la sesión como entre sesiones, las tareas para casa. Por ello, resulta frecuente que los familiares reclamen realizar otro grupo de FC, incluso en varias ocasiones. Esto mismo sucede frecuentemente con los grupos de DBT para pacientes, llegan a realizar el grupo de 6 meses de habilidades en varias ocasiones. Desde nuestro punto de vista, esto tiene ventajas. Por un lado, el familiar dispone de más tiempo para comprender, asimilar y practicar las habilidades que está aprendiendo. Por otro lado, los terapeutas tienen más tiempo para conocer a los familiares, así como sus recursos y habilidades. A lo largo de este proceso, los terapeutas decidirán si alguno de los participantes posee las características adecuadas, y si fuera el caso, le ofrecerán una recomendación para asistir a la formación de 2 días para *FC-Leader Training*. Por último, señalar que no resulta frecuente identificar líderes en todos los grupos que se realizan, al contrario, es un proceso delicado, y además requiere una implicación mutua por ambos lados. En ocasiones, los familiares no tienen las habilidades descritas, y otras veces, los familiares no pueden o están interesados en dedicar tiempo al proyecto. Sin embargo, con el paso del tiempo, cada vez en más países van surgiendo más terapeutas que reciben el entrenamiento y se sienten capaces y dispuestos a dedicar una parte de su tiempo a este proyecto solidario, altruista y enormemente gratificante al poder ayudar a otros familiares que están en su misma situación. Resulta muy frecuente escuchar a los líderes expresar “*cómo FC ha cambiado sus vidas*”, o “*permanecer en este proceso, supone seguir aprendiendo y afianzando habilidades*”. Por tanto, el camino estándar es asistir al programa grupal inicial (o a varios), y recibir una recomendación de los terapeutas del programa para asistir a una formación de 2 días (16 horas) para líderes de FC, y finalmente, obtener la capacitación de la NEA-BPD como líder de FC.

Consideramos importante señalar que la NEABPD ofrece a los familiares y a los profesionales formación y apoyo gratuito. En algunos países como EEUU o Nueva Zelanda puede haber que pagar una pequeña cuota para contribuir al alquiler

del local y a las fotocopias de los manuales en los grupos que se realizan de manera presencial, pero en Australia o en España la política es absolutamente gratuita.

Alumno del curso *Family Connection Leader Training*. En segundo lugar, el curso de *FC-Leader Training* supone dos días de formación intensiva con un total de 16 horas de duración. Este curso, suele estar formado por 15-20 personas. En el curso, se repasan los contenidos del programa (psicoeducación y habilidades), y se ofrecen habilidades sobre cómo impartirlo. *FC-Leader Training* también puede ser impartido por clínicos, por familiares o voluntarios o por una combinación de clínicos y familiares/voluntarios. En la actualidad, el curso también se realiza en modalidad online, y se completan el mismo número de horas, *pero* distribuidas en más días para que resulte más sencillo. Por ejemplo, 4 días de 4 horas cada uno; o bien, 3 días de 5, 5 y 6 horas.

El procedimiento consiste en una inmersión profunda en lo que denominan el plan de estudios de FC. En la capacitación para líderes de cada programa se dispondrá de dos *leader training* que guiarán a los participantes a través de los contenidos del programa. Se trata de un programa muy completo, con materiales de apoyo muy útiles. Para ello, cada módulo se abordará con un estilo sencillo, que incluye ejemplos, juegos de roles, videos de demostración de las habilidades, numerosos ejercicios y un tiempo para debate y preguntas. Estos videos titulados: “Abre la mente, antes de abrir la boca”, contienen numerosos ejemplos de situaciones, donde los familiares pueden verse reflejados e identificados y así tratar de disminuir la sensación de culpa tan frecuente en familiares. Asimismo, se muestran escenas cuando los familiares utilizan las habilidades y también cuando no las utilizan para que se puedan ver y debatir las consecuencias de cada una de las situaciones. El material también contiene tarjetas con recordatorios o explicaciones breves de las mini-técnicas de DBT.

Cada día, se divide a los participantes en grupos pequeños de tres o cuatro personas, y el líder facilitará la discusión y la práctica de las distintas habilidades. El alumno puede ser un alumno recién graduado, o un líder algo más experimentado, o un profesional de la salud mental que está aprendiendo sobre los programas FC por primera vez. En todos estos casos, los distintos participantes terminarán el curso con una comprensión aún mayor de la educación, las habilidades y el apoyo que FC ofrece a las familias.

Tal y como se ha indicado, la NEABPD ofrece a los familiares y a los profesionales apoyo y formación. Si bien, la NEABPD solicita a los familiares de los cursos de *FC-Leader Training*, un compromiso para impartir grupos de FC, una vez hayan recibido la capacitación. Por tanto, una vez el participante ha recibido el curso de capacitación, la NEABPD solicita el compromiso a los participantes de codirigir al menos tres grupos de FC (virtuales o presenciales) dentro de los próximos tres años, el primero de los cuales se llevará a cabo dentro de los 9 meses posteriores a la capacitación. El planteamiento que realiza la NEABPD es que desde la asociación dedican recursos, tiempo y esfuerzo a la formación de líderes y lo que

solicitan a los participantes de los cursos de *FC-Leader Training* es que dediquen una pequeña parte de su tiempo a impartir grupos de FC para familiares. Se trata de una manera de favorecer la continuidad de grupos de FC y la diseminación de este programa gratuito.

Por otro lado, los clínicos o profesionales de la salud mental son bienvenidos a participar para mejorar sus conocimientos, estén interesados o no en codirigir el programa. Aunque también se les anima a dirigir grupos de FC, no se piden un compromiso, porque ya dedican su jornada laboral a ayudar a personas con problemas psicológicos. Sin embargo, a los clínicos se les solicita que se comprometan con un código de conducta que deben firmar antes de realizar el curso. Básicamente se les recuerda la importancia de respetar la totalidad del contenido del programa de FC. Se trata de un modelo validado con apoyo empírico que ha demostrado ser útil cuando se aplica tal como está diseñado. Como líder de FC, se espera que enseñe los módulos tal como se presentan, y no introduzca otras habilidades que el profesional pueda considerar de utilidad. En segundo lugar, a los clínicos se les anima a codirigir con una persona que sea familiar de alguien con TLP. Esto le permite reconocerlos y apoyarlos, reflejando así la validación entre pares. Es importante que la relación de codirección sea desde una relación simétrica e igualitaria. Aunque los clínicos suelen tener una gran experiencia en la materia, la validación entre iguales del líder familiar es la base del modelo de FC (Ver Tabla 3) y se le da mucha importancia a respetar esta cuestión.

Observador de un Grupo de FC. El familiar asiste al grupo de FC como parte del equipo de FC, sin embargo, todavía no imparte contenidos en cuanto a psicoeducación o habilidades. Se trata de un familiar en formación y asume el rol de observador no participante en el grupo que dirige un clínico o un familiar. El familiar puede participar en la dinámica grupal, pero tiene un rol menos central que el terapeuta y coterapeuta. En ocasiones se da la oportunidad al familiar de participar en algunos momentos, por ejemplo, introduciendo un ejercicio o algún contenido específico. En general, el líder dedicará un tiempo entre sesiones para solucionar las dudas que le vayan surgiendo el familiar en el grupo. Son sesiones de trabajo presenciales u online que se suelen realizar antes o después de las sesiones grupales, y sirven para afianzar los contenidos o disipar las dudas que pueda tener el familiar. Este proceso ayuda a los familiares a familiarizarse con ese nuevo rol en el grupo, ganar confianza y seguir aprendiendo.

Coterapeuta de un Grupo de FC. El familiar realiza el grupo como coterapeuta. Por tanto, tendrá una posición más activa que en la fase anterior, sin embargo, el peso del grupo lo ejerce el terapeuta. En esta parte del proceso el familiar tiene la oportunidad de empezar a explicar más contenidos del programa, habilidades, ejemplos, etc. Para entonces ya debería conocer bien la estructura de cada sesión y todos los conceptos y habilidades que se presentan. El coterapeuta, también realizará ejercicios con los participantes, y se expondrá a las preguntas que vayan surgiendo a lo largo de las sesiones, pero siempre con la ayuda y colaboración del

terapeuta. En definitiva, el familiar va a ir adquiriendo más experiencia y soltura con el grupo en la figura de líder.

Terapeuta de un Grupo de FC. En esta última etapa, el familiar ya tiene el bagaje y los conocimientos para realizar el grupo como terapeuta. Como se ha comentado, los grupos están dirigidos por dos terapeuta y coterapeuta y entre ellos se repartirán los contenidos de las sesiones. Suele haber un líder más experimentado, y el otro líder continúa progresando. Por motivos de seguridad, en diversos países, como por ejemplo en Reino Unido, los servicios públicos de salud no permiten que los familiares dirijan un grupo sin un clínico cualificado (psicólogo, psiquiatra, etc.) contratado por el servicio de salud. Por tanto, en estos países, pueden obtener la capacitación, pero no pueden dar un grupo de FC sin un clínico como terapeuta (ver Tabla 1).

Tabla 1

Etapas de Formación de Líderes en FC

Grupo de FC / Curso de Leader Training	Rol en el proceso
1.- Familiar (o participante) de un grupo de FC para familiares de TLP. (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Familiar de un grupo
2.-Alumno del curso <i>FC Leader Training</i> para la formación de líderes (Curso de dos días, 16 horas)	Alumno del curso <i>FC Leader Training</i>
3.- Observador de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Observador no participantes de un grupo
4.- Coterapeuta de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Coterapeuta de un grupo
5.-Terapeuta de un grupo de FC (Grupo de 12 sesiones, 24 horas)	Terapeuta de un grupo

NEABPD-SPAIN y Family Connections en España

En el año 2019, Alan Fruzzetti y Perry Hoffman, nos encomendaron la tarea poner en marcha NEABPD-SPAIN con el objetivo de desarrollar en España este proyecto. Quisiéramos poner de manifiesto que desde el principio nos han ayudado y apoyado para desarrollar este proyecto y les estamos enormemente agradecidos. En la actualidad, la “Alianza Nacional para la Educación del TLP” en España, está formada por un grupo de psicólogos clínicos e investigadores de la Universidad de Valencia y la Universidad Jaume I de Castellón, así como de familiares¹.

Desde entonces, siguiendo el modelo de trabajo que EEUU y el resto de países, se han realizado numerosos grupos para familiares, y también se han realizado numerosos curso de formación. Asimismo, hasta el momento, el grupo de trabajo ha obtenido varios proyectos de investigación con fondos públicos, que también han contribuido a impulsar el proyecto en España. El primero de ellos, titulado:

¿Quién cuida del cuidador? Tratamiento para familiares de pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, obtenido en la convocatoria de proyectos Emergentes de la Generalitat Valenciana (GV/2019). El objetivo fue traducir al castellano y adaptar el programa FC para familiares de personas con TLP y someter a prueba su eficacia en un estudio controlado aleatorizado en una muestra formada por 121 familiares (Fernández-Felipe et al., 2020). Los resultados muestran diferencias en el grupo de FC en la disminución significativa de la carga y e la sintomatología ansiosa y depresiva, y en la mejoría estadísticamente significativa de las habilidades de dominio y empoderamiento. Además, los cambios se mantuvieron en el seguimiento a 6 meses. En segundo lugar, los resultados en los pacientes también mostraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de FC en variables clínicas relevantes como es la disminución de la depresión, ansiedad y estrés, disminución de la interferencia emocional, así como un aumento en la percepción de validación de los pacientes por parte de sus familiares. Por tanto, los datos obtenidos tanto en pacientes como en familiares demuestran que el programa resultó eficaz (Fernández-Felipe et al, en prensa).

En segundo lugar, el grupo de trabajo obtuvo el proyecto “*Cuidando de Todos*”: *Eficacia y efectividad de un Programa de Intervención para familiares de pacientes con conductas suicidas*, en la convocatoria de Retos de la Sociedad del Plan Estatal (2017-2020). En este trabajo se adaptó el programa inicial de FC para familiares de TLP, para aplicarlo en familiares de personas que han realizado conductas suicidas en un ensayo controlado aleatorizado. Resulta curioso que siendo tan grave y relevante el problema del suicidio en la actualidad, no existan programas con apoyo empírico para ayudar a los familiares (Marco et al., 2022). La muestra estuvo formada por 124 familiares de personas que habían cometido al menos un intento de suicidio. Hasta el momento solo disponemos de los datos del estudio piloto, formado por 17 familiares y 9 pacientes. Los resultados de este estudio preliminar muestran que los familiares obtuvieron diferencias significativas en la disminución de la carga, disminuyó la sintomatología ansiosa y depresiva, y mejoró de forma significativa el funcionamiento familiar. Con respecto a los resultados obtenidos por los pacientes, se observa una reducción en las conductas suicidas, en el número de autolesiones, en el número de visitas a urgencias y de episodios de violencia en la familia. Estos resultados preliminares muestran la utilidad de la intervención en familiares de personas con conducta suicida (Guillén et al, en prensa).

En tercer lugar, el grupo de investigación obtuvo el proyecto: “*Family Connections para familiares de pacientes con trastornos alimentarios y trastornos de la personalidad*” en la convocatoria de Grupos Consolidados de la Generalitat Valenciana (AICO/2021). En este trabajo, se ha adaptado y sometido a prueba la eficacia del programa para ser aplicado en familiares de personas con trastornos alimentarios (TA) y/o trastornos de la personalidad (TP) (Guillén et al., 2022). Hasta el momento, no se han desarrollado intervenciones para familiares de personas con TA y TP. Sin embargo, resulta muy común experimentar comorbilidad entre ambos

trastornos. El objetivo del trabajo ha sido adaptar el programa para ser aplicado en familiares de pacientes con un TA y un TP en un ensayo clínico controlado aleatorizado comparado con una condición control consistente en el tratamiento habitual optimizado. La muestra está formada por 130 familiares de personas con un TA y un TP. El proyecto se encuentra en desarrollo en este momento.

Discusión

El objetivo de este trabajo es describir el programa FC para familiares de personas con TLP y desregulación emocional, así como el modelo de supervisión que utiliza.

En primer lugar, quisiéramos poner de manifiesto la importancia de ofrecer ayuda a los familiares de personas con trastornos psicológicos graves. En la actualidad, todavía resulta muy frecuente que los clínicos se centren en atender a los pacientes, es decir, se centren en lo urgente (o en lo más grave), y casi sin ser conscientes, dejen de atender lo importante (los familiares). Hasta cierto punto en algunos momentos del proceso puede resultar comprensible. Si bien, no atender a los familiares supone perder la oportunidad de ayudar al propio paciente desde otras perspectivas, desde donde la ayuda puede resultar enormemente eficaz. Según la Dra. Lois Choi-Kain, directora del *Adult Borderline Center and Training Institute en McLean Hospital*, “muchos psicoterapeutas tienden a inclinarse hacia un lado y culpar a las familias y Hoffman y Fruzzetti, fueron una fuerza contra todo eso” (Carey, diciembre de 2019). Según Fruzzetti, “Perry Hoffman democratizó todo el campo; ella reunió a pacientes, familiares, profesionales, todos en la misma habitación; esa fue su idea, y era inaudito en ese momento” (Carey, diciembre de 2019). El éxito del programa se convirtió en su propia evidencia contundente para refutar los mitos sobre el TLP. Por ello, hoy por hoy, teniendo toda la información de que disponemos, consideramos fundamental integrar en la práctica clínica de psicólogos y psiquiatras, otras maneras de ayudar a los pacientes que padecen graves problemas psicológicos. FC es un buen ejemplo de ello. En este sentido, destacar también la importancia de diseñar estrategias de implementación para incluir estas intervenciones de manera rutinaria en distintos países, ya que todavía son muy pocos los centros que incluyen a los familiares en los tratamientos de manera rutinaria.

En segundo lugar, otra innovación importante es el modelo de formación que utilizan, se trata de un programa de educación multi-familiar diseñado a partir del *Family-to-Family Program*, donde los familiares capacitados lideran un grupo de apoyo formado por familiares (Hoffman et al., 2005). En este modelo de supervisión, los líderes capacitados, identifican a familiares con una serie de características y habilidades (por ejemplo, buenos comunicadores, empáticos, ausencia de trastornos mentales incapacitantes, etc.) y por supuesto, que quieran implicarse en el proceso. Para ello, pasarán por un periodo de formación establecido por etapas, hasta que tengan los conocimientos y las habilidades necesarias para poder realizar grupos de FC. En este modelo se utiliza la figura del coterapeuta, que trabajará

de forma coordinada con el terapeuta fundamentalmente en formato grupal. La única condición que se solicita a los familiares, es el compromiso de realizar tres grupos de FC una vez han recibido la formación en los tres años, posteriores a la capacitación. Esta es la manera en que han conseguido implementar un programa de tratamiento gratuito y diseminarlo entre distintos países. Como se ha descrito, el programa lleva funcionando más de 20 años, gracias al esfuerzo solidario de numerosas familiares y clínicos que recibieron el programa y decidieron formarse, para poder ayudar a otras personas. Que nosotros tengamos constancia, no existen otros modelos de supervisión y diseminación en la literatura que resulten gratuitos y que hayan consolidado de esta manera con el paso del tiempo.

En tercer lugar, FC no es una psicoterapia, es un entrenamiento en habilidades y como tal, pueden aprenderlo tanto los familiares o voluntarios. En este sentido, una cuestión a dilucidar, es si resulta más beneficioso que los programas los realicen familiares o voluntarios que ya han recibido el grupo como en el programa de FC (Hoffman et al., 2005, 2007), o bien, si resulta más eficaz, que lo realicen clínicos expertos en DBT (Flynn et al., 2017). Tal vez, resulte de utilidad comparar estos dos formatos (grupo dirigido por familiares vs grupo dirigido por clínicos). Que nosotros tengamos noticias, hasta el momento no existe ningún estudio que analice la eficacia entre ambos formatos.

Sin embargo, se han publicado estudios donde han formado en el programa de FC a equipos clínicos que trabajan con pacientes con TLP con buenos resultados (Burke et al., 2019). El trabajo de Burke y su equipo, describe una intervención, Clinical Connections (CC), desarrollada para apoyar a los grupos de profesionales que trabajan con personas con TLP. Para ello, aplicaron FC en formato taller de siete horas de duración a médicos del Servicio de Urgencias y de Salud Mental Comunitaria, y obtuvieron una mejora en el conocimiento y en las habilidades de los clínicos. En esta misma línea, quisiera señalar el trabajo realizado por equipo de Grenyer et al. (2019) denominado "Project Air Strategy" en el que ofrecen un proyecto integral comunitario para atender al TLP. Tal y como se ha comentado, no solo ofrecen tratamiento a pacientes con TLP y a familiares, sino que también proporcionan formación y asesoramiento a otros contextos de profesionales que están en contacto con las personas con TLP, como los profesores y orientadores en los colegios, o las enfermeras, los trabajadores sociales y educadores que trabajen en salud mental. Consideramos que es un excelente ejemplo de cómo es posible implicar a un elevado número de personas, desde muy distintos ámbitos, proporcionales una adecuada formación y entrenamiento para que puedan ayudar a pacientes y familiares de TLP.

En cuarto lugar, nos gustaría señalar, las posibles ventajas y utilidad de poder ofrecer los grupos y los cursos de entrenamiento en formato online. Gracias a la pandemia, todos los países tuvieron que adaptarse a esta situación y finalmente, a pesar de las reticencias iniciales tanto de los terapeutas como de los familiares, en todos los países continuaron realizando los grupos online. Afortunadamente, fue

posible continuar trabajando y esta modalidad nos ayudó a todos los implicados a descubrir importantes ventajas. Guillén y el grupo de FC en España, publicaron un estudio donde compararon la eficacia de los grupos realizados en formato presencial con los grupos realizados online y no encontraron diferencias significativas entre los dos grupos, ambos resultaron eficaces antes con respecto a después del programa (Guillén et al., 2022). Todo ello nos hace pensar en las posibilidades de incluir algunos componentes del tratamiento con ayuda de las nuevas tecnologías, por ejemplo, incluir un cd como complemento o como sustitución de una parte del tratamiento, por ejemplo, los componentes psicoeducativos. O tal vez, incluso la posibilidad de ofrecer el programa completo auto-aplicado online para familiares de TLP. Todo puede ser posible en un futuro más o menos lejano.

Este trabajo tiene limitaciones, la más importante es que hasta el momento, no es posible ofrecer datos objetivos de este modelo de supervisión. Tampoco disponemos de los datos del número de grupos o cursos que se han ido realizando en los distintos países a lo largo de los años. Se trata de un artículo descriptivo de una intervención para familiares y de su modelo de supervisión. Se ofrecen los datos de los resultados obtenidos por los familiares en el programa original y en las posteriores repeticiones (Ekdahl et al., 2014; Flynn et al., 2017; Hoffman et al., 2005, 2007; Liljedahl et al., 2019, Guillén, 2022). Además, en términos coste beneficio, se trata de una intervención relativamente sencilla tanto de aprender cómo de aplicar. En este sentido, se describe como el programa se ha diseminado a otros países siguiendo la misma filosofía de trabajo. A diferencia de otras “terapias o marcas de tratamiento”, este modelo está basado en una filosofía altruista y solidaria que lo que pretende es que el programa esté disponible para todos aquellos que puedan necesitarlo. Para ello, ha entrenado y capacitado a muchos familiares, voluntarios y a muchos clínicos de distintos países que a su vez siguen impulsando el proyecto.

Por ello, desde nuestro punto de vista, resulta fundamental continuar trabajando en esta dirección para tratar de acercar la intervención a todos los clínicos o familiares que puedan necesitarlo. Si bien, queda mucho por hacer en este campo, esta línea de trabajo no ha hecho más que empezar.

Notas:

1- <https://neabpdspain.org>

Referencias

- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD [Tratamiento basado en mentalización para TPL]. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Botella, C. y Ballester, R. (1997). *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Martínez Roca.
- Burke, L., Kells, M., Flynn, D. y Joyce, M. (2019). Exploring staff perceptions of the utility of clinician connections when working with emotionally dysregulated clients [Explorar las percepciones del personal sobre la utilidad de las conexiones médicas cuando se trabaja con clientes emocionalmente desregulados]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(12). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0109-0>

- Carey, B. (2-12-2019). Perry Hoffman, 75, Dies; saw family support as key to psychiatric care [Muere Perry Hoffman, 75 años; Consideró que el apoyo familiar era clave para la atención psiquiátrica]. *New York Times*. <https://www.nytimes.com/2019/12/02/health/perry-hoffman-dead.html>
- Ekdahl, S., Idvall, E. y Perseus, K. I. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy: the experience of the significant others [Entrenamiento en habilidades familiares en terapia dialéctica conductual: la experiencia de los otros significativos]. *Archives of Psychiatry Nursing*, 28(4), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.002>
- Fernández-Álvarez, H. (2017). El futuro de la supervisión. *Revista Psicólogos*, 7(20a), 97-108. <https://www.colegiodepsicologos.org.gt/revistas/>
- 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 [Eficacia de “Family Connections”, un programa para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad, en población española: protocolo de estudio para un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 20(320). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Herley, S., Suárez, C., Cotter, P., Hurley, H. 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 [Conexiones familiares versus tratamiento habitual optimizado para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad: estudio controlado no aleatorizado]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(18). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0069-1>
- Fruzzetti, A., Shenk, C. y Hoffman, P. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model [Interacción familiar y desarrollo del trastorno límite de la personalidad: un modelo transaccional]. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder [Experiencia familiar del trastorno límite de la personalidad]. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133–138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Grenyer, B., Bailey, R., Lewis, K., Matthias, M., Garretty, T. y Bickerton, A. (2019). A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder [Un ensayo controlado aleatorio de psicoeducación grupal para cuidadores de personas con trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Personality Disorder*, 33(2), 214–228. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_340
- Guillén, V., Bolo, S., Fonseca-Baeza, S., Pérez, S., García-Alandete, J., Botella, C. y Marco, J. H. (2023). Psychological assessment of parents of people diagnosed with borderline personality disorder and comparison with parents of people without psychological disorders [Evaluación psicológica de padres de personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad y comparación con padres de personas sin trastornos psicológicos]. *Frontiers in Psychology*, 13(1097959). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1097959>
- Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R. y Botella, C. (2022). Interventions for family members and Carers of patients with borderline personality disorder: a systematic review [Intervenciones para familiares y cuidadores de pacientes con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática]. *Family Process*, 60(1), 134–144. <https://doi.org/10.1111/famp.12537>
- Guillén, V., Fernandez-Felipe, I., Perez, S., García-Alandete, J. y Marco, J. H. (2022). Family Connections vs Treatment at Usual Optimized in the treatment of relatives of people with eating disorders and personality disorders. Study protocol of a randomized control trial [Conexiones Familiares vs Tratamiento Habitual Optimizado en el tratamiento de familiares de personas con trastornos alimentarios y de personalidad. Protocolo de estudio de un ensayo de control aleatorio]. *BMC Psychology*, 11(88). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01138-x>
- Guillén, V., Fonseca-Baeza, S., Fernández de Felipe, I., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A. y Marco, J. H. (2022). Effectiveness of family connections intervention for family members of persons with personality disorders in two different formats: online vs face-to-face [Efectividad de la intervención de conexiones familiares para familiares de personas con trastornos de personalidad en dos formatos diferentes: online vs presencial]. *Internet Interventions*, 28(100532), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100532>
- Guillén, V., Marco, J., Jorquera, M., Bolo Miñana, S., Bádenes, L., Roncero, M. y Baños, R. (2018). ¿Quién cuida del cuidador? Tratamiento Para familiares de personas con trastornos alimentarios y trastornos de personalidad. *Informació Psicológica*, 116, 65–78. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2018.116.4>

- 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 [Comprender e involucrar a las familias: un programa de educación, habilidades y apoyo para familiares afectados por el trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Mental Health*, 16, 69–82. <https://doi.org/10.1080/09638230601182052>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, E., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F. y Struening, E. (2005). Family connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder [Conexiones familiares: un programa para familiares de personas con trastorno límite de la personalidad]. *Family Process*, 44(2), 217–225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hooley, J. M. y Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder [Emoción expresada y resultado clínico en el trastorno límite de la personalidad]. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1557–1562. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1557>
- Kay, M. L., Poggenpoel, M., Myburgh, C. P. y Downing, C. (2018). Experiences of family members who have a relative diagnosed with borderline personality disorder [Experiencias de familiares que tienen un familiar diagnosticado con trastorno límite de la personalidad]. *Curationis*, 41(1), 1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1892>
- Kernberg, O. F. y Foelsch P. A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51/52, 7–40.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Trad. M. Roca). Springer. (Trabajo original publicado en 1984)
- Liljedahl, S., Kleindienst, N., Wångby-Lundh, M., Lundh, L., Daukantaitė, D., Fruzzetti, A. y Westling, S. (2019). Family connections in different settings and intensities for underserved and geographically isolated families: a non-randomised comparison study [Conexiones familiares en diferentes entornos e intensidades para familias desatendidas y geográficamente aisladas: un estudio comparativo no aleatorio]. *Borderline Personality Disorder and Emotion and Dysregulation*, 6(14). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0111-6>
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families* [Emoción expresada en las familias]. Guilford Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder* [Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad]. Guilford Press.
- Marco, J. H., Fonseca, S., Fernandez-Felipe, I., García-Palacios, A., Baños, R., Pérez, S., García-Alandete, J. y Guillen, V. (2022). Family connections vs treatment at usual optimized in the treatment of relatives of people with suicidal behaviour disorder: study protocol of a randomized control trial [Conexiones familiares versus tratamiento habitual optimizado en el tratamiento de familiares de personas con trastorno de conducta suicida: protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorio]. *BMC Psychiatry*, 22 (335). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03965-5>
- Milne, D.L. (2009). *Evidence-based clinical supervision* [Supervisión clínica basada en evidencia]. Wiley-Blackwell.
- Milne, D. L. (2014). Toward an evidence-based approach to clinical supervision [Hacia un abordaje de supervisión clínica basado en evidencia]. En C. E. Jr. Watkins y D. C. Milne (Eds.), *The Wiley International handbook of clinical supervision* (pp. 38–60). Wiley.
- Miller, M. y Skerven, K. (2017). Family skills: a naturalistic pilot study of a family-oriented dialectical behaviour therapy program [Habilidades familiares: un estudio piloto naturalista de un programa de terapia conductual dialéctica orientado a la familia]. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6(2), 79–93. <https://doi.org/10.1037/cfp0000076>
- Scheirs, J. G. M. y Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder [Malestar psicológico en cuidadores o familiares de pacientes con trastorno límite de la personalidad]. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195–203. <https://doi.org/10.1177/0020764006074554>
- Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. y Linehan, M. M. (2016). Dialectical behaviour therapy and domains of functioning over two years [Terapia dialéctica conductual y dominios de funcionamiento durante dos años]. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* [Terapia cognitiva para los trastornos de la personalidad: un enfoque centrado en esquemas] (Rev.ed.). Professional Resource Exchange.