

MEMORIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**Aplicación y análisis de la eficacia del programa STEPPS en pacientes con TLP
ampliado a sus familiares con el programa Family Connections: estudios de
viabilidad e implementación en un hospital público**

IP: Dra. Soledad Quero Castellano
Universitat Jaume I

Miembros equipo investigador:
Verónica Guillén Botella
Universidad de Valencia

José Heliodoro Marco Salvador
Universidad de Valencia

Christian López Cruz
Hospital Universitario de la Ribera de Valencia

Jorge Grimaldos García
Universitat Jaume I

RESUMEN

La investigación reciente está mostrando resultados prometedores de las intervenciones psicológicas que integran el trabajo con pacientes y familiares en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Dada la falta de estudios previos en este contexto, el objetivo de este proyecto fue evaluar la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de la implementación conjunta del programa STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving) para pacientes y Family Connections (FC) para familiares, en un entorno hospitalario público. En estos momentos se continua con el reclutamiento del estudio controlado aleatorizado por lo que se presentarán en esta memoria los resultados de viabilidad.

La muestra estuvo compuesta por pacientes diagnosticados de TLP y sus familiares, atendidos en el Hospital Universitario de La Ribera (Comunidad Valenciana, España). Ambos grupos participaron en programas paralelos de 20 y 14 sesiones semanales, respectivamente, centrados en la psicoeducación, la regulación emocional y la mejora de las relaciones familiares.

En términos generales, la intervención combinada fue bien recibida y valorada por los participantes, mostrando altos niveles de satisfacción, adherencia y utilidad percibida pese a las dificultades encontradas. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la viabilidad y aceptabilidad de una intervención psicológica combinada dirigida simultáneamente a pacientes con TLP y sus familias, reforzando la necesidad de incorporar el componente familiar como parte esencial en los tratamientos de este trastorno.

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una de las condiciones clínicas más graves y complejas dentro de los trastornos de la personalidad. Tal y como se describe en el DSM 5, se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional, dificultades interpersonales, impulsividad y una elevada tasa de conductas autolesivas y suicidas (APA; American Psychiatric Association, 2013).

A lo largo de las últimas décadas, diversos programas psicoterapéuticos estructurados han demostrado eficacia en la reducción de los síntomas y en la mejora del funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Entre ellos destacan la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) de Linehan y la Terapia Basada en la Mentalización (MBT) de Bateman y Fonagy como los tratamientos con mayor nivel de recomendación (Oud et al. 2018). Otro de los principales tratamientos aplicados es el programa STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*; Blum et al., 2002), un tratamiento grupal de orientación cognitivo-conductual que se centra en el entrenamiento en habilidades de regulación emocional y control conductual. STEPPS se ha mostrado especialmente útil en contextos clínicos y hospitalarios debido a su aplicabilidad práctica y a la mejora del lenguaje común entre pacientes y profesionales (Black et. al, 2022).

Por otro lado, la literatura científica ha subrayado de forma consistente la importancia de incluir a los familiares o cuidadores en los tratamientos psicológicos dirigidos a personas con trastornos mentales graves (TMG), como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (NICE; National Collaborating Centre For Mental Health 2012; SIGN; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2013). Su participación se asocia con una reducción de las recaídas, una mejora del clima familiar y un aumento de la satisfacción con los tratamientos (Knapp et al., 2018). Sin embargo, la mayoría de los programas para TLP se centran exclusivamente en el paciente, dejando en segundo plano las necesidades y el bienestar de los familiares.

El programa *Family Connections* (FC; Hoffman et al., 2005; validado al español por Fernández-Felipe et al, 2020) fue desarrollado precisamente para abordar este vacío. Se trata de una intervención psicoeducativa estructurada de 12 a 14 sesiones, diseñada para familiares de personas con TLP, basada en los principios de la Terapia Dialéctico-Conductual. FC proporciona información sobre el trastorno, enseña habilidades de validación y estrategias de regulación emocional, y fomenta el apoyo entre iguales. Numerosos estudios internacionales y nacionales han confirmado su eficacia para reducir la sobrecarga familiar y mejorar el bienestar psicológico (Guillén et al, 2021, 2024).

A pesar de la evidencia existente sobre STEPPS y FC por separado, no se habían estudiado sus efectos combinados. En este contexto, surge el proyecto STEPPS + FC, cuyo objetivo es implementar y evaluar la eficacia de la combinación de ambos programas, dirigido simultáneamente a pacientes con TLP y a sus familiares, en un entorno clínico real. Esta combinación pretende potenciar los efectos terapéuticos de cada intervención, mejorar la comunicación familiar y favorecer una recuperación integral.

Puesto que en el momento actual el ensayo clínico aleatorizado (ECA) todavía se encuentra en fase de reclutamiento, en la presente memoria se presentan los resultados disponibles hasta el momento (estudio piloto) referentes a la viabilidad, aceptabilidad y percepción de los participantes respecto a la implementación del programa, aspecto especialmente importante dado la alta tasa de abandonos (47%) que habitualmente se produce en los tratamientos para el TLP (Alesiani et al, 2014). Por ello, el objetivo principal fue examinar

estos aspectos en el contexto del Hospital Universitario de La Ribera (Comunidad Valenciana, España), donde se llevó a cabo una prueba piloto de la intervención combinada.

1.1. Objetivos

- 1) Evaluar la viabilidad según los marcos establecidos, como la extensión CONSORT para ensayos piloto y de viabilidad (Eldridge et al., 2016), (Lancaster y Thabane, 2019) y (Teresi et al., 2022), centrándose en el reclutamiento, la retención, la adherencia, la aceptabilidad y la satisfacción, y la carga de la evaluación.
- 2) Evaluar los resultados de la implementación siguiendo la taxonomía de Proctor (Proctor et al., 2011) y las directrices StaRI (Pinnock et al., 2017), incluyendo la adopción, la fidelidad, la adecuación, la sostenibilidad y los costos y recursos.

1.2. Hipótesis

Como hipótesis del estudio se espera que la aplicación del programa STEPPS para pacientes con TLP en combinación con el programa FC para sus familiares sea tanto viable como implementable pese a las dificultades que el entorno clínico real puede conllevar.

2. MÉTODO

2.1. Diseño del estudio

La investigación se diseñó como un estudio piloto de viabilidad e implementación en el marco de un ECA en progreso. El objetivo fue examinar la factibilidad, la aceptabilidad y la percepción general del programa combinado STEPPS + FC tanto en pacientes como en familiares, así como identificar barreras y facilitadores del proceso de implementación en un contexto clínico real. Para ello se utilizaron dos marcos teóricos diferentes. Por un lado, guías de viabilidad como la extensión CONSORT para ensayos piloto y de viabilidad (Eldridge et al., 2016), (Lancaster y Thabane, 2019) y (Teresi et al., 2022). Por otro lado, guías de implementación como la taxonomía de Proctor (Proctor et al., 2011) y las directrices StaRI (Pinnock et al., 2017).

El proyecto siguió las normas éticas de la Declaración de Helsinki y las directrices CONSORT adaptadas para estudios piloto. Fue aprobado por la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I (código CEISH/105/2023) y del Hospital Universitario de La Ribera, y el ECA está registrado en la base de datos ClinicalTrials.gov (NCT06195553).

2.2. Participantes

Los participantes fueron pacientes con diagnóstico de TLP (N= 58) según los criterios del DSM-5, y sus familiares o cuidadores principales (N =48). El reclutamiento se llevó a cabo en los servicios de salud mental del Hospital Universitario de La Ribera (departamentos de Alzira, Sueca y Carlet), con la colaboración de los equipos clínicos de psicología y psiquiatría del hospital.

- Criterios de inclusión de los Pacientes: 1) Presentar síntomas compatibles con un diagnóstico de TLP. 2) Estar en tratamiento o seguimiento en el hospital o sus centros asociados. 3) Aceptar participar y firmar el consentimiento informado.

- Criterios de exclusión de los Pacientes: 1) Padecer una patología que impidiera seguir la intervención (por ejemplo, psicosis activa, depresión mayor grave o dependencia de sustancias). 2) Presentar deterioro cognitivo o dificultades que impidieran la comprensión del material.
- Criterios de inclusión de los Familiares: 1) Ser familiar directo de un paciente con TLP incluido en el programa. 2) Aceptar y firmar el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión de los Familiares: 1) Presentar alguna condición psicológica grave que interfiriera en el proceso (p. ej., depresión mayor o adicción).

2.3. Intervención

La intervención combinada STEPPS + FC se aplicó en formato grupal.

- STEPPS (para pacientes): 20 sesiones semanales de 2 horas. Basado en un modelo cognitivo-conductual centrado en la regulación emocional. Estructura en tres módulos principales: 1) Conciencia de enfermedad: identificación de los patrones del TLP y psicoeducación. 2) Regulación emocional: entrenamiento en habilidades para identificar, etiquetar y modular emociones intensas. 3) Regulación conductual: estrategias de resolución de problemas, autocontrol y manejo de relaciones.
- FC (para familiares): 14 sesiones semanales de 2 horas. Basado en la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT). Contenidos: 1) Psicoeducación sobre el TLP y su impacto familiar. 2) Entrenamiento en habilidades de validación emocional. 3) Estrategias de afrontamiento y autocuidado. 4) Habilidades de comunicación efectiva y resolución de conflictos. 5) Apoyo mutuo entre familiares y creación de red.

Ambos programas se impartieron de manera paralela, permitiendo a los familiares y pacientes avanzar en sincronía temática. El equipo terapéutico mantuvo reuniones semanales de coordinación para garantizar la coherencia y continuidad entre grupos.

2.4. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos empleados para el ECA se agruparon en dos baterías, una para pacientes y otra para familiares, con el objetivo de evaluar tanto los resultados clínicos como las variables de satisfacción y viabilidad. Todos ellos fueron aplicados en tres momentos de evaluación: antes de la intervención (pretratamiento), inmediatamente después (postratamiento) y seis meses después de la finalización (seguimiento).

Pacientes:

- 1.- Trastornos de personalidad: Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon et al. 1986).
- 2.- Sintomatología depresiva: Inventario de depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996).
- 3.- Sintomatología ansiosa: Escala general de gravedad e interferencia de ansiedad (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006). Traducido al castellano por Osma et al. (2019).

- 4.- Necesidades interpersonales: The Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; Van Order et al., 2012). Se utilizó la versión española de Marco y Pérez (2016)
- 5.- Riesgo de suicidio: The Acquired Capability with Rehearsal for Suicide Scale (ACWRSS; George et al., 2016). Se utilizó la versión en español de Marco et al. (2020).
- 6.- Regulación emocional: Difficulties in emotion regulation scale (DERS; Gratz y Roemer, 2008). Se utilizó la versión española de Hervás y Jódar (2008).
- 7.- Sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad: Borderline Symptom List 23 (BSL-23; Bohus et al., 2008). Se utilizó la versión española de Feliú-Soler et al. (2012).
- 8.- Calidad de vida: Quality of Life Index (QLI; Ferrans i Powers, 1985). Se utilizó la versión en español de Mezzich et al. (2000).
- 9.- Sentido de vida: Purpose in life-10 (PIL-10; Crumbaugh y Maholick, 1964).
- 10.- Sentimientos de validación: Validating and Invalid Responses Scale (VIRS; Fruzzetti, 2007).
- 11.- Percepción de las habilidades emocionales de los padres: Lum Emotional Availability of Parents (LEAP; Lum y Phares, 2005).

Familiares:

- 1.- Carga familiar objetiva y subjetiva: Burden Assessment scale (BAS; Reinhard et al., 1994).
- 2.- Percepción de empoderamiento familiar: Family empowerment scale (FES; Koren, Dechillo y Friesen, 1992).
- 3.- Depresión, ansiedad y estrés: Depression, anxiety and stress scale (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Se utilizó la versión española de Bados, Solanas y Andrés (2005).
- 4.- Calidad de vida: Quality of Life Index (QLI; Ferrans i Powers, 1985). Se utilizó la versión en español de Mezzich et al. (2000).
- 5.- Percepción de validación e invalidación: The Self-Validation and Self-Invalidation Questionnaire (SVSI-Q; Fruzzetti i Davis, in preparation).
- 6.- Sentido de vida: Purpose in life-10. (PIL-10; Crumbaugh y Maholick, 1964).
- 7.- Medida de aceptación y satisfacción sobre el tratamiento. Escala de opinión sobre el tratamiento (adaptada de Borkovec y Nave, 1972).

Además, ambos grupos completaron un registro de incidentes críticos (intentos de autolesión, episodios de conflicto familiar, visitas a urgencias, etc.) durante los tres meses previos a cada evaluación.

En cuanto a la viabilidad e implementación, se utilizaron los parámetros reclutamiento, adherencia, satisfacción y carga de evaluación acorde a las guías de viabilidad como la extensión CONSORT para ensayos piloto y de viabilidad (Eldridge et al., 2016), (Lancaster y Thabane, 2019) y (Teresi et al., 2022); y parámetros adopción, fidelidad, adecuación,

sostenibilidad y coste y recursos acorde a las guías de implementación como la taxonomía de Proctor (Proctor et al., 2011) y las directrices StaRI (Pinnock et al., 2017). Respecto al abandono se elaboró tres ítems ad hoc: uno referido al motivo del abandono, otro a la satisfacción con el grupo pese a no haber completado la intervención, y un tercero relativo a los cambios que habrían facilitado una mayor adherencia.

2.5. Procedimiento

Tras una reunión informativa y la obtención del consentimiento informado, los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento: 1) Condición experimental: pacientes recibieron el programa STEPPS y sus familiares, simultáneamente, FC. 2) Condición control: pacientes recibieron STEPPS y sus familiares el tratamiento habitual del hospital (1 sesión informativa sobre el programa). Las evaluaciones se realizaron en tres fases: 1) Pretratamiento: antes de iniciar las sesiones. 2) Postratamiento: al finalizar el programa. 3) Seguimiento: seis meses tras finalizar el programa.

Las sesiones fueron dirigidas por psicólogos clínicos y psiquiatras formados en ambos protocolos, bajo la supervisión del equipo investigador. Se documentó la asistencia, la participación y las observaciones clínicas, así como las percepciones cualitativas recogidas a través de entrevistas semiestructuradas. El análisis de los casos de abandono, retirada o datos perdidos se realizó mediante un procedimiento en dos fases. Inicialmente, el equipo clínico identificó los abandonos durante el seguimiento rutinario, considerándose como criterio la ausencia a más de cuatro sesiones consecutivas sin justificación. Posteriormente, se revisaron las historias clínicas y se contactó telefónicamente con los participantes para clasificar los motivos de abandono, evaluar la satisfacción con el grupo pese a la retirada y recoger propuestas de mejora para la adherencia. Los motivos se categorizaron siguiendo las guías CONSORT y de viabilidad, y las respuestas se agruparon en categorías predefinidas de deterioro clínico, eventos adversos, dificultades logísticas, retirada del consentimiento, pérdida de seguimiento y falta de adherencia al protocolo.

3. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio de viabilidad e implementación, no mostrando resultados de eficacia del ECA puesto que todavía se encuentra en fase de reclutamiento, como se ha mencionado anteriormente.

3.1. Viabilidad del estudio

Basándonos en los parámetros de las guías de viabilidad como la extensión CONSORT para ensayos piloto y de viabilidad (Eldridge et al., 2016), (Lancaster y Thabane, 2019) y (Teresi et al., 2022), el estudio alcanzó un alto nivel de reclutamiento, incluyendo a 58 pacientes (89% del total previsto) y a 48 familiares (100%), procedentes del Hospital Universitario de La Ribera. No obstante, el proceso se vio afectado por circunstancias externas —cambios en el personal hospitalario y una emergencia sanitaria— que interrumpieron parcialmente el desarrollo del programa. La retención, por tanto, fue limitada: solo el 31% de los pacientes y el 23% de los familiares completaron la intervención, cifras inferiores a las esperadas, pero en gran medida atribuibles a estos factores externos. Aun así, los

participantes que finalizaron el tratamiento mostraron una adherencia elevada, con una media del 70% de asistencia a las sesiones de STEPPS y del 74% en el programa FC, observándose una mayor continuidad entre los pacientes cuyos familiares también completaron la intervención. La satisfacción general fue positiva, especialmente entre los familiares del grupo experimental, que puntuaron su experiencia con una media de 8,5 sobre 10 frente a 6,8 en el grupo control, destacando la utilidad de los módulos de psicoeducación y entrenamiento en habilidades. En cuanto a la carga de evaluación, más del 90% de los participantes completó los cuestionarios sin dificultades. Como se puede observar en la Tabla 1, en conjunto, el proyecto cumplió cuatro de los cinco criterios de viabilidad (reclutamiento, adherencia, satisfacción y carga de evaluación), consolidando la factibilidad y aceptabilidad del modelo STEPPS + FC en un contexto hospitalario público, pese a los desafíos derivados de la retención.

Tabla 1. Ámbitos de los criterios de viabilidad, objetivo, medidas y resultados.

Criterio	Pacientes	Familiares	Resultado
Reclutamiento	89%	100%	Cumplido
Retención	31%	23%	No cumplido
Adherencia	70%	74%	Cumplido
Aceptabilidad	—	8,5 / 10	Cumplido
Carga de evaluación	91%	100%	Cumplido

3.2. Abandonos

De los 58 pacientes aleatorizados en el estudio, 40 abandonaron la intervención por diferentes motivos. Según los criterios CONSORT y siguiendo las guías de viabilidad de Lancaster & Thabane (2019) y Teresi et al. (2022), las causas principales fueron: deterioro clínico u hospitalización (6 casos), crisis suicida o evento adverso (1 caso), problemas logísticos y de horarios (19 casos), pérdida de contacto o falta de seguimiento (4 casos) y falta de adherencia al protocolo (10 casos). Ningún abandono se debió a rechazo explícito o retirada del consentimiento. A pesar de ello, tras abandonar el programa, 26 participantes (45%) manifestaron haber percibido cierta mejoría, lo que sugiere un impacto positivo incluso en quienes no completaron el tratamiento. En cuanto a las propuestas para mejorar la adherencia, la mayoría (22 participantes) no consideró necesario realizar cambios, aunque algunos sugirieron mayor flexibilidad horaria o ajustes en la dinámica grupal. Respecto a los familiares, de los 48 participantes, 37 abandonaron el estudio (19 del grupo control y 18 del grupo experimental). En el grupo experimental, 11 familiares declinaron participar en el programa FC por dificultades logísticas, 3 interrumpieron la intervención y 4 no completaron la evaluación posterior, todos por pérdida de seguimiento. En conjunto, estos resultados evidencian que, aunque la tasa de abandono fue elevada, los motivos estuvieron mayoritariamente vinculados a factores externos o circunstanciales más que a la insatisfacción con la intervención.

3.3. Implementación del estudio

El programa combinado STEPPS + FC se implementó en tres centros hospitalarios, aunque dos no pudieron continuar en la segunda edición por causas logísticas ajenas al estudio. En la Tabla 2 se presentan los resultados referentes a los ámbitos de los criterios de implementación. En total se desarrollaron seis grupos (cuatro de STEPPS y dos de FC), con una tasa de adopción exitosa del 66%, en base a las guías de implementación como la taxonomía de Proctor (Proctor et al., 2011) y las directrices StaRI (Pinnock et al., 2017). Cada grupo contó con dos profesionales especialistas y dos residentes en formación, alcanzándose una adopción profesional del 100%. En cuanto a la fidelidad, el programa STEPPS se adaptó de 20 a 25 sesiones, añadiendo una sesión sobre medicación, con un cumplimiento del 80%, mientras que el FC mantuvo íntegramente su estructura y obtuvo una fidelidad del 100%. La adecuación al contexto clínico fue evaluada por profesionales externos, alcanzando un 96% para STEPPS y 100% para FC, con plena adaptación y percepción de beneficio. La sostenibilidad fue también elevada: el 72% de los 11 profesionales manifestó su disposición a continuar en futuras ediciones, especialmente en los grupos online de FC. Además, la implementación no requirió recursos ni personal adicionales, y el tiempo invertido (alrededor de un 10% más del habitual) fue considerado asumible dentro de la planificación asistencial. En conclusión, el estudio cumplió tres de los cinco criterios de implementación: adecuación (96% y 100%), sostenibilidad (72%) y coste-recursos (10%). El criterio de adopción se superó plenamente en FC (100%) pero no en STEPPS (80%), y el de fidelidad también solo en FC (100% frente a 66% en STEPPS). Por tanto, aunque FC cumplió los cinco criterios de implementación, el programa conjunto STEPPS + FC no alcanzó el nivel de implementación completa, de acuerdo con las guías de Proctor et al. (2011) y Teresi et al. (2022).

Tabla 2. Ámbitos de los criterios de implementación, objetivo, medidas y resultados.

Criterio	STEPPS	FC	Resultado
Adopción	80%	100%	Cumplido solo en FC
Fidelidad	66%	100%	Cumplido solo en FC
Adecuación	96%	100%	Cumplido
Sostenibilidad	72%	72%	Cumplido
Coste y recursos	10%	10%	Cumplido

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la viabilidad e implementación de un ensayo clínico aleatorizado realizado en un hospital público español, destinado a analizar la eficacia de combinar el programa STEPPS para pacientes con TLP con el programa FC para sus familiares. En términos de viabilidad, el estudio cumplió cuatro de los cinco criterios establecidos, considerándose aprobado según las guías internacionales de Lancaster & Thabane (2019) y Teresi et al. (2022). Se superaron las metas de reclutamiento y la adherencia fue satisfactoria, observándose mejores tasas entre los pacientes cuyos familiares participaron en FC, lo que es coherente con la literatura previa que subraya el papel modulador de la implicación familiar en la continuidad de los tratamientos en TLP (Hoffman et al., 2005; Guillén et al., 2021).

La retención, sin embargo, fue el único criterio no cumplido. Aunque este resultado podría interpretarse inicialmente como una limitación relevante, debe analizarse en el contexto clínico específico del estudio. Las tasas de abandono observadas son comparables a las descritas en poblaciones con TLP, donde se han reportado porcentajes cercanos o superiores al 50% incluso en programas estructurados como STEPPS (Alesiani et al., 2014). Además, la retención se vio claramente condicionada por factores externos no atribuibles al programa, como cambios de personal, un desastre natural y una emergencia sanitaria, que obligaron a cancelar grupos y concentrar la intervención en un único dispositivo, reduciendo la capacidad operativa y de seguimiento. En este sentido, es razonable considerar que, en condiciones organizativas más estables, las tasas de retención podrían mejorar.

La aceptabilidad fue elevada, especialmente entre los familiares del grupo experimental, quienes valoraron de forma destacada los componentes de psicoeducación y entrenamiento en habilidades. Este hallazgo es consistente con estudios previos que señalan el alto nivel de malestar, sobrecarga y necesidad de recursos específicos en familiares de personas con TLP, así como los beneficios subjetivos asociados a programas estructurados como FC (Rajalin et al., 2009; Guillén et al., 2024). La mayor satisfacción observada en el grupo experimental refuerza la hipótesis de que la intervención combinada puede aportar un valor añadido respecto al tratamiento centrado exclusivamente en el paciente.

En cuanto a la implementación, se alcanzaron tres de los cinco criterios evaluados (adecuación, sostenibilidad y coste-recursos), mientras que la adopción y la fidelidad fueron los aspectos más comprometidos. Estas dificultades no parecen derivarse de una falta de adecuación clínica del programa, sino de limitaciones organizativas y estructurales propias de la práctica asistencial real, un fenómeno ampliamente descrito en estudios de implementación en salud mental (Proctor et al., 2011). La ampliación del número de sesiones de STEPPS, aunque supuso una desviación del protocolo original, puede interpretarse como una adaptación pragmática orientada a responder a las necesidades clínicas del grupo, más que como una pérdida de calidad del tratamiento.

En conjunto, los resultados apoyan la viabilidad del modelo STEPPS + FC en un entorno hospitalario público, al tiempo que ponen de relieve la necesidad de introducir ajustes estructurales para optimizar la retención y garantizar una implementación más robusta en futuras fases. Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran el tamaño muestral reducido, la restricción del reclutamiento a un único entorno hospitalario y la influencia de factores externos no controlables. No obstante, lejos de invalidar los hallazgos, estas limitaciones refuerzan el valor del estudio como una aproximación realista a los desafíos de implementar intervenciones basadas en la evidencia en contextos asistenciales complejos. Futuros ensayos multicéntricos, con mayor estabilidad organizativa y apoyo logístico, permitirán confirmar estos resultados y avanzar hacia una implementación sostenible y metodológicamente sólida de la intervención combinada.

5. REFERENCIAS DESTACADAS

Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Program efficacy and personality

features as predictors of drop-out—An Italian study. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 920–927. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.003>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). American Psychiatric Association.

Bados, A., A. Solanas, and R. Andrés. 2005. “Psychometric Properties of the Spanish Version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS).” *Psicothema*: 679–683.

Beck, A. T., R. A. Steer, and G. Brown. 1996. “Beck Depression Inventory–II.” *Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>.

Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2022). Factor structure of borderline personality disorder and response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving. *Personality and Mental Health*, 16(3), 263–275. <https://doi.org/10.1002/pmh.1538>

Blum, N., Pfohl, B., John, D. St., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—A preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301–310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>

Bohus, M., N. Kleindienst, M. F. Limberger, et al. 2009. “The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL- 23): Development and Initial Data on Psychometric Properties.” *Psychopathology* 42, no. 1: 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>.

Borkovec, T. D., and S. D. Nau. 1972. “Credibility of Analogue Therapy Rationales.” *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 3, no. 4: 257–260. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)

Crumbaugh, J. C., and L. T. Maholick. 1964. “An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis.” *Journal of Clinical Psychology* 20, no. 2: 200.

Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., & Lancaster, G. A. (2016). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *BMJ*, i5239. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5239>

Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Marco, H., Díaz-García, A., Botella, C., Jorquera, M., Baños, R., & 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>

Ferrans, C. E., and M. J. Powers. 1985. “Quality of Life Index: Development and Psychometric Properties.” *Advances in Nursing Science* 8, no. 1: 15–24.

First, M. B., R. L. Spitzer, M. Gibbon, and J. B. W. Williams. 1995. “The Structured Clinical Interview for DSM- III- R Personality Disorders (SCID- II). Part I: Description.” *Journal of Personality Disorders* 9, no. 2: 83–91. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.2.83>.

Fruzzetti, A. E. 2007. *The Validating and Invalidating Response Scale— Couples*. Available from Dialectical Behavior Therapy and Research Programme.

George, S. E., A. C. Page, G. R. Hooke, and W. G. Stritzke. 2016. "Multifacet Assessment of Capability for Suicide: Development and Prospective Validation of the Acquired Capability with Rehearsal for Suicide Scale." *Psychological Assessment* 28, no. 11: 1452. <https://doi.org/10.1037/pas0000276>.

Gratz, K. L., and L. Roemer. 2004. "Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale." *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26: 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>.

Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R., & Botella, C. (2021). Interventions for family members and carers of patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Family Process*, 60(1), 134–144. <https://doi.org/10.1111/famp.12537>

Guillén, V., Fernández-Felipe, I., Marco, J. H., Grau, A., Botella, C., & García-Palacios, A. (2024). "Family Connections", a program for relatives of people with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Family Process*, 63(4), 2195–2214. <https://doi.org/10.1111/famp.13089>

Hervás, G., and R. Jódar. 2008. "Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional." *Clínica y salud* 19, no. 2: 139–156.

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F., & 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>

Knapp, M., Cambridge, P., Thomason, C., Beecham, J., Allen, C., & Darton, R. (2018). *Care in the Community*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429452611>

Koren, P. E., N. DeChillo, and B. J. Friesen. 1992. "Measuring Empowerment in Families Whose Children Have Emotional Disabilities: A Brief Questionnaire." *Rehabilitation Psychology* 37, no. 4: 305. <https://doi.org/10.1037/h0079106>.

Lancaster, G. A., & Thabane, L. (2019). Guidelines for reporting non-randomised pilot and feasibility studies. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 114. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0499-1>

Lovibond, P. F., and S. H. Lovibond. 1995. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Psychology Foundation of Australia.

Lum, J. J., and V. Phares. 2005. "Assessing the Emotional Availability of Parents." *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 27: 211–226. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-0637-3>.

Marco, J. H., I. Fernandez- Felipe, J. García- Alandete, et al. 2022. "Multicultural Quality of Life Index in Relatives of People with Borderline Personality Disorder." *Frontiers in Psychiatry* 13: 897692. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.897692>.

Mezzich, J. E., M. A. Ruipérez, C. Pérez, G. Yoon, J. Liu, and S. Mahmud. 2000. "The Spanish Version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation." *Journal of Nervous and Mental Disease* 188, no. 5: 301–305.

National Collaborating Centre For Mental Health (NICE). 2012. "Service User Experience in Adult Mental Health: NICE Guidance on Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services."

Norman, S. B., S. Hami Cissell, A. J. Means- Christensen, and M. B. Stein. 2006. "Development and Validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)." *Depression and Anxiety* 23, no. 4: 245–249. [https:// doi. org/ 10. 1002/ da. 20182](https://doi.org/10.1002/da.20182) .

Osma, J., A. Quilez- Orden, C. Suso- Ribera, et al. 2019. "Psychometric Properties and Validation of the Spanish Versions of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales." *Journal of Affective Disorders* 252: 9–18. [https:// doi. org/ 10. 1016/j. jad. 2019. 03. 063](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.063).

Oud, M., A. Arntz, M. L. Hermens, R. Verhoef, and T. Kendall. 2018. "Specialized Psychotherapies for Adults With Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta- Analysis." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 52, no. 10: 949–961. [https:// doi. org/ 10. 1177/ 00048 67418 791257](https://doi.org/10.1177/0004867418791257).

Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., Rycroft-Malone, J., Meissner, P., Murray, E., Patel, A., Sheikh, A., & Taylor, S. J. C. (2017). Standards for Reporting Implementation Studies (StaRI): explanation and elaboration document. *BMJ Open*, 7(4), e013318. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013318>

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 257–263. <https://doi.org/10.1080/13811110903044401>

Reinhard, S. C., G. D., Gubman, A. V., Horwitz, et al. 1994. "Burden Assessment Scale for Families of the Seriously Mentally Ill." *Evaluation and Program Planning* 17, no. 3: 261–269. [https:// doi. org/ 10. 1016/ 0149- 7189\(94\) 90004- 3](https://doi.org/10.1016/0149-7189(94)90004-3).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) & Scotland. H. I. S. 2013. Management of Schizophrenia: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

Teresi, J. A., Yu, X., Stewart, A. L., & Hays, R. D. (2022). Guidelines for designing and evaluating feasibility pilot studies. *Medical Care*, 60(1), 95–103. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001664>

Van Orden, K. A., K. C. Cukrowicz, T. K. Witte, and T. E. Joiner Jr. 2012. "Thwarted Belongingness and Perceived Burdensomeness: Construct Validity and Psychometric Properties of the Interpersonal Needs Questionnaire." *Psychological Assessment* 24, no. 1: 197. [https:// doi. org/ 10. 1037/ a0025358](https://doi.org/10.1037/a0025358).

6. DIFUSIÓN Y PRODUCTIVIDAD CIENTÍFICA

6.1. Publicaciones derivadas del proyecto

Artículos publicados:

- López-Cruz, C., Marco, H., Grimaldos, J., García, P., Guillén, V., Montejano, P., & Quero, S. (2025). Application and Analysis of the Effectiveness of the STEPPS Programme in Patients With BPD, Extended to Their Families Through the Family Connections Programme: Study Protocol of a Randomised Controlled Trial. *Counselling and Psychotherapy Research*, 25(1), e12905.

Artículos en proceso de publicación:

- Efficacy of psychological interventions for patients with severe mental disorders that also involved family members: a systematic review.
- Feasibility and Implementation of the STEPPS and Family Connections Program for Patients with Borderline Personality Disorder and their relatives: A Pilot Study in a Clinical Setting.

6.2. Comunicaciones y congresos científicos

Comunicaciones orales:

- IV Congreso internacional y XXIII nacional de la Sociedad Española de Psicología Clínica (SEPC-ANPIR) 2024. Calidad, Derechos y Comunidad: *Aplicación y análisis de la efectividad del programa STEPPS en pacientes con TLP, extendido a sus familiares con el programa Family Connections: Protocolo de estudio de un ensayo clínico aleatorizado.*

Simposios:

- XIV Congreso nacional y IV Internacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP) Marzo 2026. Vertebrando la psicología clínica y la investigación. Por la salud de la ciudadanía y el avance del conocimiento: *El programa STEPPS para pacientes con TLP y Family Connections para los familiares: Datos de eficacia en un entorno clínico real.*