

Evaluación de las relaciones familiares en el trastorno límite de personalidad

Mariona Roca Santos

<http://hdl.handle.net/10803/675717>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Evaluación de las relaciones familiares en el trastorno límite de personalidad
Realizada por	Mariona Roca Santos
en el Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
y en el Departamento	Psicología
Dirigida por	Dra. Anna Vilaregut Puigdesens y Dr. Marc Ferrer Vinardell

TESIS DOCTORAL

**Evaluación de las relaciones familiares en el Trastorno Límite de
Personalidad**

Mariona Roca Santos

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens y el Dr. Marc Ferrer Vinardell

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Barcelona, diciembre 2021

*A la meva família d'origen,
per donar-me la força i la base on créixer.*

*A les meves amigues, la família escollida,
per creure sempre amb mi.*

La comunicación es a la relación lo que la respiración a la vida.

Virginia Satir

Agradecimientos

Me gustaría expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, a lo largo de este largo camino, han hecho posible mi tesis doctoral, tanto a nivel personal como a nivel profesional.

En primer lugar, agradecer a mi directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut, por haberme transmitido su pasión por el estudio de la familia, así como haberme iniciado en el mundo de la investigación. Gracias por creer en mi desde el inicio, y por haberme guiado a lo largo de estos años llenos de cambios y adversidades.

Agradecer también a mi co-director, el Dr. Marc Ferrer, por recibirme en su despacho de la Vall d'Hebron y escuchar mi propuesta de investigación. Gracias por confiar en mi y en el potencial de la investigación, por abrirme las puertas y acompañarme a lo largo de este proceso.

Anna i Marc, gràcies per la vostra humilitat, tracte proper i confiança. Heu fet que el camí, llarg i ple d'entrebancs, sigui més fàcil.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* por acompañarme a lo largo de toda mi formación universitaria y carrera investigadora. Gracias por haberme concedido la beca de *Personal Investigador Predoctoral en Formació*, y una ayuda *Ajuts per a estades de recerca a altres universitats 2021-2022* que me permitió complementar mi formación investigadora en la *Universidade Catolica Portuguesa*.

Gracias también al Dr. Carles Pérez Testor, investigador principal del *Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF)* por ofrecerme formar parte del grupo y confiar en mi. Gracias a todos los compañeros del GRPF, en especial a los compis del EIPS. Gracias también a la Dra. Carol Palma, Dra. Natalia Calvo, Dr. Álvaro Frías, Paco Barón, Dra.

Vânia Sousa Lima y Dr. Antonino Callea. Gracias Sonia, Clara y Teresa por el apoyo depositado durante estos últimos meses, *ho petarem!* Un gracias muy especial a mi compañera y amiga Teresa, por su apoyo incondicional, nuestros lunes, por Oporto y Roma, por nosotras. *Que bonic quan som.*

A mi familia, a mis padres por apoyarme durante todo el proceso, por confiar en mi y darme las fuerzas para seguir. A mi abuela, por lo orgullosa que está de mi. A mi hermana Marta, sin ti esta tesis no tendría sentido, por tenerte siempre *en el cuarto de al lado*. A los que ya no están, esta tesis también va por vosotros.

A mis amigas Sara, Maria, Marina, Maria, Mireia, Marta y Lily, mi familia escogida, gracias por vuestro apoyo y por escucharme, me habéis dado la energía para poder con todo.

Gracias a cada una de las familias y sus miembros que accedieron participar en los estudios, por abrirse y dejarse conocer un poco más en beneficio de la investigación por la salud mental.

Finalmente, gracias al Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, por concedernos una ayuda a proyectos de I+D+I correspondientes al Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad por el proyecto *Diagnostico Relacional Familiar en Salud Mental: Aportaciones a la Prevención, Evaluación y Tratamiento* (PSI2017-83146-R).

MÉRITOS CIENTÍFICOS

Publicaciones en revistas indexadas

Vilaregut, A., Roca, M., Ferrer, M., Pretel-Luque, T., & Calvo, N. (2021). Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents with borderline personality disorder and their mothers: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045211058318. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1177/13591045211058318>.

F: 2,544 (Q3 psychology, clinical; Q2: psychology developmental; Q3 psychiatry).

Roca, M., Vilaregut, A., Palma, C., Barón, F. J., Campreciós, M., & Mercadal, L. (2020). Basic Family Relations, Parental Bonding, and Dyadic Adjustment in Families with a Member with Psychosis. *Community mental health journal*, 56(7), 1262–1268.

<https://doi.org/10.1007/s10597-020-00581-z>

IF: 1.761 (Q3 public, environmental & occupational health; Q4 health policy & services; Q4 psychiatry)

Pretel-Luque, T., Vilaregut, A., Farriols, N., Roca, M., & Andrés-Gárriz, C (en revisión). The voice of professionals: A longitudinal qualitative study of experiences and lessons learned in the ASD community during the COVID-19 pandemic. *Professional Psychology: Research and Practice*

Pretel-Luque, T., Farriols, N., Vilaregut., Andrés-Gárriz., & Roca, M. (en revisión). Confronting the COVID-19 during lockdown: A randomized mixed-method pilot study of a face to face and remote ASD family group intervention in a public service. *Journal of Autism and Developmental Disorders*

Publicaciones en capítulos de libros

Frías, A., Aliaga, F., Navarro, S., & Roca, M. (2020). Identidades contextuales: Soy un camaleón social. En Frías, A. (Ed.). *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Frías, A., Aluco, E., Palma, C., & Roca, M. (2020). Ausencia de identidad: No sé quién soy. En Frías, A. (Ed.). *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Frías, A., Antó, M., Ibáñez, E., & Roca, M. (2020). Imagen corporal alterada: Me avergüenzo de mi cuerpo. En Frías, A. (Ed.). *Alteraciones de la identidad en personas con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Frías, A., Roca, M., Hidalgo, H., & Solves, L. (2019). Papel de la familia en el origen y curso del trastorno. En Frías, A. (Ed.). *Vivir con una persona con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Frías, A., Muñoz-Cobos, I., Roca, M., Alonso, I., & Horta, A. (2019). Rol e implicación de la familia en el tratamiento. En Frías, A. (Ed.). *Vivir con una persona con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Frías, A., Aliaga, F., Roca, M., & Aluco, H. (2019). Impacto emocional en los familiares y estrategias de autogestión: Culpabilidad. En Frías, A. (Ed.). *Vivir con una persona con trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Desclée De Brouwer.

Contribuciones en congresos y jornadas

Roca, M. (2021). *Vivència del confinament en pacients diagnosticats amb TLP i les seves famílies*. Comunicación oral presentada en la Jornada de cloenda de la Societat Catalana de Teràpia Familiar. Enseñanzas sistémicas de la pandemia: ¿qué hemos aprendido?

Roca, M; Vilaregut, A; Ferrer, M; Pretel-Luque, T; Castell, E; Nieto, Z., & Calvo, N. (2021). *COVID-19 and lockdown impact on BPD patients and their familiars*. Póster presentado en el 29th European Congress of Psychiatry.

Pretel-Luque, T; Vilaregut, A; Farriols, N; Roca, M., & Andrés-Gárriz, C. (2021). *Facing the COVID-19: A qualitative research on the impact of the pandemic on Autism Spectrum Disorder (ASD)*. Póster presentado en el 29th European Congress of Psychiatry.

Roca, M., Vilaregut, A., Frías, A., Ferrer, M., Checa, J., Campreciós, M., Mollà, L., & Calvo, N. (2021). *Aproximación al diagnóstico relacional familiar en TLP a través del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Comunicación oral presentada en el XIII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad.

Castillo, J. A., Vilaregut, A., Roca, M., & Pretel-Luque, T. (2020). *Implicaciones y contextualización de la evaluación clínica en el diagnóstico familiar y sus interacciones*. Simposio presentado en el XIII congreso Internacional y XVIII nacional de psicología clínica.

Vilaregut, A., Castillo, J. A., Pretel-Luque, T., & Roca, M. (2020). *Cuestionarios de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB y CERFB-CoP): Uso, aplicabilidad y retos*. Simposio presentado en el XIII congreso Internacional y XVIII nacional de psicología clínica.

Pretel-Luque, T., Vilaregut, A., Roca, M., & Castillo, J. A. (2020). *Diagnóstico familiar en salud mental: Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Simposio presentado en el XIII congreso Internacional y XVIII nacional de psicología clínica.

Roca, M., Vilaregut, A., Pretel-Luque, T., & Castillo, J. A. (2020). *Diagnóstico familiar en salud mental en progenitores separados o divorciados, evaluación de la coparentalidad*. Simposio presentado en el XIII congreso Internacional y XVIII nacional de psicología clínica.

Roca, M., Vilaregut, A., Campreciós, M., Frías, A., Mollà, L., Ferrer, M., Ribalta, T., & Günther, C. (2019). *Relaciones Familiares Básicas en familias con un hijo/a con trastorno límite de la personalidad. Aproximación diagnóstica a través del CERFB y el CERFB-CoP*. Comunicación oral presentada en el XV Congreso Relates. Los orígenes de la terapia familiar: Vigencia de los pioneros.

Mollà, L., Vilaregut, A., Günther, C., Campreciós, M., Roca, M., & Matalí, J.Ll. (2019). *Construcción del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas y Coparentalidad (CERFB-CoP)*. Póster presentado en las XIX Jornadas ANPIR. "Psicología Clínica: una especialidad, diferentes contextos".

Roca, M., Ferrer, M., Calvo, N., Campreciós, M., Frías, A., Checa, J., Ribalta, T., Trias, T., & Vilaregut, A. (2018). *Basic family relations, parental bonding and dyadic adjustment in families with a member with BPD*. Póster presentado en el 5th International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders.

Resum

El Trastorn Límit de Personalitat (TLP) és un dels trastorns mentals més complexos de comprendre i tractar donat el seu patró d'instabilitat en les relacions interpersonals, de l'autoimatge i l'afectivitat. Com la majoria dels trastorns mentals, es creu que el TLP té una causa multifactorial resultat de la interacció entre la vulnerabilitat genètica i els factors ambientals. Per això, la família ha estat una variable estudiada i descrita com un factor de risc en el desenvolupament del TLP. En aquest context, l'objectiu principal d'aquesta tesi doctoral va ser avaluar les relacions familiars (conjugalitat, parentalitat i coparentalitat) en famílies amb un fill/a diagnosticat/a de Trastorn Límit de la Personalitat i com la situació generada pel COVID-19 ha pogut impactar en aquestes famílies. Es van realitzar dos estudis quantitius per a avaluar i comparar les relacions familiars en famílies amb un fill amb TLP i en famílies amb un fill sense diagnòstic psicopatològic. El primer estudi va incloure 152 progenitors casats, i el segon 60 progenitors divorciats i 60 casats. El tercer estudi va seguir un mètode qualitatiu per a explorar les experiències del confinament en 4 mares i 5 filles afectades de TLP. En general, els resultats dels estudis evidencien una major afectació de les relacions familiars en les famílies amb un fill amb TLP. Finalment es discuteixen els resultats en termes relacionals i es proposen tipologies familiars d'acord amb els resultats obtinguts.

Paraules clau: Trastorn Límit de la Personalitat, Família, Conjugalitat, Parentalitat, Coparentalitat.

Resumen

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es uno de los trastornos mentales más complejos de comprender y tratar dado su patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y la afectividad. Como la mayoría de los trastornos mentales, se cree que el TLP tiene una causa multifactorial resultado de la interacción entre la vulnerabilidad genética y los factores ambientales. Por ello, la familia ha sido una variable estudiada y descrita como un factor de riesgo en el desarrollo del TLP. En este contexto, el objetivo principal de esta tesis doctoral fue evaluar las relaciones familiares (conyugalidad, parentalidad y coparentalidad) en familias con un hijo/a diagnosticado/a de Trastorno Límite de la Personalidad y cómo la situación generada por el COVID-19 ha podido impactar en dichas familias. Se realizaron dos estudios cuantitativos para evaluar y comparar las relaciones familiares en familias con un hijo con TLP y en familias con un hijo sin diagnóstico psicopatológico. El primer estudio incluyó 152 progenitores casados, y el segundo 60 progenitores divorciados y 60 casados. El tercer estudio siguió un método cualitativo para explorar las experiencias del confinamiento en 4 madres y 5 hijas afectadas de TLP. En general, los resultados de los estudios evidencian una mayor afectación de las relaciones familiares en las familias con un hijo con TLP. Finalmente se discuten los hallazgos en términos relacionales y se proponen tipologías familiares de acuerdo a los resultados obtenidos.

Palabras clave: Trastorno Límite de Personalidad, Familia, Conyugalidad, Parentalidad, Coparentalidad.

Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most complex mental disorders to understand and treat given its pattern of instability in interpersonal relationships, self-image and affectivity. Like most mental disorders, BPD is believed to have a multifactorial cause resulting from the interaction between genetic vulnerability and environmental factors. Thus, the family has been a variable studied and described as a risk factor in the development of BPD. In this context, the main objective of this doctoral thesis was to evaluate family relationships (marital, parental and coparental functions) in families with an offspring diagnosed with Borderline Personality Disorder and how the situation generated by COVID-19 may have impacted on these families. Two quantitative studies were conducted to evaluate and compare family relationships in families with an offspring with BPD and in families with an offspring without a psychopathological diagnosis. The first study included 152 married parents, and the second study included 60 divorced and 60 married parents. The third study followed a qualitative approach to explore the experiences of lockdown in 4 mothers and 5 daughters affected by BPD. In general, the results of the studies show a greater impairment of family relationships in families with an offspring with BPD. Finally, the findings are discussed in relational terms and family typologies are proposed according to the results obtained.

Key words: Borderline Personality Disorder, Family, Marital function, Parental function, Coparental function.

Índice

Introducción.....	25
I. MARCO TEORICO	
1. Conceptualización del Trastorno Límite de Personalidad.....	33
1.1. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y comorbilidad.....	33
1.2. Epidemiología.....	38
1.3. Etiología.....	38
2. Aproximación a la familia y de las relaciones familiares.....	45
2.1. Fundamentos del modelo sistémico.....	46
2.2. Conceptualización de las relaciones familiares.....	50
2.1.1. Teoría de las Relaciones Familiares Básicas.....	50
2.1.2. Función de coparentalidad.....	53
3. Trastorno Límite de Personalidad y familia.....	57
3.1. Principales aportaciones teóricas y clínicas.....	59
3.2. Relaciones familiares en el Trastorno Límite de Personalidad.....	67
II. APLICACIÓN EMPÍRICA	
4. Objetivos.....	73
5. Método.....	75
5.1. Diseño.....	75
5.2. Participantes.....	75
5.3. Instrumentos.....	76
5.4. Procedimiento.....	78
5.5. Análisis de datos.....	80
6. Resultados: Artículos.....	83
6.1. Estudio 1: Assessing family relations in Borderline Personality Disorder: A relational approach.....	85
6.2. Estudio 2: Assessing Marital, Parental and Coparental functions in married and divorced families with an offspring with BPD.....	111
6.3. Artículo 3: Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents with borderline personality disorder and their mothers: A focus group study.....	135
7. Discusión.....	173
8. Conclusiones.....	176
9. Limitaciones de la investigación, líneas futuras e implicaciones clínicas.....	179
10. Referencias.....	181
APÉNDICE.....	201

Lista de tablas y figuras

Número	Título de la tabla	
Tabla 1	<i>Índice de criterios diagnósticos en base al DSM-V (APA, 2013).</i>	34
Tabla 2	<i>Índice de instrumentos diagnósticos basados en la clasificación del DSM-V.</i>	36
Tabla 3	<i>Descripción de los objetivos y los estudios.</i>	74
Tabla 4	<i>Resumen de los participantes del estudio 1 y 2, y el artículo 3.</i>	76

Número	Título de la figura	
Figura 1	<i>Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas.</i>	51
Figura 2	<i>Representación de la relación parental y la relación coparental.</i>	54
Figura 3	<i>Alternancia de los niveles de funcionamiento según Cancrini (2007).</i>	62
Figura 4	<i>Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas y su correspondencia con la psicopatología.</i>	64
Figura 5	<i>Modelo bidimensional de Linares adaptado a población general y a familias con un hijo con TLP.</i>	174

Introducción

Mi interés por el estudio de la familia nace hace 7 años cuando estaba cursando 4º de psicología, recuerdo estar haciendo prácticas en ITA y empezar a interesarme sobre el contexto familiar y relacional de las chicas diagnosticadas de Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) allí ingresadas. Imagino que no fue por casualidad que el hecho de tener a la Dra. Anna Vilaregut como tutora de TFG y profesora de la asignatura de Psicología Sistémica, que decidiera centrar mi TFG en el estudio de las familias con una hija con TCA. Fue en ese momento en el que me sentí identificada con dicha orientación psicoterapéutica y comprendí la familia y las relaciones familiares a partir de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas (Linares, 1996, 2007), así como la existencia del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), un instrumento construido y validado en población general para evaluar las relaciones familiares básicas, la conyugalidad y la parentalidad (Ibáñez et al., 2012). Asimismo, se estaba realizando la validación en población clínica, en concreto en Trastornos de la Conducta Alimentaria (Campreciós et al., 2016) y en Trastornos por Uso de Sustancias (Mercadal et al., 2018).

Así pues, una vez finalizados los estudios de grado, y previo a iniciar el *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria* (MUPGS), me dirigí a la Dra. Anna Vilaregut para mostrar mi interés y la posibilidad de colaborar en la validación del CERFB en población clínica. Por ello, la Dra. Anna Vilaregut me propuso colaborar en la validación del CERFB en Trastornos del Espectro Psicótico, estudio llevado a cabo en el Hospital de Mataró entre la Dra. Anna Vilaregut, la Dra. Carolina Palma, y el profesor y psiquiatra Francisco Javier Barón. Fruto de dicha colaboración se publicó el estudio de Roca et al. (2020). Asimismo, durante la colaboración en la investigación, también estuve realizando las prácticas del MUPGS en el Hospital de Mataró. Dado mi creciente interés

en la evaluación de la familia en el campo de la salud mental, el segundo año del MUPGS empecé a formar parte del *Grup de Recerca de Parella i Família* e inicié los estudios de doctorado. El primer año culminó en la presentación del plan de investigación: *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en familias con un miembro con Trastorno Límite de Personalidad*.

El año siguiente, en 2017, nos concedieron una ayuda a proyectos de I+D+i correspondientes al Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad por el proyecto *Diagnostico Relacional Familiar en Salud Mental: Aportaciones a la Prevención, Evaluación y Tratamiento* (PSI2017-83146-R). Dicho proyecto se realizó en colaboración con hospitales públicos como el Hospital de Mataró, el Hospital de Igualada, el Hospital Sant Joan de Déu y el Hospital Universitari Vall d'Hebrón. También se contó con la colaboración de universidades internacionales, en concreto con la *Universidade Católica Portuguesa* y la *Università LUMSA* de Roma, y fruto de ella se ha validado el CERFB en población portuguesa ((Lima et al., 2022) e italiana (Vilaregut et al., 2019).

Durante los siguientes dos años compaginé los estudios de doctorado con el *Máster en Terapia Familiar y de Pareja* de la *Universitat Ramon Llull*, y realicé prácticas desde el modelo sistémico en la *Escola de Teràpia Familiar* del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, y desde el modelo dinámico en el *Institut Universitari de Salut Mental Vidal i Barraquer*. Dicha formación me permitió ampliar el conocimiento de la familia y el modelo sistémico, así como desarrollarme como terapeuta familiar. Además, durante esos dos años también tuve la oportunidad de colaborar en los grupos de familiares de TLP que ofrecía el Dr. Álvaro Frías de forma trimestral en el *Centre de Salut Mental d'Adults* (CSMA) del *Hospital de Mataró*.

Una vez finalizado el *Máster en Terapia Familiar y de Pareja*, se me concedió una beca de Personal Investigador Predoctoral en Formación (PIF) de la Fundación Blanquerna (URL), que me permitió focalizarme en la tesis doctoral y las tareas de investigación relacionadas con el proyecto I+D+i. Unos meses más tarde, inició la pandemia de la COVID-19, y con ello se suspendió la recogida de datos en los centros hospitalarios. Aún así, en la fase de desconfiamiento decidimos llevar a cabo un estudio cualitativo para explorar el impacto individual y de las relaciones familiares en familias con un hijo con TLP, fruto de dicha investigación publicamos el Artículo 3 (Vilaregut et al., 2021) que forma parte de esta tesis doctoral.

La dificultad para recoger la muestra necesaria para el estudio, y la interrupción de la recogida de datos durante la crisis del COVID-19 nos hizo reconsiderar la viabilidad de la validación del CERFB en familias con un miembro con TLP, objetivo inicial de la tesis doctoral. Por ello, decidimos basar la tesis en tres estudios que evaluaran las relaciones familiares en familias con un hijo con TLP.

Así pues, la presente tesis doctoral está dividida en dos partes. En primer lugar, el marco teórico donde se presenta (1) una conceptualización del Trastorno Límite de Personalidad, (2) una aproximación a la familia y a las relaciones familiares, y finalmente (3) una conceptualización del Trastorno Límite de Personalidad en la familia. En segundo lugar, la aplicación empírica consta de los objetivos de la investigación, la metodología utilizada y los estudios que la componen. El primer estudio está titulado “*Assessing family relations in Borderline Personality Disorder: A relational approach.*”, el segundo estudio “*Assessing Marital, Parental and Coparental functions in married and divorced families with an offspring with BPD*”, y por último el estudio “*Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents*”. Finalmente se discuten los

resultados de la tesis, se muestran las conclusiones, y las limitaciones y líneas futuras de investigación.

Esta tesis cumple los requisitos para la mención internacional en el título de Doctor/a. En primer lugar, porque los tres estudios que la componen han sido redactados íntegramente en inglés, la lengua por excelencia de la comunicación científica en el campo de conocimiento del estudio y diferente de las lenguas oficiales en España. Y, en segundo lugar, ya que se ha realizado una estancia de investigación de tres meses durante el periodo de elaboración de la tesis doctoral en la Faculdade de Educação e Psicologia de la Universidade Católica Portuguesa (ver Apéndice A).

I. MARCO TEÓRICO

1. Conceptualización del Trastorno Límite de Personalidad

1. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y comorbilidad
2. Epidemiología
3. Etiología

1. Conceptualización del Trastorno Límite de Personalidad

1.1. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y comorbilidad

El término *borderline* fue utilizado por primera vez en el ámbito terapéutico, cuando el psicoanalista y psiquiatra Adolf Stern (1938) empezó a describir un tipo de pacientes que no encajaban dentro de la clasificación diagnóstica neurótica o psicótica, ya que se mostraban neuróticos durante la fase de evaluación, pero también experimentaban episodios psicóticos transitorios leves durante el tratamiento. Así pues, estos pacientes se encontraban al borde (*borderline* en inglés) o al límite entre el funcionamiento neurótico y psicótico. A partir de la aparición de dicho término, Knight (1953) amplía el concepto a un estado fronterizo en el cual se encuentran permanentemente estos pacientes, y Kernberg (1975) propone el término de organización límite de la personalidad. Posteriormente, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) publicada en 1980 por la *American Psychiatric Association* (APA), aparece por primera vez el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) como categoría diagnóstica. En la actualidad, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) sitúa el TLP dentro del grupo B de los trastornos de personalidad, los cuales se caracterizan por una apariencia inestable emocionalmente, dramática y errática (American Psychiatry Association [APA], 2013).

Siguiendo con la definición de la APA (2014), el TLP consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y en los afectos, con escaso control de impulsos. En la Tabla 1 se exponen los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 (APA, 2013), los cuales se pueden agrupar en cuatro grupos o componentes de psicopatología claves para optimizar el diagnóstico y tratamiento del TLP: los síntomas afectivos, cognitivos, impulsivos e interpersonales.

Tabla 1.

Índice de criterios diagnósticos en base al DSM-V (APA, 2013).

Criterios diagnósticos	301.83 (F60.3)
<p>Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 658 1353 808">1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginario. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.) <li data-bbox="229 842 1353 927">2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. <li data-bbox="229 965 1353 1050">3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo. <li data-bbox="229 1088 1353 1238">4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.) <li data-bbox="229 1272 1353 1357">5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas. <li data-bbox="229 1395 1353 1545">6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días). <li data-bbox="229 1579 647 1615">7. Sensación crónica de vacío. <li data-bbox="229 1653 1353 1738">8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). <li data-bbox="229 1776 1353 1861">9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves. 	

Las personas con TLP hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario (Criterio 1), ya sea en forma de separación o de rechazo. Dicho miedo al abandono está estrechamente relacionado con su intolerancia a la soledad, por lo que suelen reaccionar de forma impulsiva e inapropiada para evitar ser abandonados. La continua necesidad de tener a otras personas a su alrededor comporta también que tengan relaciones interpersonales inestables e intensas, cambiando rápidamente de la idealización a la devaluación (Criterio 2). Este aspecto se relaciona con la dificultad para integrar el concepto de “uno mismo” y diferenciarlo de los demás, ya que suelen mostrar una alteración de la identidad y del sentido de sí mismos (Criterio 3). Por ende, suelen padecer sentimientos crónicos de vacío, descritos como una falta de sentido y vacío emocional incapaz de llenarse con nada (Criterio 7). Ante este sentimiento, las personas con TLP pueden intentar llenar el vacío con la impulsividad y las conductas de riesgo, tales como el abuso de drogas, la conducción temeraria, relaciones sexuales de riesgo, atracones de comida, etc (Criterio 4). Además, suelen presentar conductas autodestructivas como las autolesiones, las amenazas o los intentos de suicidio (Criterio 5).

También suelen mostrar una inestabilidad afectiva debida a la reactividad extrema ante estresores interpersonales (Criterio 6), por lo que un estado de ánimo disfórico puede verse interrumpido por un episodio de ira intensa, inapropiada y con grandes dificultades para controlarla (Criterio 8). Durante períodos de gran estrés y ansiedad, las personas con TLP pueden llegar a padecer ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (Criterio 9).

Actualmente, el modelo diagnóstico más utilizado tanto en clínica como en investigación es el que propone el DSM-5 (ver Tabla 1). Se trata de un modelo diagnóstico categorial basado en el cumplimiento de un mínimo de 5 criterios politéticos.

Así pues, no hay un criterio con una mayor relevancia para el diagnóstico, lo cual no se ajusta a la evidencia científica disponible. Esto genera incertidumbres y discrepancias diagnósticas, por lo que es altamente recomendable realizar el diagnóstico clínico con el apoyo de instrumentos diagnósticos, preferentemente entrevistas estructuradas y semiestructuradas (ver Tabla 2). En general, la edad media de diagnóstico oscila entre los 19 y 34 años ((National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009; Torgersen et al., 2000), sin embargo, los síntomas propios del trastorno suelen manifestarse entre la adolescencia y la edad adulta (Chanen & Thompson, 2019).

Tabla 2.

Índice de instrumentos diagnósticos basados en la clasificación del DSM-V.

	Entrevista diagnóstica para los trastornos de la personalidad del DSM-IV (DIPD-IV; Zanarini, 1996)
	Examen internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE; Loranger, 1994)
	<i>Personality disorder interview-IV</i> (PDI-IV; Widiger et al., 1995)
	Entrevista clínica estructurada para el DSM-5 (SCID-5-CV; First, 2016)
Entrevistas semiestructuradas	<i>Structured interview for DSM-IV personality</i> (SIDP-IV; Pfohl et al., 1997)
	Específicas para el TLP:
	Entrevista diagnóstica para el trastorno límite-revisada (DIB-R; Zanarini et al., 1989)
	<i>Zanarini rating scale for borderline personality disorder</i> (ZAN-BPD; Zanarini et al., 2003)
	Cuestionario clínico multiaxial de Millon-III (MCMIII; Millon et al., 1994)
	Cuestionario diagnóstico de la personalidad-4+ (PDQ-4+; Hyler, 1994)
	Escalas de trastorno de la personalidad del MMPI (MMPI 2-PD, Colligan et al., 1994)
Cuestionarios autoinformados	Específicas para el TLP:
	<i>Borderline symptom list</i> (BSL-23; Soler et al., 2013)
	<i>McLean screening instrument for borderline personality disorder</i> (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003)
	<i>Borderline Personality Disorder Checklist</i> (BPD Checklist; Calvo et al., 2018)

El diagnóstico diferencial del TLP es particularmente complejo ya que algunos de los síntomas clínicos guardan gran similitud con otros trastornos psicopatológicos (APA, 2013). Por ello, debemos prestar atención al diagnóstico diferencial con el Trastorno Bipolar (TB), el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) la distimia, los Trastornos del Espectro Psicótico, los Trastornos de Ansiedad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC), el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), y otros trastornos de personalidad (APA, 2013).

Teniendo en cuenta la variabilidad y heterogeneidad de los síntomas clínicos en el TLP, debemos considerar la alta posibilidad de presentar comorbilidades con otros trastornos psicopatológicos. Específicamente, suelen presentar una alta tasa de comorbilidad con los trastornos depresivos (entre el 32-83%; Shah & Zanarini, 2018), con el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; 33-79%; Frías & Palma, 2015), Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA; entre 14%-53%, Shah & Zanarini, 2018), Trastornos de Ansiedad (80%, Silverman et al., 2012) y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH; 20-38% Asherson et al., 2014; Ferrer et al., 2010). También se han descrito altas tasas de comorbilidad con el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS; entre 3.4%-87%, Shah & Zanarini, 2018) siendo el alcohol la sustancia de abuso más común, aunque suelen consumir varias sustancias a la vez (cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.). Al igual que su patrón de personalidad, el consumo tiende a ser impulsivo e incontrolado (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011).

1.2. Epidemiología

Según DSM-5 (APA, 2013) se estima que la prevalencia del TLP en población general oscila entre un 1-2%, aunque otros estudios apuntan a una prevalencia de entre el 2 y el 5.9% (Grant et al., 2008; Leung & Leung, 2009; Quirk et al., 2017; Tomko et al., 2014; Zanarini et al., 2011). Se ha observado también una mayor prevalencia entre la población clínica, donde la prevalencia es de un 10% en el contexto ambulatorio y de un 20% en hospitalización psiquiátrica (APA, 2013). Uno de los avances más relevantes ha sido el reconocimiento del TLP en la adolescencia como un diagnóstico válido y fiable, con una prevalencia entre 1.4 y 3.2% (J. G. Gunderson et al., 2018).

Tradicionalmente se había considerado que el TLP era un trastorno más prevalente en mujeres que en hombres, en aproximadamente un 75% de los casos (Álvarez, 2001; Caballo, 2001; Lieb et al., 2004; T. A. Widiger & Weissman, 1991). Aún así, otros estudios apuntan a que no existen diferencias reales de prevalencia en la población general (Grant et al., 2008; Leichsenring et al., 2011; Tomko et al., 2014), sino más bien a causa de un sesgo en el reconocimiento de diferentes expresiones del trastorno que pueden diferir según el género (Banzhaf et al., 2012) y a que las mujeres suelen demandar con más frecuencia ser atendidas por profesionales de la salud mental (Forjaz et al., 2002).

1.3. Etiología

Al igual que la mayoría de los trastornos mentales, se cree que el TLP tiene una causa compleja y multifactorial, resultado de la interacción de una vulnerabilidad genética con factores ambientales (Carpenter et al., 2013). La evidencia científica acumulada apoya un modelo etiopatogénico de diátesis – estrés para el TLP, en el que el trastorno es el resultado de un proceso transaccional, des de la infancia hasta la vida adulta, entre

alteraciones neurobiológicas genéticamente determinadas (Perez-Rodriguez et al., 2018; Torgersen et al., 2000) y variables psicosociales que contribuyen a la heterogeneidad clínica del trastorno, entre sujetos y en un mismo paciente a lo largo de su vida (Crowell et al., 2009).

La heredabilidad estimada para el TLP es de alrededor del 70% (Chanen & Kaess, 2012; J. G. Gunderson et al., 2018; Reichborn-Kjennerud, 2010; Skoglund et al., 2021; Torgersen et al., 2000, 2001). Sin embargo, no se han podido definir alteraciones genéticas concretas ni combinaciones de ellas que se asocien específicamente al TLP (Leichsenring et al., 2011; Perez-Rodriguez et al., 2018). De estudios GWAS recientes se han descrito en el TLP polimorfismos genéticos que también se han observado en otros trastornos psicopatológicos (Gunderson et al., 2018). El modelo explicativo más aceptado en relación a la aportación de la genética en el desarrollo del TLP es el de las interacciones gen – ambiente y la epigenética. En él se plantea la existencia de los llamados ‘genes de susceptibilidad’, que condicionan la expresión de una serie de alteraciones neurobiológicas que subyacen los principales componentes fenotípicos del TLP (desregulación emocional, alteración relacional, desregulación conductual / impulsividad, alteraciones cognitivas y del *self*) cuando interaccionan con adversidades ambientales. Dichos estresantes ambientales condicionarían la expresión de los ‘genes de susceptibilidad’ a través de mecanismos epigenéticos (Bulbena-Cabre et al., 2018). A nivel neurobiológico se ha demostrado una alteración de los neurotransmisores en la población con diagnóstico de TLP. Una de las alteraciones más consistentes es la del sistema serotoninérgico, que se ha asociado a psicopatología relevante como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva o el suicidio (Mateu et al., 2008; Pascual et al., 2007; Perroud et al., 2016; Skodol et al., 2002). También se han descrito alteraciones en otros sistemas de neurotransmisión, como el noradrenérgico, dopaminérgico o

colinérgico, además de hormonas y neuropéptidos como la oxitocina (Gunderson et al., 2018). Dichas alteraciones en la neurotransmisión no afectan a regiones concretas del SNC, sino que implican a redes de neurotransmisión córtico – subcorticales y con disrupciones estructurales y funcionales (Minzenberg et al., 2008; Salavert et al., 2011; Silbersweig et al., 2007) (Mizenberg 2008, Salavert 2013, Silbersweig 2007). Sin embargo, estas alteraciones neurobiológicas tampoco son específicas del TLP (Gunderson et al., 2018).

A nivel psicosocial, la literatura considera a la familia como un factor clave en el desarrollo del TLP. Varios autores sugieren que la negligencia y la falta de implicación emocional por parte de los padres, y un entorno familiar inestable y poco favorable para el desarrollo de la persona, son factores de riesgo y pueden predecir la aparición del TLP (Bradley et al., 2005; Fonagy & Bateman, 2007; Merza et al., 2015; Zweig-Frank & Paris, 1991). De hecho, un estudio realizado por Zanarini et al. (2000) mostró que el 84% de los pacientes con TLP percibieron que durante su infancia y adolescencia sus progenitores invalidaron y negaron su expresión emocional, se mostraron distantes emocionalmente, y los trataron de forma incoherente. Otro factor que ha sido ampliamente estudiado como factor de riesgo asociado al desarrollo del TLP son las historias de trauma y el abuso físico o sexual en la infancia (Ball & Links, 2009; Bandelow et al., 2005; P. Cohen et al., 2005; Herman et al., 1989; Winsper et al., 2016). Aunque también se han descrito experiencias de abuso emocional, verbal, físico o sexual en la adultez (de Aquino Ferreira et al., 2018; M. C. Zanarini et al., 2005). Finalmente, varios autores destacan los procesos de apego como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP (Bateman & Fonagy, 2004; Kernberg, 1975), y apuntan que el apego inseguro y/o desorganizado supone un fracaso en la capacidad de mentalización, y por ende deviene un factor de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno (Chapman et al., 2021; Fonagy et al., 2003;

West et al., 1993). Dicha teoría coincide con la importancia del entorno familiar invalidante sugerido por Linehan (1993) como factor en la génesis del trastorno límite de la personalidad, dicha formulación fue desarrollada posteriormente también por Fruzzetti et al. (2003, 2005). Este último punto se desarrollará más ampliamente en el capítulo 3.

2. Aproximación a la familia y a las relaciones familiares

2.1. Fundamentos del modelo sistémico

2.2. Conceptualización de las relaciones familiares

2.2.1. Teoría de las Relaciones Familiares Básicas

2.2.2. Función de coparentalidad

2. Aproximación a la familia y de las relaciones familiares

La familia es la más antigua de las instituciones sociales humanas, y a lo largo de la historia, se han elaborado múltiples definiciones del concepto de familia en un intento de comprender y contextualizar el funcionamiento de las relaciones humanas. La epistemología sistémica es la conceptualización teórica que se ha centrado en el estudio y la comprensión de los fenómenos familiares, ya que consideran que para comprender el individuo en su totalidad es necesario considerar la familia, ya que deviene su entorno más próximo e influyente que les rodea (Ceberio & Watzlawick, 1998).

Desde nuestro enfoque, una de las definiciones más completas del concepto de familia es la propuesta por Minuchin y Fishman (2004):

La familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita de una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia. (p. 25)

Del mismo modo, Andolfi (1993) define a la familia como un todo orgánico, es decir, como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. Debemos considerar a la familia como elementos de un circuito de interacción, de forma que la conducta de cada miembro de la familia influye inevitablemente sobre los otros, de la misma manera que éste es influido por los demás (Selvini-Palazzoli et al., 1990). Virginia Satir (2002) define a la familia como un microcosmos del mundo, donde podemos encontrar aspectos como el poder, la intimidad,

la autonomía, la confianza y la habilidad para la comunicación. Por lo que, para cambiar el mundo, tenemos que cambiar primero la familia.

Con el objetivo de comprender mejor el concepto de familia, para esta tesis doctoral resulta primordial recurrir a las bases de la conceptualización sistémica, por ello en el siguiente apartado expondremos los precursores y los fundamentos del modelo sistémico.

2.1. Fundamentos del modelo sistémico

El modelo sistémico surge a mitades del siglo XX con el objetivo de comprender la complejidad del sistema familiar, y se distingue entre los demás modelos psicológicos porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo. La terapia sistémica entiende la familia como un sistema vivo, conformado por un conjunto de personas relacionadas entre si y unidas frente al medio externo con el que interactúan.

El modelo sistémico recibió aportes de varios autores y disciplinas, aunque los aportes generales que nutren el modelo sistémico se basan principalmente en tres fuentes: (a) la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1979), (b) la Cibernética (Wiener, 1948) y (c) la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1967). Además, siguiendo el trabajo de Botella y Vilaregut (2010), incluiremos los conceptos propuestos por Haley (1980) y por Minuchin (1974), ya que resultan claves en la concepción sistémica de la familia.

En primer lugar, debemos citar la Teoría General de Sistemas propuesta por Ludwig von Bertalanffy como un nuevo paradigma científico para comprender la realidad. Bertalanffy (1979) definió un sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre ellos, en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado

de cada uno de los demás que lo configuran. Previamente se consideraba que los sistemas en su conjunto eran iguales a la suma de sus partes, y que podían ser estudiados a partir del análisis individual de sus componentes. Los principios de la Teoría General de Sistemas son los siguientes: (1) Un sistema puede ser abierto si interactúa con el medio ambiente y es susceptible al cambio, o cerrado cuando no interactúa con el medio ambiente y permanece estático. (2) El principio de totalidad postula que el cambio de uno de los miembros afecta a todo el sistema, ya que están interconectados. El principio de circularidad afirma que la interconexión entre los miembros del sistema supone una pauta de causalidad circular en lugar de lineal. (3) El principio de equifinalidad sostiene que las modificaciones del sistema son independientes de las condiciones iniciales.

En segundo lugar, cabe destacar la cibernética, palabra proveniente del griego *kybernetiké*, que significa "el arte de gobernar". Según Wiener (1948), es la ciencia del control y la comunicación, y su objeto de estudio son los mecanismos de autorregulación y coordinación de los sistemas complejos y dinámicos. Los principales conceptos aportados por la cibernética fueron: (1) El concepto de *feedback* hace referencia a que las acciones de cada miembro de un sistema se convierten en información para los demás miembros del sistema, de forma que determinan ciertas acciones en ellos de forma positiva o negativa. (2) La homeostasis es la tendencia de un sistema a mantener su estado estacionario y sin cambio a través de un *feedback* negativo. (3) La morfogénesis, en cambio, es la capacidad de un sistema para cambiar y modificarse mediante un *feedback* positivo.

En tercer y último lugar, Paul Watzlawick, junto a Janet Beavin y Don Jackson (1967) desarrollaron la Teoría de la Comunicación Humana en el *Mental Research Institute* de Palo Alto. La cual destacaba que lo importante no es el modo de comunicarnos, sino cómo nos comunicamos y de qué manera nos influimos unos a

otros. Los axiomas en los que se apoya dicha teoría son: (1) Es imposible no comunicar; todo comportamiento de un miembro es una forma de comunicación en sí mismo, tiene un valor de mensaje para los demás, tanto a nivel implícito como explícito. (2) Toda comunicación tiene un nivel de contenido (digital) y un nivel de relación (analógico). El nivel digital hace referencia al contenido semántico del mensaje, y el nivel analógico se refiere a cómo comunicamos dicho mensaje, es decir, el tono, expresión y forma de expresar el mensaje. (3) La puntuación de las secuencias de hechos significa que cada persona construye una versión de lo que observa y experimenta según los acontecimientos vividos, su realidad, y sus relaciones. (4) Toda relación es simétrica o complementaria. La relación es simétrica cuando mantenemos una relación de igualdad con la otra persona, y complementaria cuando la relación entre ambas personas se basa en la diferencia o desigualdad.

Haciendo referencia al concepto evolutivo, remarcar que ha sido sujeto de interés en el campo de la psicología durante varias décadas, aunque no es hasta finales del siglo XX, y con el creciente interés por la comprensión de la familia por parte de los precursores del modelo sistémico, que el concepto de ciclo vital deviene objeto de interés en el campo de la terapia familiar. La teoría evolutiva plantea que todas las familias experimentan cambios a lo largo del tiempo, las fases pueden ser normativas y propias del ciclo vital (noviazgo y matrimonio; procreación; adolescencia, maduración y emancipación de los hijos; nido vacío) o paranormativas (producidas por eventos y situaciones no previsibles como enfermedades, separaciones o muerte a destiempo. El reto reside en la crisis que puede experimentar el sistema familiar al pasar de una fase a otra, ya que la familia debe modificar su estructura y funcionamiento para adaptarse al cambio (Haley, 1981).

Finalmente, la teoría estructural desarrollada por Salvador Minuchin (1978) plantea que para realizar un adecuado diagnóstico de la estructura familiar se deben

considerar los siguientes elementos: (1) Subsistemas: Un subsistema es la unión de miembros de la familia según el tipo de vinculación, función a desarrollar, generación, etc. En un sistema familiar encontramos el subsistema conyugal o marital (formado por la pareja), el subsistema parental (formado por los miembros que ejercen la función parental) y el sistema filial o fraternal (constituido por los hijos). (2) Límites: Los límites se definen a partir de las reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas, y varían en función de su permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. En función de los límites, Minuchin (1974) establece dos tipos de familia: aglutinadas o desligadas. Las familias aglutinadas presentan límites difusos, poca diferenciación entre los miembros, y un exagerado sentido de pertenencia. En el lado opuesto, las familias desligadas se caracterizan por límites rígidos e inalterables, gran sentido de la independencia, y pocos sentimientos de pertenencia y lealtad. Los límites claros son aquellos propios de una familia con una estructura y adaptación funcional. (3) Fronteras: Las fronteras son los límites exteriores de la totalidad del sistema familiar, su función es regular y definir la información que entra en el sistema y el grado de acceso de las personas que no forman parte de él. (4) Tríada rígida: La tríada rígida consiste en una situación relacional en la cual, en consecuencia, del conflicto y tensión emocional entre dos miembros del sistema familiar (cónyuges), se incluye a un tercero (hijo) para que evitar y desviar el conflicto diádico. Minuchin (1974) diferencia tres configuraciones de tríadas rígidas: triangulación, coalición y desviación de conflictos. Triangulación: en el conflicto conyugal, ambos cónyuges tratan de aliarse y obtener el apoyo del hijo. Coalición: uno de los cónyuges se alía con su hijo con el objetivo de ir en contra del otro cónyuge. Desviación de conflictos: ante el conflicto conyugal, se designa a uno de los hijos el rol de “malo” o “enfermo”, ante esta situación los progenitores abandonan sus diferencias y se unen para cuidar o controlar a su hijo.

2.2. Conceptualización de las relaciones familiares

Llegados a este punto, y tras conceptualizar el modelo sistémico aplicado a la terapia familiar, el próximo apartado nos adentraremos en la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2007, 2012), ya que dicha teoría nos aporta una visión integrada de las funciones básicas que configuran una familia, la conyugalidad y la parentalidad. Asimismo, introduciremos también el concepto de coparentalidad (Feinberg, 2003), una función familiar presente en las familias con los progenitores juntos y separados, y que consideramos básica en la conceptualización de la familia.

2.1.1. Teoría de las Relaciones Familiares Básicas

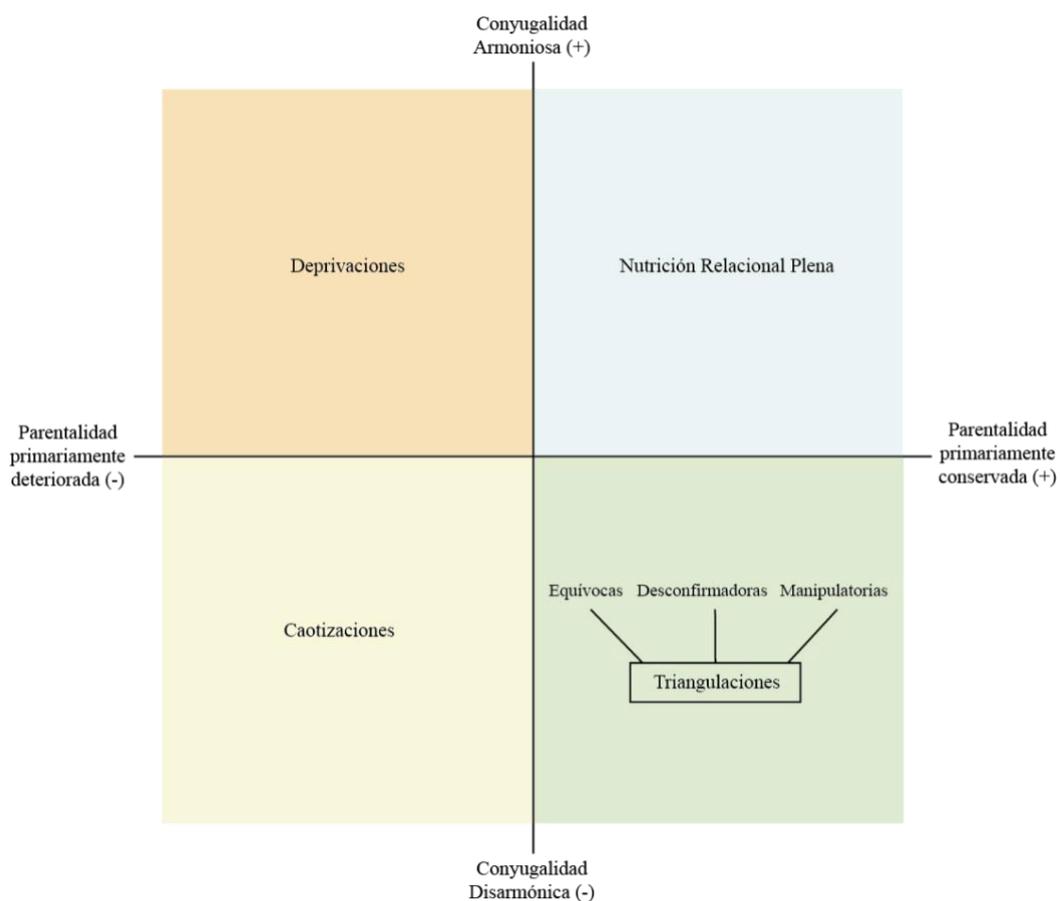
Según Linares (2012), los individuos estamos integrados en sistemas relacionales, siendo la familia de origen el primero y más influyente. No es de extrañar entonces, que sugiera una definición de la personalidad como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural” (p.94). Así pues, la personalidad individual se construye en contacto con los sistemas de pertenencia relacionalmente relevantes, como lo es la familia de origen. Llegados a este punto, dada la relevancia de la familia de origen en el desarrollo y construcción de la identidad de los individuos, presentaremos la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas (Linares, 1996, 2012), la cual parte de que la atmósfera relacional en la familia de origen está definida por dos dimensiones, la Conyugalidad y la Parentalidad, las cuales funcionan independientemente la una de la otra, pero se influyen mutuamente. Ambas funciones se inscriben en una dimensión bipolar con un polo de máxima positividad y otro de máxima negatividad.

Por una parte, la Conyugalidad, entendida como la interacción entre los miembros que ejercen las funciones parentales, se fundamenta bajo un ejercicio de dar y recibir de

forma equilibrada. A partir del intercambio de estas funciones, la Conyugalidad se inscribirá entre la armonía y la disarmonía. Por otra parte, la Parentalidad, parte del ejercicio de las funciones parentales y se fundamenta bajo una relación complementaria, en el que el ejercicio de dar y recibir es desigual. En este caso, la Parentalidad se inscribirá entre la conservación y el deterioro. A partir de la combinación de ambas funciones relacionales, se generará un diagrama ortogonal con cuatro modalidades de familia de origen que definirán la Nutrición Relacional presente en la familia, la cual ejercerá una influencia decisiva en la construcción de la personalidad y la salud mental de los hijos.

Figura 1

Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas.



Nota. Adaptado de Linares, 1996, 2007, 2012.

Tal y como se observa en la figura 1, el cuadrante superior derecho encarna la Nutrición Relacional plenamente satisfactoria. Esta se define, por una parte, por una Conyugalidad armoniosa, la cual implica resolver adecuadamente los conflictos conyugales, incluso mediante la separación. Y, por otra parte, por una Parentalidad primariamente conservada. Las familias con tendencias disfuncionales en una o ambas funciones familiares básicas (Conyugalidad y Parentalidad) ocuparán los tres cuadrantes restantes. En el cuadrante inferior derecho, la conyugalidad resulta deteriorada ya que los cónyuges son incapaces de resolver sus conflictos. Ante esta situación, los padres recurren a la implicación de los hijos en la resolución de sus problemas relacionales. A dicha disfuncionalidad la definimos como Triangulación (Linares, 1996, 2007, 2012), pudiendo ser Equívoca, Desconfirmadora o Manipulatoria. En el cuadrante superior izquierdo se encuentra la Deprivación, situación en la cual no se presentan dificultades en el plano Conyugal, pero sí en el Parental, generando carencias en la nutrición relacional de los hijos. Estas familias atienden, por ejemplo, a las necesidades materiales, pero olvidan aquellas emocionales y afectivas. Finalmente, en el cuadrante inferior izquierdo, se sitúan aquellas familias donde ambas funciones resultan deterioradas. Se tratan pues, de familias con graves carencias en el plano cognitivo, emocional y pragmático, presentando así, déficits en la Nutrición Relacional.

Partiendo de dicha teoría, *el Grup de Recerca de Parella i Família* de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna* (Universitat Ramon Llull) detectaron la necesidad de diseñar, construir y validar en población española un instrumento que evaluara y diferenciara al mismo tiempo Conyugalidad y Parentalidad, discriminando entre parejas funcionales y disfuncionales y entre un ejercicio adecuado o no de las funciones parentales. Fruto de ello, en el 2012 se construyó el Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) (Ibáñez et al., 2012), el cual

evalúa las funciones de Parentalidad y de Conyugalidad. De esta forma, el CERFB permite realizar un diagnóstico relacional y/o detectar problemas familiares (en la parentalidad y/o en la relación de pareja), de modo que ayude a indicar la intervención terapéutica familiar más adecuada en cada caso. Hasta el momento, dicho instrumento ha permitido evaluar las relaciones familiares básicas en el campo de la salud mental, específicamente en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Campreciós et al., 2020), en los Trastornos por Uso de Sustancias (Mercadal Salort, 2018) y en Trastornos del Espectro Psicótico (Roca et al., 2020).

2.1.2. Función de coparentalidad

Al contrario que la relación conyugal y la relación parental, el concepto de coparentalidad es un constructo relativamente nuevo en la psicología, por lo que no existe una única definición (Lamela et al., 2016). Así, una de las definiciones más ampliamente utilizadas es la de Feinberg (2003), la cual define la coparentalidad como un término conceptual que se refiere a las formas en que los padres y/o las figuras parentales se relacionan entre sí como equipo de padres. La coparentalidad se produce cuando los individuos tienen una responsabilidad compartida en la crianza de los hijos, y consiste en el apoyo y la coordinación que las figuras parentales muestran. Así pues, la coparentalidad no se caracteriza por la forma en la que cada padre proporciona individualmente cuidado a su hijo (relación parental), sino a la interacción entre los padres (relación coparental) en la crianza de los hijos (Teubert & Pinquart, 2011).

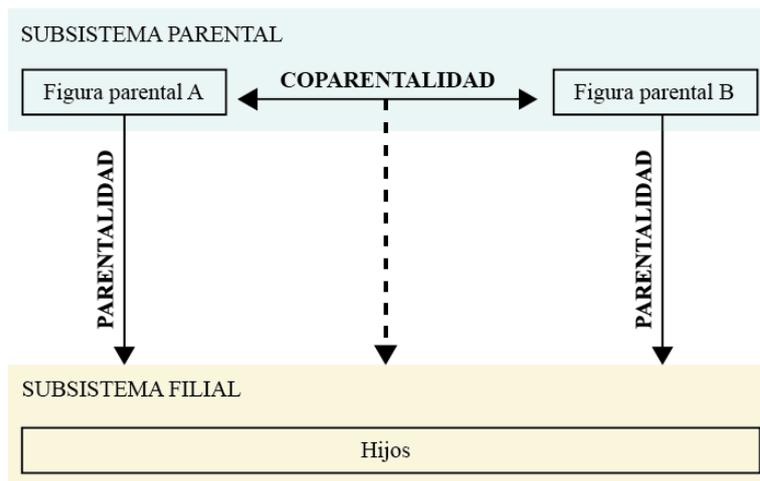
Desde una perspectiva sistémica-estructural, el subsistema parental juega un rol esencial en la regulación de la dinámica familiar. Dicho subsistema está definido por las relaciones entre las dos figuras parentales, por una parte, por la relación conyugal, y por otra por la relación coparental (Minuchin, 1978). Así pues, la relación de coparentalidad

no incluye los aspectos románticos, sexuales, de compañerismo, emocionales, financieros y legales de la relación de los adultos que no están relacionados con la crianza de los hijos (Feinberg, 2003).

Así pues, según Lamela y Figueredo (2016), la parentalidad se refiere a los intercambios e interacciones verticales entre el subsistema parental y el subsistema filial, en cambio la coparentalidad hace referencia a los intercambios horizontales entre las figuras que ejercen la función parental. En la Figura 2 se puede observar la representación gráfica de dicho concepto propuesto por (Günther Bel, 2017).

Figura 2

Representación de la relación parental y la relación coparental.



Nota. Adaptado de Günther-Bel (2017)

Además de la relación entre la parentalidad y la coparentalidad, la investigación es consistente en afirmar la asociación entre la relación coparental y la relación conyugal (Durtschi et al., 2017; Morrill et al., 2010), ya que la calidad de la coparentalidad está estrechamente asociada con la satisfacción marital (Talbot & Mchale, 2004).

Asimismo, la relación coparental juega un papel esencial en las familias con los progenitores separados y/o divorciados, ya que una relación coparental deteriorada puede

afectar al ajuste psicológico, social y emocional de los hijos (Douglas, 2020; Lamela et al., 2016; Zemp et al., 2018). Además, a nivel relacional Linares (2015) sugiere que en las familias se pueden dar situaciones en las que los progenitores impliquen a los hijos en su disputa post-conyugal. Dicha dinámica, fue definida por Linares (2015) como *Prácticas Alienadoras Familiares* (PAF), y deviene pues una variante en la manipulación trianguladora de los hijos en situaciones de separación conflictiva. Ante una PAF será primordial trabajar con todos los miembros de la familia, presentando especial atención a la alianza terapéutica (Günther-Bel et al., 2021).

Debido a la importancia de la relación coparental en el ajuste psicológico de los hijos, en la actualidad existen varios instrumentos que evalúan la coparentalidad, pero muestran algunas limitaciones, por ejemplo, en cuanto a la adaptación y validación a población española, que evalúan varias dimensiones, o bien que se pueden utilizar únicamente en un tipo de estructura familiar (Laia Mollà et al., 2020).

Por ello, los investigadores del equipo del *Grup de Recerca de Parella i Família* de la *Universitat Ramon Llull*, han construido y están validando el *Cuestionario de Evaluación de la Coparentalidad* (CECOP), un cuestionario diseñado para administrar a familias con los progenitores juntos o separados.

3. Trastorno Límite de Personalidad y familia

3.1. Principales aportaciones teóricas y clínicas

3.2. Relaciones familiares en el Trastorno Límite de Personalidad

3. Trastorno Límite de Personalidad y familia

3.1. Principales aportaciones teóricas y clínicas

En primer lugar, debemos citar a Kernberg (1976) y su teoría de las relaciones objetales, configurada bajo las influencias de Mahler (1971) y Klein (1962). Kernberg sugiere que los individuos con TLP no han superado la fase de separación-individuación, en la cual se experimenta la figura materna de forma ambivalente. Por un lado, perciben a su madre como una figura que aporta confianza, protección y cuidado, pero por otro también la perciben como una figura que los descuida, frustra y abandona. En consecuencia, el niño es incapaz de concebir que ambas experiencias provengan de la misma figura, y muestran una angustia y temor intenso a la soledad y al abandono. Kernberg también postula que estos individuos muestran dificultades para integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de su figura materna. Por este motivo, los individuos con TLP se ven obligados a poner en marcha el mecanismo de defensa de la escisión, con el objetivo de mantener separadas a ambas figuras, por lo que perciben a su madre y al *Self* como completamente buenos o malos. Así pues, la relación objetal se mantiene durante la adolescencia y la adultez, concibiendo sus relaciones vinculares separadas a través de la escisión, y mostrando una gran angustia al enfrentarse a la separación de figuras parentales. Dicha teoría de las relaciones objetales constituye la base de la Psicoterapia focalizada en la transferencia (*Transference Focused Psychotherapy*, TFP; Clarkin et al., 2006), un tratamiento de psicoterapia psicodinámica desarrollada para individuos con TLP.

Siguiendo con las aportaciones psicoanalíticas, varios autores (Bateman & Fonagy, 2010; Fiori & Semerari, 2008; Fonagy & Bateman, 2007; Gunderson, 2002) consideran que las alteraciones en el apego temprano predicen la patología psiquiátrica en adultos. En concreto, postulan que la manifestación sintomática del trastorno límite de

personalidad muestra claramente su similitud con el patrón de apego desorganizado, observado en su inestabilidad conductual y emocional. Bateman y Fonagy (2010) agregaron a la conceptualización del TLP las dificultades en el desarrollo de la función reflexiva o mentalización. El término mentalización hace referencia a la capacidad implícita y explícita de dar sentido e interpretar las acciones de uno mismo y de otros en base a estados mentales intencionales (deseos, intenciones, sentimientos y pensamientos) (Luyten & Fonagy, 2015). La capacidad de mentalización tiene sus raíces en las experiencias tempranas en el desarrollo, es decir, en las relaciones de apego en la primera infancia y en la presencia de un ambiente seguro y libre de trauma, pudiendo desarrollar dicha capacidad a través de experiencias e interacciones seguras, gracias al reconocimiento de sus estados mentales por parte de sus figuras cuidadoras. Por ello, deficiencias en el reflejamiento afectivo de las figuras de apego, pueden desembocar en experiencias del *Self* no mentalizadas. Así pues, dificultades en la capacidad de mentalizar pueden afectar la regulación emocional (Bateman & Fonagy, 2010), así como derivar en malinterpretaciones de los estados mentales y disfunciones en las relaciones interpersonales, aspectos clave en el TLP. Por dicho motivo, Bateman y Fonagy (2006) propusieron la Terapia Basada en la Mentalización (*Mental Based Therapy*, MBT) como el foco central de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de personalidad.

Por otro lado, destaca el modelo etiológico de tipo biosocial propuesto por Marsha Linehan (1993), el cual postula que el trastorno límite de personalidad se debe a una disfunción del sistema de regulación emocional, también llamada disregulación emocional. A grandes rasgos, la disregulación emocional consiste en una hiperreactividad emocional caracterizada por una alta sensibilidad a los estímulos emocionales seguida por una alta intensidad de la respuesta emocional, con dificultades para retroceder al estado emocional basal. La disregulación emocional se produce como resultado de la

interacción entre una predisposición y vulnerabilidad biológica-genética, y un ambiente invalidante, principalmente vivido durante la infancia y adolescencia (Crowell et al., 2009). Linehan (1993) se refiere a ambiente invalidante a aquellos ambientes en los cuales la comunicación de experiencias internas (emociones, sensaciones, preferencias...) son tomadas por el contexto como erráticas, exageradas, incorrectas o patológicas, o no son tenidas en cuenta, desatendiendo y negando dichos eventos. Según Linehan (2003) las familias óptimas validan las experiencias privadas de los niños, atienden sus necesidades afectivas y emocionales, y validan la expresión emocional de éstos. En dichas familias, se toman en consideración las preferencias, creencias y pensamientos del niño, y se propicia un estilo de comunicación exitoso, por lo que se da una respuesta parental adecuada y no de rechazo. En cambio, las familias invalidantes responden a las experiencias internas de los niños de forma extrema o negándolas. Por ello, un ambiente invalidante contribuye a la disregulación emocional del niño, ya que se produce un fracaso en la identificación y modulación emocional, así como a tolerar el malestar o frustración. En consecuencia, el niño y futuro adulto aprende a invalidar sus propias experiencias y a mostrar una mayor sensibilidad emocional y dificultad para modular el afecto, aspectos clave en la adaptación vital. A partir de dicha conceptualización teórica, Linehan (1993) desarrolló la Terapia Dialéctico Conductual (*Dialectic Behaviourial Therapy*, DBT) para tratar específicamente los síntomas de impulsividad e inestabilidad presentes en el TLP.

Otro enfoque interesante es la propuesta de Lorna Smith Benjamin (1993) basada en la perspectiva interpersonal (*Interpersonal Reconstructive Therapy*, IRT), la cual sostiene que la personalidad se construye en base a la interacción con los miembros significativos, por lo que nuestra conducta está condicionada por las normas y los valores que recibimos de nuestras figuras de apego. Por ello, la autora estudió y sistematizó los

trastornos de personalidad en base a la historia evolutiva y el contexto familiar de los pacientes mediante el modelo de Análisis Estructurado de la Conducta Social (*Structural Analysis of Social Behaviour, SASB*). Fruto de ello, identificó y describió cuatro características familiares en la historia evolutiva de los pacientes con TLP: (1) En las familias prevalece el caos familiar (disputas, enfrentamientos, cambios de pareja o de figura de apego) en el cual se implica al futuro niño con TLP. (2) Durante la infancia, hay fases en las que alguna de las figuras de referencia se muestra afectiva, seguidos de períodos de abandono y desaparición temporal. Fruto de ello, el niño experimenta afecto de forma intermitente. (3) En los períodos de afecto el niño muestra un fuerte apego hacia la figura significativa, y cuando el niño hace un intento de individuación y autonomía el progenitor lo interpreta como una traición y un acto desleal. (4) El niño aprende que el amor parental y la atención se ofrece sólo cuando se muestra débil, infeliz o enfermo. De esta forma, repetirá dicho patrón en sus futuras relaciones, creyendo que si se muestra enfermo y sufriendo recibirá más afecto y amor.

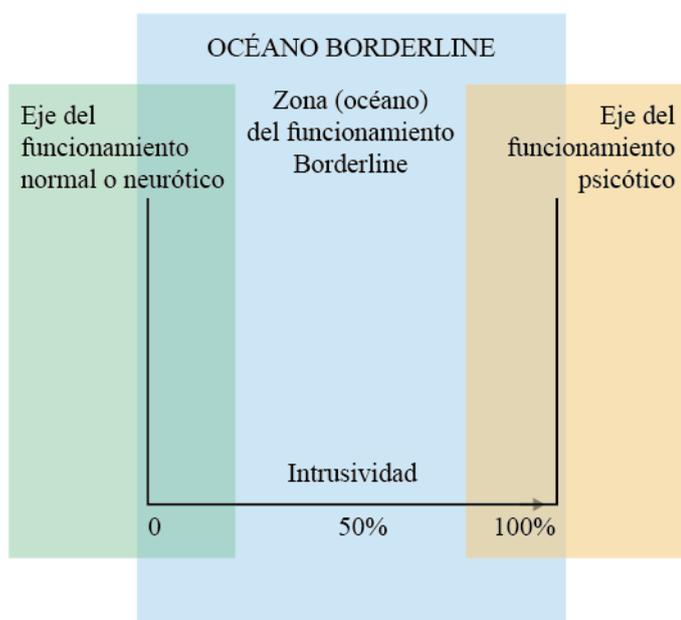
A diferencia de los autores anteriormente citados, Cancrini (2007) hace una elaboración del TLP en la que trata de integrar el enfoque sistémico con las aportaciones del psicoanálisis. En efecto, Cancrini se aleja del concepto de organización *borderline* de la personalidad propuesto por Kernberg (1978) y propone el concepto de “forma de funcionamiento”. Así pues, sugiere que, en vez de estructuras fijas de la personalidad, lo que hay son modos de funcionamiento mental, en el cual existe un umbral de funcionamiento patológico que se activa de forma diferente según determinadas situaciones o circunstancias. Además, el autor plantea el concepto de “océano *borderline*” (Cancrini, 2007) como una metáfora en el que el funcionamiento mental *borderline* es un océano mucho mayor que los continentes que lo separan, la neurosis y la psicosis. De esta forma, una persona con un funcionamiento *borderline* se moverá en el océano y entre las

orillas de los continentes, oscilando así entre la sintomatología neurótica y psicótica (ver Figura 3).

Otra interesante aportación del autor junto con La Rosa (Cancrini & La Rosa, 1996) es el término de desvinculación de compromiso, una condición presente en los pacientes *borderline*. Dicha condición consiste en que la autonomía del paciente se ha efectuado mediante objetivos en contextos normativos y ya establecidos, y no según elecciones personales, ya que el paciente no ha alcanzado un nivel de individualización suficiente. Por ello, la vida del paciente se desarrolla en una situación carente de aspiraciones y de deseos personales, en una atmósfera caracterizada de representaciones dirigidas hacia los otros, dando lugar a una separación de la familia, creando una divergencia entre la vida real y la emotiva.

Figura 3.

Alternancia de los niveles de funcionamiento según Cancrini (2007).

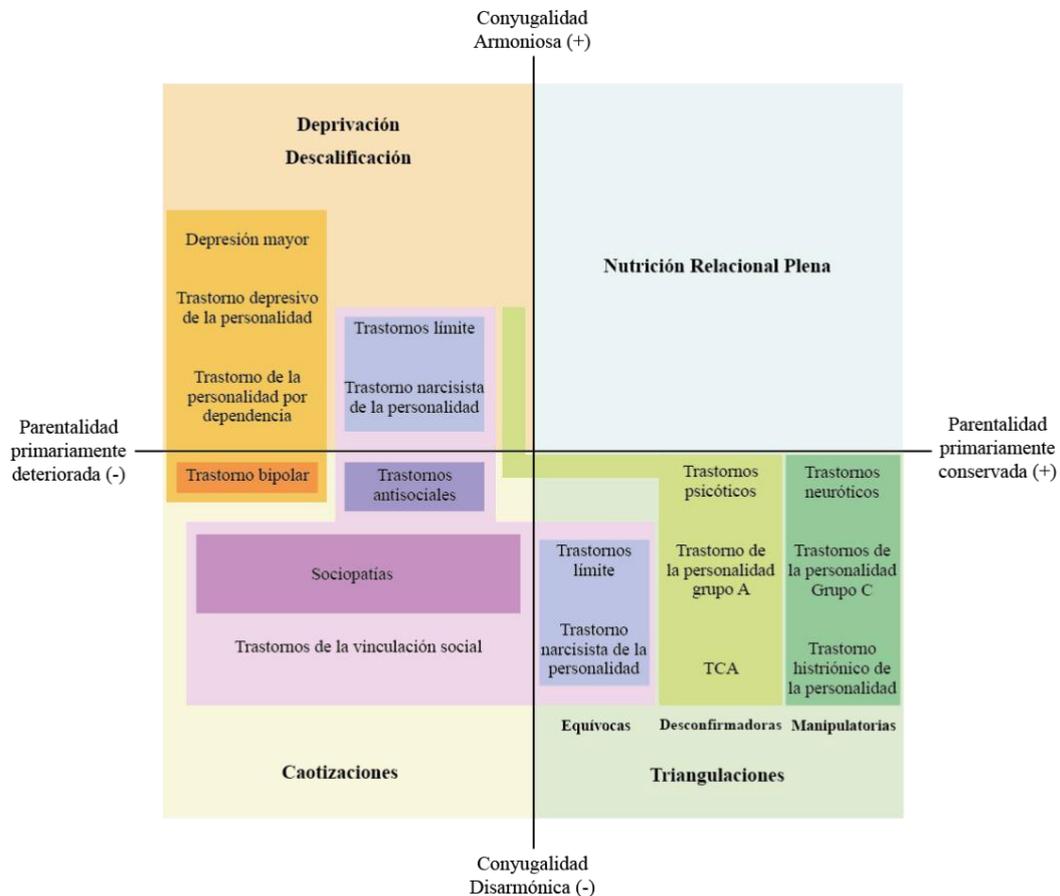


Nota. Adaptado de Cancrini (2007, p. 78)

Partiendo de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas expuesta en el capítulo 2, Linares (1996, 2006, 2012) relaciona las tres modalidades relacionales disfuncionales con la psicopatología, situando distintos trastornos mentales, uno de los cuales es el trastorno límite de la personalidad. Tal y como se puede apreciar en la Figura 4, Linares define la atmósfera relacional de la familia limítrofe dentro del marco de la Triangulación Equívoca y de la Deprivación. En cuanto a la primera modalidad disfuncional, la Triangulación Equívoca, la Conyugalidad se muestra disarmónica y la Parentalidad primariamente conservada. En dicha situación, los padres, distanciados entre sí, descuidan la crianza del hijo, ya que cada uno considera que es el otro el que se está encargando de sus necesidades afectivas. En consecuencia, el niño se siente abandonado a nivel relacional, presentando dificultades de vinculación y desconfianza hacia los iguales. La segunda modalidad en la que Linares sitúa los trastornos límites de personalidad es en el espacio de las deprivaciones, en la cual la Conyugalidad se muestra armoniosa y la Parentalidad primariamente deteriorada. En dicha dinámica relacional, los padres mantienen una buena relación entre ellos, pero son incapaces de atender a las necesidades afectivas y nutricias del hijo. Fruto de ello, el niño crece bajo la normatividad y sociabilidad que los padres le exigen, pero con una gran incapacidad de construir vínculos estables y de confianza. Ambas dinámicas relacionales afectan al niño – y al futuro adulto – en el proceso de vinculación y en el establecimiento de relaciones sociales estables. En consecuencia, los miembros afectados pueden padecer trastornos relacionados con la vinculación social, como lo es el trastorno límite de la personalidad, caracterizado por una gran inestabilidad afectiva y relacional, tendencia a la impulsividad y al aislamiento, y sintomatología psicótica y depresiva.

Figura 4

Modelo bidimensional de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas y su correspondencia con la psicopatología.



Nota. Adaptado de Linares 1996, 2007, 2012.

Siguiendo con las aportaciones sistémicas-relacionales, Campo y D'Ascenzo (2010) desarrollaron un modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP. El modelo combina sesiones individuales con el paciente, basadas en la construcción de un vínculo estable y genuino con el terapeuta, con intervenciones familiares y figuras significativas. De este modo es posible incidir en los comportamientos y rasgos de personalidad del individuo con TLP a través de la relación con el terapeuta y de las relaciones significativas de éste. Así como construir un contexto relacional favorable para reforzar y consolidar los cambios positivos conseguidos en terapia individual. Fruto de la aplicación del modelo, Campo y D'Ascenzo (2010)

observaron que el patrón relacional de las familias con un hijo con TLP oscilaban entre la hiperinvolucración afectiva y la negligencia. Dichos patrones confunden al paciente con TLP en cuanto a la percepción de ser amado por sus progenitores, ya que el amor ya no es incondicional, sino que queda supeditado a las necesidades y las expectativas de los progenitores. Por ello, la persona con TLP experimenta una disociación de los afectos, presentando dificultades en la regulación de la distancia y cercanía emocional con las relaciones significativas durante el proceso de individuación. Desde esta perspectiva, las autoras conceptualizan la personalidad de los individuos como un proceso en continua construcción a partir de la interacción con el mundo exterior, especialmente con sus familiares y allegados más significativos, y postulan lo siguiente:

Si alguien tiene que cambiar la mirada sobre sí mismo, es necesario a la vez que cambie la mirada del entorno más próximo. La clave del proceso terapéutico es conseguir la integración entre la mirada del otro y la visión sobre uno mismo, ya que el problema más importante en el funcionamiento de las personas con TLP es la dificultad de integrar el mundo interno y el mundo externo. (p. 24)

En un estudio posterior, D'Ascenzo et al. (2019) propiciaron y analizaron la construcción de la alianza terapéutica en el modelo integrado anteriormente citado. En dicho estudio, concluyeron que la conexión emocional fue la dimensión que más influyó en la construcción de la alianza terapéutica en terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP. Según las autoras, dicho hallazgo concuerda con la necesidad de compensar las deprivaciones y el rechazo relacional vivido en el contexto familiar, así como la dificultad de establecer un vínculo afectivo estable y seguro. Así pues, según D'Ascenzo et al. (2019), el modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP representa un tipo de intervención adecuado para facilitar la construcción de la alianza terapéutica, aspecto clave para el éxito psicoterapéutico.

3.2. Relaciones familiares en el Trastorno Límite de Personalidad

Actualmente, varios estudios se han focalizado en la atención a la familia con un miembro con TLP debido al impacto que tiene en todos los miembros de la familia (Fruzzetti et al., 2005; Woody et al., 2019). De hecho, algunos familiares sugieren que las interacciones con sus hijos con TLP son altamente estresantes y caóticas (Hoffman 2005). Estas familias suelen sentirse abrumadas y quemadas por los comportamientos y síntomas que acompañan al TLP, lo que aumenta el riesgo de sobrecarga emocional y los síntomas relacionados con el estrés (Bauer et al., 2021, Goodman et al. 2011, Scheirs & Bok, 2007). En consecuencia, el estrés prolongado puede afectar a la capacidad de los miembros de la familia para afrontar eficazmente los comportamientos del TLP, comprometiendo su salud y la de la persona con diagnóstico de TLP (Hoffman et al., 2005). Asimismo, es esencial prestar atención a la influencia de la familia, ya que se ha demostrado que influye directamente en la mejora sintomática del paciente con TLP, así como en la aparición y manejo de las crisis (Choi, 2018; Harman, 2004; Mosmann et al., 2018; Stobie & Tromski-Klingshirn, 2009). Por ello, es fundamental trabajar con la familia y mejorar la relación parental y en consecuencia los síntomas de salud mental del paciente (Brown, 2018).

De hecho, en general, los pacientes con TLP tienden a percibir su entorno y las relaciones familiares de forma más negativa (Gunderson y Lyoo, 1997; Infurna et al., 2016), ya que suelen mostrar negligencia, poco apoyo emocional y ambientes familiares invalidantes (Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993; Zanarini et al., 1997), así como dificultades en la comunicación, cohesión y dinámica familiar (Vilaregut et al. 2021). Además, algunos estudios mostraron un mayor riesgo de presentar síntomas asociados al TLP en antecedentes de ambientes familiares problemáticos y a conflictos parentales (Winsper et al. 2012), y con evidencias de negligencia emocional, física y de cuidado en

la infancia (Johnson et al. 2000; Zweig-Frank y Paris, 1991). De hecho, Zanarini et al. (2000, 2002) observaron que una parentalidad disfuncional predice el diagnóstico de TLP, ya que los pacientes informan de experiencias de negligencia biparental y abuso emocional (Zanarini et al., 2000, 2002). Por ello, es de esperar que la relación parental sea considerada como un factor altamente asociado a la etiología del TLP (Boucher et al., 2017; Infurna et al., 2016; Nickell, Waudby, & Trull, 2002). Además, estudios centrados en las teorías del apego sugieren que los individuos con TLP suelen mostrar un vínculo parental y patrón de apego deteriorados. En concreto, los hijos con TLP perciben una relativa falta de cuidado y sobreprotección por parte de los padres (Boucher et al., 2017; Huang et al., 2014; Infurna et al., 2016; Laporte et al., 2011; Lyons-Ruth et al., 2011; Nickell et al., 2002).

Asimismo, la relación de los padres desempeña un papel fundamental en la salud mental de sus hijos. El conflicto conyugal se ha asociado con sintomatología internalizante y externalizante en niños y adolescentes que estuvieron expuestos a entornos familiares disruptivos (McMahon et al., 2003). Por lo que la relación conyugal puede actuar como un factor de protección o de riesgo para los trastornos psicológicos (Mosmann et al., 2018). Además, varios estudios apoyan la idea de que la calidad de la relación conyugal influye en el desarrollo de la parentalidad y la coparentalidad (Merrifield y Gamble, 2013), ya que las características de una relación de pareja pueden extenderse al ejercicio del rol parental, afectando positiva o negativamente al desarrollo emocional del niño y protegiendo o exponiendo al sistema familiar a un riesgo (Mosmann et al., 2014, 2018; Stroud et al., 2011).

Además de las relaciones diádicas mencionadas anteriormente, debemos considerar la función coparental, ya que como relación triádica destaca la corresponsabilidad y el trabajo en equipo de ambos padres en el proceso de crianza de su

hijo (Feinberg, 2003). Por ello, una relación coparental positiva predice menos sintomatología externalizante e internalizante, y mejora las habilidades interpersonales de los adolescentes (Beckmeyer et al., 2014; Stallman & Ohan, 2016), aspectos implicados en la clínica del TLP. Por el contrario, cuando la relación coparental es conflictiva y hostil, tanto los padres como el bienestar de sus hijos se ve afectado negativamente y tienden a aparecer síntomas clínicos de desajuste psicológico (Amato, 2000). Por otra parte, el divorcio o la separación de las figuras parentales puede considerarse un factor estresante para los pacientes con TLP, ya que constituye un escenario de desafío interpersonal (Stobie y Tromski-Klingshirn, 2009). Algunos estudios explican cómo las historias de divorcio de los progenitores pueden agravar la sintomatología del TLP, ya que la experiencia del divorcio puede ser percibida como una sensación de abandono por parte del paciente, repercutiendo también en su estabilidad clínica (Harman, 2004; Stobie & Tromski-Klingshirn, 2009).

Asimismo, un estudio realizado por Vilaregut et al. (2021) durante la pandemia generada por el COVID-19, continuó demostrando la importancia de atender a la familia en pacientes diagnosticadas de TLP. Concretamente, las madres y las hijas recalcaron su interés en gestionar de forma eficaz las relaciones en el contexto familiar, una necesidad que se hizo más evidente durante el confinamiento.

Por ello, dado el creciente interés y la indudable influencia de la familia en el TLP, en el próximo apartado proseguiremos a explicar los resultados de evaluar empíricamente las relaciones familiares en dicho trastorno tanto en progenitores que viven juntos como separados y el impacto del COVID19 en estas relaciones familiares.

II. APLICACIÓN EMPÍRICA

4. Objetivos

El objetivo principal de esta tesis doctoral fue evaluar las relaciones familiares en familias con un hijo/a diagnosticado/a de Trastorno Límite de la Personalidad y cómo la situación generada por el COVID-19 ha podido impactar en dichas familias. Por ello, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las relaciones familiares básicas, el vínculo parental y el ajuste diádico en familias con un hijo diagnosticado de TLP (grupo clínico, GCL), y compararlas con familias con un hijo sin diagnóstico psicopatológico (grupo control, GCT).
2. Correlacionar las variables familiares de las familias clínicas con la gravedad de la sintomatología del TLP.
3. Describir y comparar la relación conyugal, parental y coparental en familias con un hijo diagnosticado de TLP (grupo clínico, GCL) y compararlas con familias con un hijo sin diagnóstico psicopatológico (grupo control, GCT).
4. Comparar las relaciones familiares con progenitores que viven en el mismo hogar y/o casados (familias casadas), con familias con progenitores separados y/o divorciados (familias divorciadas),
5. Correlacionar la relación conyugal, parental y coparental en familias casadas y divorciadas del GCL.
6. Explorar el impacto psicológico individual y familiar del COVID-19 en adolescentes diagnosticadas de TLP y su familia.

En la Tabla 3 se puede observar la relación de los objetivos específicos con su correspondiente estudio. Así pues, la presente tesis doctoral responde a los objetivos planteados a partir de los tres estudios que la componen.

Tabla 3*Descripción de los objetivos y los estudios.*

Estudios	Objetivos de la tesis
Estudio 1: Assessing family relations in Borderline Personality Disorder: A relational approach.	Objetivo 1 y 2
Estudio 2: Assessing Marital, Parental and Coparental functions in married and divorced families with an offspring with BPD.	Objetivo 3, 4 y 5
Artículo 3: Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents with borderline personality disorder and their mothers: A focus group study.	Objetivo 6

5. Método

5.1. Diseño

Para los objetivos de estudio de los estudios 1 y 2 se realizó un diseño cuasi experimental con un grupo de comparación (Montero & León, 2007) seleccionado mediante un muestreo no probabilístico intencional (Hibberts, Johnson, & Hudson, 2012).

Para el artículo 3, se utilizó el *focus-group*, un diseño de investigación cualitativo para determinar las perspectivas y las experiencias subjetivas de los participantes. Para garantizar la calidad de la investigación, se siguieron las orientaciones de Breen (2006) y Morgan y Krueger (1998).

5.2. Participantes

La muestra que componen los tres estudios de la tesis doctoral fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico intencional (Hibberts et al., 2012), siguiendo los criterios de inclusión previamente definidos y descritos a continuación: a) familias con un hijo mayor de 14 años conviviendo actualmente en el mismo domicilio, b) familias formadas por dos progenitores conviviendo o separados, c) los hijos no tienen descendencia. El criterio diferencial entre el grupo clínico y control es el diagnóstico de TLP en alguno de los hijos de las familias clínicas según los criterios del DSM-5 (APA, 2013) y mediante el SCID-II (First et al. 1999), en cambio, en los hijos de las familias control hay ausencia de diagnóstico psicopatológico. Los criterios de exclusión para ambos grupos eran presentar dificultades intelectuales o idiomáticas para participar en los estudios.

En el estudio 1 se incluyeron 194 participantes, 76 de ellos conformaban el grupo clínico (GCL) y 76 el grupo control (GCT), además el GCL contaba con la participación de 42 hijos/as diagnosticados de TLP. En el estudio 2 se incluyeron 120 participantes

divididos en grupo clínico (GCL, N=60) y grupo control (GCT, N=60) y a su vez en familias con los progenitores casados y/o conviviendo, y progenitores separados y/o divorciados. Además, el grupo clínico contó con la participación de los hijos/as diagnosticados de TLP (N=42). El artículo 3 consistió en la participación de cinco adolescentes con TLP y cuatro madres reclutadas de una unidad ambulatoria especializada en TLP del departamento de psiquiatría del Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón (HUVH). La Tabla 4 recoge la muestra participante en cada estudio.

Tabla 4

Resumen de los participantes del estudio 1 y 2, y el artículo 3.

Participantes	Estudio 1		Estudio 2		Artículo 3	
	GCL	GCT	GCL	GCT	GCL	GCT
Progenitores						
Casados	76	76	30	30	2	-
Separados	-	-	30	30	2	-
Hijos	42	-	38	-	5	-

5.3. Instrumentos

Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

El CERFB de Ibáñez et al. (2012) es un instrumento auto administrado que consta de 25 ítems que evalúan la percepción que cada progenitor tiene de sus hijos y de su pareja. Los ítems son politómicos, valorados en una escala Likert de cinco puntos. El CERFB consta de 2 escalas que evalúan las relaciones familiares básicas: Conyugalidad (14 ítems, $\alpha = .91$), entendida como la calidad de la relación de pareja, y Parentalidad (11 ítems, $\alpha = .92$), entendida como la calidad de la relación entre padres e hijos. La puntuación de cada dimensión se obtiene a partir de la suma de los ítems, indicando el grado de funcionalidad conyugal y parental.

Questionnaire for the Assessment of Coparenting (CECOP):

El CECOP de Mollà et al. (2022) es un instrumento auto administrado que consta de 16 ítems que evalúan la forma en que los padres y/o las figuras parentales se relacionan entre sí como equipo de padres, y es apto para administrar en familias con los padres juntos o separados. Los ítems son politómicos, valorados en una escala Likert de cinco puntos. La puntuación total de coparentalidad ($\alpha = .96$) se obtiene a partir de la suma de los ítems, indicando el grado de funcionalidad coparental.

Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale, DAS)

La DAS Spanier (1976) es un instrumento auto administrado que consta de 32 ítems que miden la percepción de ajuste diádico de cada miembro de la pareja. En concreto, miden cuatro dimensiones del ajuste diádico que a su vez forman las cuatro subsescalas del instrumento: Consenso (13 ítems, $\alpha = .90$), Cohesión (5 ítems, $\alpha = .86$), Satisfacción (10 ítems, $\alpha = .94$), y Expresión de Afecto (4 ítems, $\alpha = .96$). A partir de dichas subsescalas se puede obtener una medida global de la cantidad de Ajuste diádico (32 ítems, $\alpha = .96$) que percibe cada miembro y evalúa la calidad de la relación. El formato de respuesta tipo Likert varía a lo largo del instrumento y hay dos preguntas de respuesta dicotómica. Administramos la adaptación española de Cano-Prous et al. (2014).

Cuestionario de Adaptación al Divorcio-Separación (CAD-S)

El CAD-S, de Yárnoz-Yaben y Comino-González (2010) consta de 20 ítems que evalúan la Adaptación al divorcio/separación ($\alpha = .77$) del progenitor que responde y, a través de él, del grupo familiar en su conjunto. Se puntúan en una escala Likert de 5 puntos. Consta de 4 factores: Dificultades psicológicas y emocionales (6 ítems, $\alpha = .78$), Conflicto con la expareja (3 ítems, $\alpha = .81$), Disposición a la coparentalidad (6 ítems, α

=.72), y Consecuencias negativas del divorcio-separación para los hijos e hijas (5 ítems, $\alpha = .65$).

Instrumento de Vínculo Parental (Parental Bonding Instrument, PBI)

El PBI de Parker et al. (1979) es un instrumento auto administrado que consta de 25 ítems que evalúan dos dimensiones parentales que a su vez forman las dos escalas del instrumento: Cuidado (12 ítems, $\alpha = .88$) y Sobreprotección (13 ítems, $\alpha = .74$). Los ítems son politómicos valorados en una escala Likert de 4 puntos. Administramos la versión actual del instrumento que valora la percepción de los padres en el momento del estudio, y la cruzada, que recoge la percepción de los hijos. Administramos la adaptación española del instrumento, realizada por Ballús (1991).

Borderline Symptom List-23 (BSL-23)

El BSL-23 de Bohus et al. (2009) evalúa la sintomatología del trastorno límite de personalidad a partir de una escala básica de 23 ítems, una analógica visual de la percepción del estado general, y una escala complementaria para una evaluación conductual de 11 ítems. Administramos la versión adaptada y validada a población española de Soler et al. (2013).

5.4. Procedimiento

Los tres estudios que conforman la tesis doctoral están vinculados a un proyecto I+D titulado *Diagnóstico Relacional Familiar en Salud Mental. Aportaciones a la prevención, evaluación y tratamiento* (PSI2017-83146-R; ver Apéndice B). Para la recogida de datos del grupo clínico se contactó con varios dispositivos de asistencia a la salud mental, los cuales aceptaron colaborar en el proyecto, y en consecuencia, los Comités de Ética en Investigación Clínica (CEIC) aprobaron el estudio: Hospital de Mataró (E04PRNG7B200-1023-001; ver Apéndice C), Hospital Universitari de la Vall

d'Hebrón (PR(AG)372/2017; ver Apéndice D) y Hospital d'Igualada (PRCSA0078; ver Apéndice E). La selección de las familias clínicas se realizó con la colaboración de los profesionales implicados en el proyecto. Se procedió a seleccionar las familias que cumplieran los criterios de inclusión, y se solicitó su participación. Paralelamente, la recogida de datos del grupo control se realizó gracias a la participación de familias de distintos centros educativos y del entorno social residentes en la provincia de Barcelona.

Para los estudios 1 y 2, la participación se basó en la recogida de información mediante la cumplimentación de distintos cuestionarios, asegurando que la participación de cada miembro fuera precedida por el cumplimiento y la firma del consentimiento informado que regula la información proporcionada, la voluntariedad y garantiza la confidencialidad. Dicho documento recoge aspectos sobre los objetivos y el contenido del estudio, su voluntariedad y anonimato, y el derecho a abandonar o dejar de formar parte del estudio en cualquier momento. Los padres y madres de las familias casadas respondieron a un bloque de cuestionarios precedido por una hoja de información, el consentimiento informado, un registro de variables sociodemográficas *ad-hoc*, el CERFB, el CECOP, la DAS y el PBI (ver Apéndice F). Los padres y madres de las familias divorciadas respondieron a un bloque de cuestionarios precedido por una hoja de información, el consentimiento informado, un registro de variables sociodemográficas *ad-hoc*, el CECOP, el CAD-S y el PBI (ver Apéndice G). En el caso de los hijos, se administró un bloque de cuestionarios precedido por una hoja de información, el consentimiento informado, un registro de variables sociodemográficas *ad-hoc*, respecto al padre y respecto a la madre, y el BSL-23 (ver Apéndice H). Además, con la ayuda de los profesionales clínicos se recogieron variables clínicas de los pacientes objeto de estudio (ver Apéndice I).

El artículo 3 se realizó en el marco del proyecto previamente aprobado por el CEIC del Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, y en paralelo a la recogida de muestra para los estudios 1 y 2. El estudio se realizó en junio de 2020, después del desconfiamento instaurado por la pandemia del COVID-19. Los participantes fueron reclutados gracias a los psiquiatras y psicólogos de la unidad de psiquiatría ambulatoria, los cuales propusieron a los pacientes que cumplían los criterios de inclusión la participación en el estudio. Los profesionales clínicos explicaron a los miembros participantes la finalidad del estudio, asegurando la voluntariedad y confidencialidad del mismo. Todos los participantes dieron al equipo de investigación su consentimiento informado (ver Apéndice J) tanto en forma de grabaciones de audio como online, y en todo momento se ha preservó el anonimato de los participantes.

El equipo de investigadores implicados en el estudio incluyó a dos clínicos expertos en TLP del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitari de la Vall d'Hebrón, y a dos académicos especializados en terapia familiar. El equipo llevó a cabo dos sesiones de *focus-group online* de 90 minutos, una con adolescentes diagnosticadas de TLP y la otra con sus madres. Cada *focus-group* fue dirigido por un clínico y un académico pertenecientes al equipo de investigación, y se utilizó un guión de preguntas semiestructurado que incluía preguntas sobre los cambios, dificultades y aprendizajes percibidos por los participantes durante el confinamiento, y las preocupaciones, retos, necesidades futuras y aprendizajes del desconfiamento.

5.5. Análisis de datos

Los análisis estadísticos de los estudios 1 y 2 se llevaron a cabo con el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; v.26). Dado que las variables cumplían los supuestos de normalidad, se utilizaron pruebas paramétricas. Las diferencias entre grupos en las

variables demográficas se evaluaron mediante la prueba de la *t* de *Student* para las variables continuas y las variables categóricas se analizaron mediante pruebas de chi-cuadrado. Para el estudio 1 se realizó un análisis descriptivo para las variables CERFB, PBI y DAS, y para el estudio 2 se añadió el CECOP y el CAD-S. A continuación, se utilizó la prueba *t* de *Student* para el análisis intergrupar para comparar las medias entre el GCL y GCT, y para el estudio 2 se comparó entre familias casadas y divorciadas. Cuando la prueba *t* fue significativa, se calculó el tamaño del efecto y se clasificó de acuerdo con los criterios *d* de Cohen (1988) (*d* de Cohen: 0,2, 0,5, 0,8 para un efecto pequeño, mediano y grande, respectivamente). Para el análisis intragrupo del GCL se realizó un estudio de correlación mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para el estudio 1 se realizó un análisis de correlación para examinar la percepción del vínculo parental entre los padres, las madres y sus hijos. En el estudio 2 se comparó la percepción del vínculo parental entre hijos de progenitores casados y divorciados. Por último, en el estudio 1 se realizaron correlaciones bivariadas para determinar las relaciones entre las relaciones familiares y la sintomatología del TLP, y en el estudio 2 entre las variables familiares.

Para el artículo 3 se transcribieron literalmente las grabaciones de audio de los *focus-group* y se introdujeron en ATLAS.ti 8, un paquete de análisis de software cualitativo, para facilitar la codificación de los datos. Dos autores actuaron como codificadores, y los resultados se compartieron y discutieron con el resto de los coautores hasta llegar a un acuerdo. Se utilizó el análisis temático para identificar y analizar los patrones de significado repetidos dentro de los datos textuales. Se siguió el procedimiento analítico de seis fases descrito por Braun y Clarke (2006): (1) familiarizarse con los datos, (2) generar códigos iniciales, (3) buscar temas, (4) revisar los temas, (5) nombrar y definir los temas, (6) elaborar el informe.

6. Resultados: Artículos

Estudio 1: Assessing family relations in Borderline Personality Disorder: A relational approach.

Estudio 2: Assessing Marital, Parental and Coparental functions in married and divorced families with an offspring with BPD.

Artículo 3: Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents with borderline personality disorder and their mothers: A focus group study.

Apartado no publicado por confidencialidad.

7. Discusión

El TLP es uno de los trastornos mentales más complejos de comprender y tratar dado su patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y la afectividad. Como la mayoría de los trastornos mentales, se cree que el TLP tiene una causa multifactorial resultado de la interacción entre la vulnerabilidad genética y los factores ambientales (Carpenter et al., 2013; Crowell et al., 2009; Perez-Rodriguez et al., 2018). Por ello, la familia ha sido una variable estudiada y descrita como un factor de riesgo en el desarrollo del TLP desde distintos modelos y orientaciones teóricas (Benjamin, 1993; Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini 2007; Linares, 2007, 2012; Fonagy et al., 2008; Kernberg; 1976; Gunderson & Lyoo, 1997; Linehan, 1993).

Por ello, la presente tesis doctoral ha abogado por evaluar las relaciones familiares en el TLP desde la perspectiva sistémica. En concreto, a través de la Teoría de las Relaciones Familiares Básicas de Linares (1996, 2012) ya que nos aporta una visión integrada de las funciones básicas (conyugalidad y parentalidad) que configuran una familia. Además, introducimos también el concepto de coparentalidad (Feinberg, 2003), una función familiar presente en las familias con los progenitores juntos y separados, y que consideramos básica en la conceptualización de la familia en la actualidad.

Así, el primer estudio que compone la tesis doctoral consistió en la evaluación de las relaciones familiares básicas, el vínculo parental y el ajuste diádico en familias con un hijo con un diagnóstico de TLP, y comparar dichas relaciones con un grupo control. Fruto de ello, el estudio mostró que los padres de hijos con TLP perciben una relación conyugal y parental más deteriorada respecto a la población general, así como menos cuidadores y afectivos con sus hijos. Además, los hijos también percibieron a sus padres como poco afectuosos y cuidadores. Dichos resultados concuerdan con la teoría de Linares, ya que, por una parte, la disfunción conyugal puede implicar la triangulación del hijo en su

disputa, afectando secundariamente sus funciones parentales. Y por otra, porque una parentalidad deteriorada promueve una atmosfera de deprivación de las necesidades afectivas, emocionales y nutricias del hijo.

En cuanto al estudio 2, nos planteamos evaluar y comparar familias casadas y divorciadas con un hijo con TLP, y además compararlas con un grupo control. Los resultados mostraron que la relación conyugal, parental y coparental de las familias casadas del GCL, estaban significativamente más deterioradas que las familias divorciadas del GCL. Además, al evaluar la percepción de cuidado y sobreprotección percibidos por los hijos con TLP, hallamos que los hijos de las familias casadas expresan menos cuidado y afecto por parte de sus padres que las familias divorciadas. Estos resultados nos señalan de nuevo la correspondencia con la hipótesis de Linares, donde las familias casadas muestran una relación parental más deteriorada que las familias divorciadas, posiblemente fruto del conflicto conyugal y consiguiente afectación coparental y parental. Además, el estudio también evidenció la influencia bidireccional entre la relación conyugal, parental y coparental, y que no necesariamente el hecho de estar en una familia separada o divorciada es un factor de más riesgo para desarrollar un trastorno mental grave, aspectos que consideramos claves para tener en cuenta en la evaluación e intervención familiar.

Finalmente, el artículo 3 tuvo como objetivo explorar el impacto individual y familiar en adolescentes con TLP y sus madres durante la primera ola provocada por la pandemia del COVID-19. El estudio evidenció las dificultades que muestran estas familias, por ejemplo, destacaron la importancia de gestionar las relaciones en el contexto familiar. De hecho, manifestaron que durante el confinamiento se habían intensificado y hecho más evidentes las dificultades en la comunicación, cohesión y dinámica familiar. Aun así, también resaltaron consecuencias positivas del confinamiento, en concreto

cuando la familia fue capaz de encontrar un equilibrio entre el espacio individual y familiar.

8. Conclusions

In summary, Figure 5 shows an approximation of the relational atmosphere of families with a member with BPD following Linares' (1993, 2006, 2012) theoretical hypothesis of basic family relationships. As can be seen, the area with the dotted line represents the confluence of the means and standard deviations of marital and parental functions obtained in the general population (Ibáñez et al., 2012), and therefore represents statistical normality. The purple area is the result of the means and standard deviations in the BPD population obtained in this thesis.

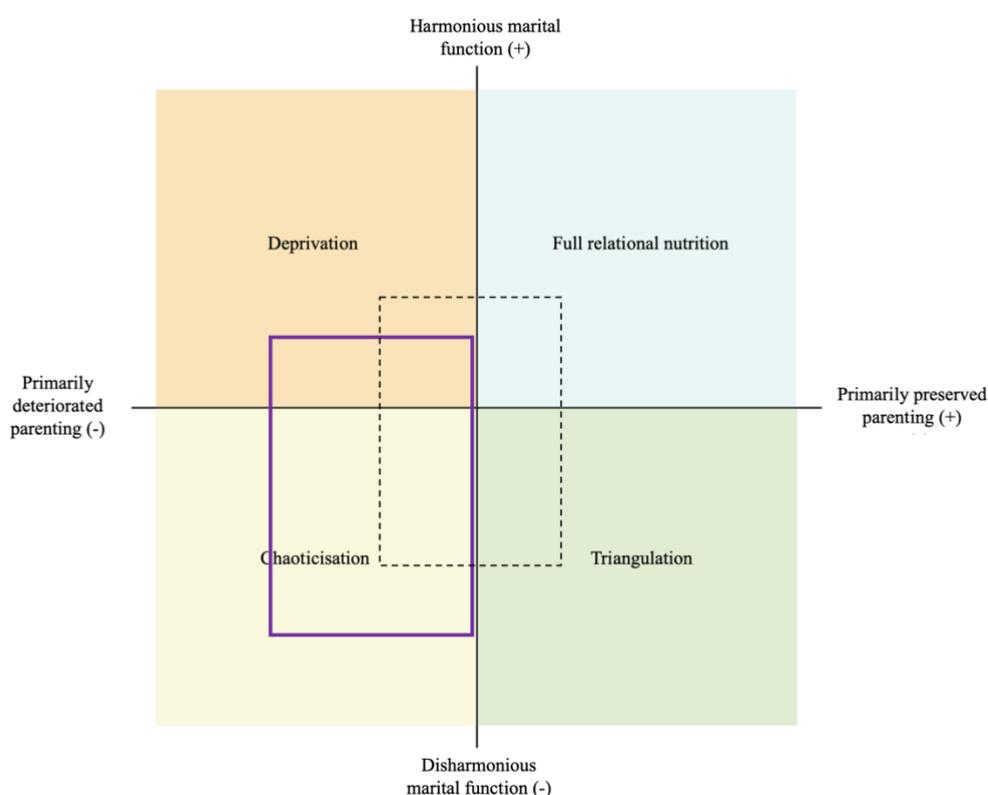
Based on the two-dimensional model and the results obtained, we can conclude that, as regards families with cohabiting and/or married parents, it is essential to assess marital, parental and coparental functions, as the results have shown that these relationships are more deteriorated. First of all, attention should be paid to the marital relationship, as a deteriorated marital relationship may imply a triangulation of the child in marital disputes, although it does not necessarily affect parental and coparental functions. In the latter situation, families would be located in the **triangulation** quadrant, and interventions should be aimed at promoting the marital relationship and implementing de-triangulation strategies.

This triangulation may also have a secondary impact on parenting, leading to the abandonment of the child due to marital disputes, with consequences for the co-parenting and parenting function. In this case, the family will show difficulties in the marital and parental relationship, and will be placed in the **chaotic** quadrant, characteristic of multi-problem, chaotic and neglectful families. In this scenario, interventions should be aimed at structuring the chaotic organisation of the family through changes in adaptability, cohesion and hierarchy (Linares, 2012).

Finally, if the marital relationship is harmonious, but parenting is impaired, the family will be placed in the **deprivation** quadrant, characterised by neglect, rejection, criticism and disqualification (Linares, 2012), thus forming an invalidating environment. In these families with a member with BPD, the therapeutic intervention should be aimed at applying bonding strategies, since the objective will be to recover the parent-child bond.

Figure 5

Linares two-dimensional model adapted to the general population and to families with an offspring with BPD.



Regarding families with separated and/or divorced parents, we do not have a two-dimensional model that includes family typologies, but the results of the study show that there is not necessarily a cause-effect relationship in which separation constitutes a risk factor for BPD. In fact, divorced families have shown a more preserved parental and co-parental relationship than families with married parents. Likewise, offspring from married

families also reported feeling their parents less affectionate and caring than offspring from divorced families.

Therefore, it is to be expected that the findings show that both BPD patients and their relatives agree on the importance of managing family relationships in the family context. Hence, a stressful situation, as was the confinement due to the COVID-19 pandemic, has intensified and highlighted the underlying difficulties in these families, exacerbating problems in communication, cohesion and family dynamics.

9. Limitaciones de la investigación, líneas futuras e implicaciones clínicas

La limitación principal del estudio 1 hizo referencia a la no evaluación de familias con los padres separados y/o divorciados, ya que estas nuevas estructuras familiares son cada vez más comunes, y sus particularidades deben ser consideradas tanto en la práctica clínica como en la investigación.

En cuanto al estudio 2, creemos que una limitación fue el tamaño de la muestra, ya que aumentarla nos ayudaría a tener una visión más global de las relaciones familiares, así como a averiguar la posible presencia de diferentes patrones relacionales. En concreto, en las familias divorciadas, sería interesante diferenciar las familias en las que los padres tienen custodia compartida y por lo tanto comparten por igual el cuidado de los hijos, de aquellas en las que uno de los padres es el cuidador principal.

Una limitación compartida entre el estudio 1 y 2 fue que todas las familias reclutadas conocían el diagnóstico y el tratamiento de sus hijos, y al aceptar participar expresaron su interés en la relación familiar con sus hijos. Por ello, no pudimos explorar la percepción de las relaciones familiares de los padres no involucrados en la salud mental de sus hijos, posiblemente por estar abrumados y quemados por la relación.

En referencia al estudio 3, creemos que una limitación, pero a la vez una línea futura de investigación podría ser incluir a los padres en los grupos focales, en lugar de sólo las madres, ya que los padres pueden haber percibido algunos aspectos individuales o relacionales de forma diferente a las madres. También sería deseable incorporar las percepciones de los pacientes masculinos para examinar cualquier posible diferencia teniendo en cuenta la perspectiva de género, aunque la inclusión de pacientes masculinos con TLP es una limitación común en la investigación y la práctica clínica.

En general, futuras investigaciones deberían abogar por seguir investigando sobre la relación conyugal, parental y coparental en familias con un miembro con TLP, ya que, para entender y comprender la complejidad de las relaciones familiares en el TLP, es esencial considerar a la familia desde un enfoque relacional, más que desde una perspectiva individual, ya que las relaciones familiares influyen en cada miembro de manera diferente, afectando a las interacciones y a la dinámica familiar. Los hallazgos pueden permitir a los clínicos evaluar de forma independiente las relaciones familiares, de modo que puedan determinar el mejor enfoque de tratamiento o plan terapéutico tanto para el paciente como para la familia.

10. Referencias

- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría*, *17*(9), 425–432.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association. (ed.); 5th ed.).
- American Psychiatry Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª). Editorial Médica Panamericana.
- Andolfi, M. (1993). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Paidós.
- Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-Deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*, *30*(8), 1657–1672. <https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800>
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(7), 1425. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071425>
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, *11*(1), 63–68. <https://doi.org/10.1007/S11920-009-0010-4>
- Ballús-Creus, C. (1991). *Adaptación del Parental Bonding Instrument*. (1991). Barcelona: Escuela Profesional de Psicología Clínica.
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, *134*(2), 169–179. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008>

- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2012). Gender Differences in a Clinical Sample of Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 26*(3).
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.368>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198527664.001.0001>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*(1), 11–15.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2005). Interpersonal Theory of Personality Disorders: The Structural Analysis of Social Behavior and Interpersonal Reconstructive Therapy. In M. F. Lenzenweger & J. F. Clarkin (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 157–230). Guilford Press.
- Bertalanffy, L. von. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Alianza universidad.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology, 42*(1), 32–39.
<https://doi.org/10.1159/000173701>
- Botella, L., & Vilaregut, A. (2010). La perspectiva sistémica en terapia familiar : Conceptos básicos , investigación y evolución. *Revista de Psicoterapia, 2*, 41–72.

- Boucher, M. È., Pugliese, J., Allard-Chapais, C., Lecours, S., Ahoundova, L., Chouinard, R., & Gaham, S. (2017). Parent–child relationship associated with the development of borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health, 11*(4), 229–255. <https://doi.org/10.1002/pmh.1385>
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(1), 24–31. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000149215.88020.7C>
- Bulbena-Cabre, A., Bassir Nia, A., & Perez-Rodriguez, M. M. (2018). Current Knowledge on Gene-Environment Interactions in Personality Disorders: an Update. *Current Psychiatry Reports, 20*(9), 74. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0934-7>
- Caballo, V. (2001). Una introducción a los trastornos de la personalidad en el siglo XXI. *Psicología Conductual, 9*(3), 455–469.
- Calvo, N., Valero, S., Arntz, A., Andi3n, 3., Matal3, J. L., Navascues, V., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M., & Ferrer, M. (2018). Validation of the Spanish version of the Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist) in a sample of BPD patients: Study of psychometric properties. *The European Journal of Psychiatry, 32*(1), 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.003>
- Campo, C., & D'Ascenzo, I. (2010). El Trastorno L3mite de la Personalidad: Diagn3stico e Intervenci3n desde la perspectiva sist3mica. *Redes: Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales, 24*, 23–51.
- Campreci3s, M., Vilaregut, A., Callea, T., & Mercadal, L. (2020). Aplicabilidad cl3nica del Cuestionario de Evaluaci3n de las Relaciones Familiares B3sicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria: relaci3n conyugal y parental en

- estructuras tradicionales de familia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 48(5), 191–199.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Paidós.
- Cancrini, L., & La Rosa, C. (1996). *La caja de pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós.
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F., & García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(2), 137–144. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70047-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70047-X)
- Carpenter, R. W., Tomko, R. L., Trull, T. J., & Boomsma, D. I. (2013). Gene-Environment Studies and Borderline Personality Disorder: A Review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 336. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0336-1>
- Ceberio, M. R., & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder.
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental Pathways to Borderline Personality Disorder. *Curr Psychiatry Rep*, 14, 45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Chanen, A. M., & Thompson, K. N. (2019). The Age of Onset of Personality Disorders. In G. de Girolamo, P. D. McGorry, & N. Sartorius (Eds.), *Age of Onset of Mental Disorders*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72619-9_10
- Chapman, J., Jamil, R. T., & Fleisher, C. (2021). *Borderline Personality Disorder*.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline*

- personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Publishing.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Edition). Routledge.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 466–486.
<https://doi.org/10.1521/PEDI.2005.19.5.466>
- Colligan, R. C., Morey, L. C., & Offord, K. P. (1994). The MMPI/MMPI-2 personality disorder scales: Contemporary norms for adults and adolescents. *Journal of Clinical Psychology, 50*(2), 168–200. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199403\)50:2<168::AID-JCLP2270500207>3.0.CO;2-E](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199403)50:2<168::AID-JCLP2270500207>3.0.CO;2-E)
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- D'Ascenzo, I., Vilaregut, A., Álvarez, G., Bodas, M., Elias, M., Ureña, I., & Yagüe, R. (2019). Construcción de la Alianza Terapéutica en un caso de Terapia Familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology, 49*(3), 57–71.
<https://doi.org/10.1344/ANPSIC2019.49.7>
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research, 262*, 70–77.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.01.043>
- Douglas, V. I. (2020). Review on the Effects of Divorce on Children. *Journal of Current Issues in Arts and Humanities, 6*(1), 67–74. www.idosr.org

- Durtschi, J. A., Soloski, K. L., & Kimmes, J. (2017). The Dyadic Effects of Supportive Coparenting and Parental Stress on Relationship Quality Across the Transition to Parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 308–321.
<https://doi.org/10.1111/jmft.12194>
- Feinberg, M. E. (2003). The Internal Structure and Ecological Context of Coparenting: A Framework for Research and Intervention. *Parenting*, 3(2), 95–131.
https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
- Ferrer, M., Andión, Ó., Matalí, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J. A., Torrubia, R., & Casas, M. (2010). Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Borderline Patients Defines an Impulsive Subtype of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 812–822.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.812>
- Fiori, D., & Semerari, A. (2008). El trastorno límite de la personalidad. In A. Semerari & G. Dimaggio (Eds.), *Los trastornos de la personalidad: modelos y tratamiento* (2nd Edition, pp. 149–186). Desclée De Brouwer.
- First, M. B. (2016). *SCID-5-CV: Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version*. . American Psychiatric Association.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *The structured clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Press.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83–101.
<https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment

relationships: A theory and some evidence. In *Psychoanalytic Inquiry* (Vol. 23, Issue 3, pp. 412–459). Analytic Press, Inc.

<https://doi.org/10.1080/07351692309349042>

Forjaz, M. J., Cano, P. M., & Cervera-Enguix, S. (2002). Confirmatory factor analysis, reliability, and validity of a Spanish version of FACES III. *American Journal of Family Therapy*, 30(5), 439–449. <https://doi.org/10.1080/01926180260296332>

Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1159/000363145>

Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model.

Development and Psychopathology, 17(4), 1007–1030.

<https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>

Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A.

(2011). Parental Burden Associated with Borderline Personality Disorder in Female Offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59–74.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith,

S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008).

Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.

<https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>

Gregory, R., Sperry, S. D., Williamson, D., Kuch-Cecconi, R., & Spink, G. L. (2021).

High prevalence of borderline personality disorder among psychiatric inpatients admitted for suicidality. *Journal of Personality Disorders*, 35(5), 776–787.

https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_508

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad.

(2011). *Guía De Práctica Clínica Sobre Trastorno Límite De La Personalidad*.

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/gpc_tlp_2011_completa.pdf

Gunderson, J. (2002). Psicoterapia psicodinámica en el trastorno límite de la

personalidad. , 28. In J. Gunderson & G. Gabbard (Eds.), *Psicoterapia en los trastornos de la personalidad* (pp. 33–64). American Psychiatric Publishing.

Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C.

(2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Gunderson, J. G., & Lyoo, I. K. (1997). Family problems and relationships for adults

with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 272–278. <https://doi.org/10.3109/10673229709030553>

Günther-Bel, C., Vilaregut, A., Juan, ·, & Linares, L. (2021). *Towards an*

Understanding of the Within-System Therapeutic Alliance with High-Conflict Divorced Parents: A Change Process Research. 43, 329–342.

<https://doi.org/10.1007/s10591-021-09593-7>

Günther Bel, C. (2017). La alianza terapéutica en terapia familiar con progenitores

separados en conflicto: un modelo del proceso de cambio intrasistema [Universitat Ramon Llull]. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*.

<http://www.tdx.cat/handle/10803/403375>

Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Amorrortu.

- Herman, J. L., Perry, C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *146*(4), 490–495.
<https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
- Hibberts, M., Johnson, R. B., & Hudson, K. (2012). Common survey sampling techniques. In *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences* (pp. 53–74). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3876-2_5
- Huang, J., Napolitano, L. A., Wu, J., Yang, Y., Xi, Y., Li, Y., & Li, K. (2014). Childhood experiences of parental rearing patterns reported by Chinese patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology*, *49*(1), 38–45. <https://doi.org/10.1002/ijop.12007>
- Hyler, S. (1994). *Personality Questionnaire PDQ-4+*. New York State Psychiatric Institute.
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, *24*(3), 489–494.
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Fischer, G., Resch, F., & Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *30*(2), 177–192.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_186
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson.
- Knight, R. P. (1953). Borderline states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *17*, 1–12.
- Lamela, D., Figueiredo, B., Bastos, A., & Feinberg, M. (2016). Typologies of Post-divorce Coparenting and Parental Well-Being, Parenting Quality and Children's

- Psychological Adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 716–728. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0604-5>
- Laporte, L., & Guttman, H. (2007). Recollections of parental bonding among women with borderline personality disorder as compared with women with anorexia nervosa and a control group. *Australian Journal of Psychology*, 59(3), 132–139. <https://doi.org/10.1080/00049530701449463>
- Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 448–462. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.448>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leung, S.-W., & Leung, F. (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 494–513. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.494>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, P. M. M., & Bohus, P. M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., & Callea, A. (2022). Assessment of Basic Family Relationships: Portuguese Validation of the “Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas” (CERFB). *Journal of Child and Family Studies*. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02215-8>
- Linares, J. L. (2006). Complex love as relational nurturing: An integrating ultramodern concept. *Family Process*, 45(1), 101–115. <https://doi.org/10.1111/j.1545->

5300.2006.00083.x

Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica.

Clínica y Salud, 18(3), 381–399.

<http://www.redalyc.org/pdf/1806/180613877008.pdf>

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Herder.

Linares, J. L. (2015). *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación*

Parental reformulado. Gedisa.

Linares, Juan Luis. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica*

clínica. Paidós.

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

Guilford Press.

Loranger, A. W. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives*

of General Psychiatry, 51(3), 215.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>

Lyons-Ruth, K., Choi-Kain, L., Pechtel, P., Bertha, E., & Gunderson, J. (2011).

Perceived parental protection and cortisol responses among young females with
borderline personality disorder and controls. *Psychiatry Research*, 189(3).

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.038>

Mateu, C., Haro, G., Revert, L., Barabash, A., Benito, A., Calatayud, M., & Traver, F.

(2008). El papel de la genética en la personalidad y sus trastornos desde una
perspectiva clínica. . *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36, 230–243.

McMahon, S. D., Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., & Ey, S. (2003). Stress

and psychopathology in children and adolescents: Is there evidence of specificity?

Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 44(1), 107–

133. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00105>

- Mercadal Salort, L. (2018). Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos relacionados con sustancias [Universitat Ramon Llull]. In *TDX (Tesis Doctorals en Xarxa)*. <http://www.tdx.cat/handle/10803/552404>
- Merza, K., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I. (2015). The role of childhood traumatization in the development of borderline personality disorder in Hungary. *The European Journal of Psychiatry, 29*(2), 105–118. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632015000200002>
- Millon, T., Millon, C., & Davis, R. (1994). *MCMI-III Manual*. . National Computer Systems.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar, Barcelona, Editorial Paidós*. Paidós.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2008). A neurocognitive model of borderline personality disorder: Effects of childhood sexual abuse and relationship to adult social attachment disturbance. *Development and Psychopathology, 20*(1), 341–368. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000163>
- Mollà, L, Vilaregut, A., Callea, A., & Matalí, J. (2022). Questionnaire for the Assessment of Coparenting (CECOP): Development and Validation European . *Journal of Psychological Assessment*.
- Mollà, Laia, Günther-Bel, C., Vilaregut, A., Campreciós, M., & Matalí, J. L. (2020). Instruments for the Assessment of Coparenting: A Systematic Review. *Journal of Child and Family Studies, 29*(9), 2487–2506. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01769-3>
- Morrill, M. I., Hines, D. A., Mahmood, S., & Córdova, J. V. (2010). Pathways Between Marriage and Parenting for Wives and Husbands: The Role of Coparenting. *Family*

Process, 49(1), 59–73. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2010.01308.x>

Mosmann, C., da Costa, C. B., da Silva, A. G. M., & Luz, S. K. (2018). Children with clinical psychological symptoms: The discriminant role of conjugality, coparenting and parenting. *Trends in Psychology*, 26(1), 429–456.
<https://doi.org/10.9788/TP2018.1-17En>

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society.

Nickell, A. D. A., Waudby, C. J. C., & Trull, T. J. T. (2002). Attachment, Parental Bonding, and Borderline Personality Disorder Features in Young Adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148–159.
<https://doi.org/10.1521/pedi.16.2.148.22544>

Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Lithuania)*, 55(6). <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>

Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). Parental bonding instrument (PBI). *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>

Pascual, J. C., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., Ropero, M., Gomà, M., Álvarez, E., & Pérez, V. (2007). Asociación entre el gen del transportador de la serotonina y rasgos de personalidad en pacientes con trastorno límite de la personalidad evaluados mediante el Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 35(6), 382–386.

Perez-Rodriguez, M. M., Bulbena-Cabré, A., Bassir Nia, A., Zipursky, G., Goodman, M., & New, A. S. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. In *Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 41, Issue 4, pp. 633–650).
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012>

- Perroud, N., Zewdie, S., Stenz, L., Adouan, W., Bavamian, S., Prada, P., Nicastro, R., Hasler, R., Nallet, A., Piguet, C., Paoloni-Giacobino, A., Aubry, J. M., & Dayer, A. (2016). Methylation of serotonin receptor 3A in ADHD, Borderline personality, and bipolar disorders: Link with severity of the disorders and childhood maltreatment. *Depression and Anxiety, 33*(1), 45–55.
<https://doi.org/10.1002/da.22406>
- Pfohl, B., Blum, N. ., & Immerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)*. American Psychiatric Press.
- Quirk, S. E., Berk, M., Pasco, J. A., Brennan-Olsen, S. L., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Burke, L. M., Jackson, H. J., Hulbert, C., Olsson, C. A., Moran, P., Stuart, A. L., & Williams, L. J. (2017). The prevalence, age distribution and comorbidity of personality disorders in Australian women. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51*(2), 141–150.
<https://doi.org/10.1177/0004867416649032>
- Reichborn-Kjennerud, T. (2010). Genetics of Personality Disorders. *Clinics in Laboratory Medicine, 30*(4), 893–910. <https://doi.org/10.1016/J.CLL.2010.07.011>
- Roca, M., Vilaregut, A., Palma, C., Barón, F. J., Campreciós, M., & Mercadal, L. (2020). Basic Family Relations, Parental Bonding, and Dyadic Adjustment in Families with a Member with Psychosis. *Community Mental Health Journal, 56*(7), 1262–1268. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00581-z>
- Roca, M., Vilaregut, A., Pretel-Luque, T., Calvo, N., Frías, A., & Ferrer, M. (2022). Assessing family relations in Borderline Personality Disorder: A relational approach. *Journal of Personality Disorders*.
- Salavert, J., Gasol, M., Vieta, E., Cervantes, A., Trampal, C., & Gispert, J. D. (2011). Fronto-limbic dysfunction in borderline personality disorder: A 18F-FDG positron

emission tomography study. *Journal of Affective Disorders*, 131(1–3), 260–267.

<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2011.01.001>

Satir, V. (2002). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. Editorial Pax México.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.

Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2018.07.009>

Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., Brendel, G., Pan, H., Beutel, M., Pavony, M. T., Epstein, J., Lenzenweger, M. F., Thomas, K. M., Posner, M. I., & Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832–1841. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2007.06010126>

Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanarini, M. C. (2012). The Course of Anxiety Disorders Other Than PTSD in Patients with Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 804–814. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.804>

Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C., Mataix-Cols,

- D., & Kuja-Halkola, R. (2021). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, 26(3), 999–1008. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0>
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13(1), 1317. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Talbot, J. A., & Mchale, J. P. (2004). Individual Parental Adjustment Moderates the Relationship Between Marital and Coparenting Quality. In *Journal of Adult Development* (Vol. 11, Issue 3).
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2011). The Coparenting Inventory for Parents and Adolescents (CI-PA). *European Journal of Psychological Assessment*, 27(3), 206–215. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000068>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality

- disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590–596.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416–425. <https://doi.org/10.1053/COMP.2000.16560>
- Vanwoerden, S., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*, 257, 462–471.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2017.08.015>
- Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Mercadal, L., & Mateu, C. (2019). Measuring family relations: Italian validation of the “cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas” (CERFB). *Clinical Neuropsychiatry*, 16(2). <http://www.recercat.cat/handle/2072/374179>
- Vilaregut, A., Roca, M., Ferrer, M., Pretel-Luque, T., & Calvo, N. (2021). Exploring the psychological impact of COVID-19 on adolescents with borderline personality disorder and their mothers: A focus group study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 135910452110583. <https://doi.org/10.1177/13591045211058318>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. Norton.
- West, M., Keller, A., Links, P., & Patrick, J. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38(suppl 1), 16–22.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Hosp Community Psychiatry*, 42(10).
<https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015>

- Widiger, T., Mangine, S., Corbitt, E., Ellis, C., & Thomas, G. (1995). *Personality disorder interview-IV: En semistructured interview for the assessment of personality disorders. Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Wiener, N. (1948). Time, communication and the nervous system . *Annals of the New York Academy of Sciences*, 50(4 Teleological), 197–220.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1948.tb39853.x>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 13–24. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2015.12.001>
- Zanarini, M. (1996). *The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders*. McLean Hospital and Harvard Medical School.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Hennen, J., & Silk, K. R. (2005). Adult experiences of abuse reported by borderline patients and axis II comparison subjects over six years of prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(6), 412–416. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000165295.65844.52>
- Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV Borderline Personality Disorder in Two Community Samples: 6,330 English 11-Year-Olds and 34,653 American Adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607–619.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F.

- R., & Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 154*(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Zanarini, MC., Gunderson, J., Frankenburg, F., & Chauncey, D. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. . *Journal of Personality Disorders, 3*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>
- Zemp, M., Johnson, M. D., & Bodenmann, G. (2018). Within-family processes: Interparental and coparenting conflict and child adjustment. *Journal of Family Psychology, 32*(3), 299–309. <https://doi.org/10.1037/fam0000368>
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 148*(5), 648–651. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.648>

APÉNDICE
