

# L'ESTRUCTURA FAMILIAR EN EL TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT.

Alumne: Mariona Rodríguez Moya

Tutor: Tary Gómez

Curs: 2019-20

Treball Final de Màster

## **Taula de Continguts:**

---

1.	Resum: L'estructura familiar en el Trastorn Límit de la Personalitat.....	3
2.	Abstract: Family structure in Borderline Personality Disorder.....	4
3.	Marc teòric .....	5
4.	Mètode.....	11
4.1	Participants .....	11
4.2	Instruments .....	12
4.3	Procediment .....	13
4.4	Anàlisi de dades .....	13
5.	Resultats .....	14
5.1	Progenitors com a cònjuges.....	16
5.2	Progenitors sense vinculació conjugal. ....	18
6.	Discussió .....	20
6.1	L'intervenció en el Trastorn Límit de Personalitat. ....	22
7.	Agraïments .....	26
8.	Referències .....	27

**Títol:** L'estructura familiar en el Trastorn Límit de la Personalitat.

**Title:** Family structure in Borderline Personality Disorder.

**Autor:** Mariona Rodríguez Moya. E-mail: marionarm@blanquerna.url.edu

**Institució:** Universitat Ramon Llull (FPCEE Blanquerna).

### **1. Resum: L'estructura familiar en el Trastorn Límit de la Personalitat.**

L'estructura i les relacions que s'estableixen en un sistema familiar influeixen en el desenvolupament dels fills. Les experiències negatives que s'hi donen, com les desvaloracions o desqualificacions, poden desestructurar i tenir una influència negativa en la construcció de la personalitat. Un dels trastorns de personalitat que més consulta en els serveis de salut mental és el Trastorn Límit de Personalitat, que es troba en un 2% de la població adulta. Així doncs, el present estudi pretén evidenciar la relació que hi ha entre l'estructura de la família d'origen d'aquests pacients i cercar les intervencions que es duen a terme, així com també valorar la importància de l'aplicació d'una visió relacional per al seu tractament. Per la valoració s'ha administrat el *Parental Bonding Instrument* (PBI), Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en famílies on es manté la relació conjugal i la versió que hi inclou la Coparentalitat (CERFB-COP) en les que el matrimoni està separat o divorciat. Finalment, el *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) per a la relació conjugal i el Cuestionario de Adaptación al Divorcio - Separación (CAD-S). Els participants són, per una banda, usuaris i familiars del Centre de Salut Mental del Consorci Sanitari de l'Anoia, i per altra banda, famílies que no han consultat anteriorment cap servei de Salut Mental.

**Paraules Clau:** *Trastorn Límit de la Personalitat, Parentalitat, Conjugalitat, Coparentalitat, Parental Bonding Instrument: Sobreprotecció i Cura.*

## 2. Abstract: Family structure in Borderline Personality Disorder.

The structure and relationships that are established in a family, influence the development of children. The negative experiences that occur, such as devaluations or disqualifications, can unstructure and have a negative influence on personality construction. One of the most consulted personality disorders in mental health services is Borderline Personality Disorder, which is found in 2% of the adult population. The aim of this research is to highlight the relationship between the family structure of these patients, and look for the interventions that are carried out, as well as validate the importance of the application of a relational vision for its treatment. It has been used the Parental Bonding Instrument (PBI), *Cuestionario de Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) to families where marital relationship is maintained and its version that includes Coparenting (CERFB-COP) in those which the marriage is separated or divorced. Finally, the Dyadic Adjustment Scale (DAS) for the marital relationship and the *Cuestionario de Adaptación al Divorcio – Separación* (CAD-S). The participants are on one hand, users and families of the Mental Health Center of *Consorti Sanitari de l'Anoia*, and on the other hand, families who have not previously attended any mental Health service.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, Parentality, Conjugalit, Coparenting, Parental Bonding Instrument: Overprotection and care.

### 3. Marc teòric

La personalitat es pot definir com una dimensió individual de l'experiència relacional acumulada, en diàleg entre passat i present, així com la relació entre factors socials o culturals i biològics. L'infant des de que neix va construint una nutrició relacional en termes d'amor complex, entès com la vivència subjectiva de ser estimat, que inclou un pensar, sentir i fer amorosos. Aquest amor complex serà l'element més destacat per a la construcció de la personalitat (Linares, 2007).

El cúmul d'experiències negatives, com són les faltes de reconeixement o les desqualificacions, considerats un fracàs en la nutrició relacional a nivell cognitiu, poden desestructurar i influenciar negativament en la construcció de la personalitat. Donant com a resultat, la instauració d'un trastorn de personalitat. Que es descriu com a un patró de comportaments i emocions no adaptatives al medi social i físic (Linares, 2007; Nestadt et al., 2008).

El Trastorn Límit de la Personalitat (a partir d'ara TLP) és un trastorn psiquiàtric que afecta al 2% de la població adulta, en proporció 1:3 en dones i homes respectivament. Es defineix com un patró dominant d'instabilitat i intensitat en les relacions interpersonals, caracteritzat per rigidesa, impulsivitat, por a l'abandonament, angoixa i autoimatge insegura, que s'inicia en les primeres etapes de l'edat adulta i que es troba present en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2014; Frías, 2018). Es planteja com un trastorn dimensional, en el que el diagnòstic és una qüestió de grau que dependrà de la intensitat del patiment i el nivell de dificultat que té la persona per a relacionar-se, amb ell mateix i amb els altres (Cuevas & López, 2012).

Sovint els pacients diagnosticats de TLP pateixen un greu deteriorament en el seu funcionament quotidià, un elevat risc de comorbiditat amb altres trastorns psiquiàtrics (trastorns d'ansietat, trastorns de l'estat d'ànim, consum de substàncies i alt risc de suïcidi) i una alta incidència en conductes autolítiques; el que genera un ús excessiu dels recursos sanitaris

disponibles i un elevat cost socio sanitari (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

Alguns autors consideren que el TLP és el que disposa de l'índex de prevalença més alt entre persones diagnosticades d'algun dels trastorns de personalitat, trobant-se entre el 30-60%. Es calcula que fins a un 10% dels pacients psiquiàtrics i un 20% dels pacients ingressats presenten TLP. Malgrat això, l'anàlisi hauria de tenir en compte que els pacients amb aquesta patologia acudeixen en major proporció a les institucions sanitàries respecte d'altres (Cervera, Haro, & Martínez-Raga, 2005; D'Ascenzo & Campo, 2010).

Fruzzetti, Shenk i Hoffman (2005) resumeixen que els factors ambientals prenen un rol significatiu i modular, estimulants o exacerbants, el funcionament dels correlats biològics patològics associats al TLP. Així doncs, els aspectes biològics del individu, no es desenvolupen aïlladament dels factors socials i ambientals. Hi ha un llinar de funcionament patològic de la personalitat, que s'activa de forma diferent en les persones i inclús en una mateixa persona. Segons determinades circumstàncies que van des d'etapes del cicle vital, fins a un maltracta o abús sexual. Les conseqüències de la qual també dependran de la capacitat de resiliència del individu (Cancrini, 2007; D'Ascenzo & Campo, 2010).

La teoria de la base social dóna explicació al desenvolupament del aferrament insegur i la desregulació emocional que presenten les persones amb TLP. Els autors sostenen que la regulació de les emocions és un procés biològic costós, i que les expectatives i experiències de relacions segures compensen el desgast, però quan aquest tipus de relacions es troben absents en la persona, hi ha conseqüències interpersonals, emocionals i conductuals (Linares, 2007).

Segons Prades i Romero (2015) la majoria de les persones amb un TLP, presenten un aferrament insegur, concretament de tipus ambivalent o desorganitzat. Respecte l'ambivalent, s'observa una tendència de correlació amb la gravetat simptomatològica, tot i que no de forma significativa. En l'aferrament desorganitzat per contra, sí que s'ha observat una correlació positiva amb la simptomatologia. Així doncs, les autores conclouen que un aferrament

desorganitzat té una major capacitat de predicció en relació a la patologia. Selvini (2010), també destaca que el més esperable en pacients amb TLP és trobar aferraments ambivalents/desorganitzats.

Resulta evident doncs, la influència i importància dels progenitors en l'estructuració de la personalitat. Donat que, la família és el principal vehicle de relació amb la cultura i la generadora d'espai on es desenvolupen els estímuls per a la maduració individual (Linares, 2007).

Les interaccions disfuncionals familiars que tenen lloc en la infància, poden influir durant els anys posteriors i arribar a tenir funcions mantenidores de la psicopatologia (Allen et al., 2005). Segons Johnson et al. (2002), la baixa capacitat de socialització de l'infant s'explicaria com a conseqüència d'una escassa implicació emocional, la qual juntament amb la negligència i la invalidació per part dels cuidadors, serien els factors relacionals o familiars més associats al desenvolupament d'un TLP. És per aquest motiu que els adults amb TLP sovint expliquen que els seus cuidadors no eren disponibles per a oferir suport emocional. (D'Ascenzo & Campo, 2010; Stepp, 2012).

Hi ha quatre factors a les famílies d'origen de les persones amb TLP que es considerarien factor de risc per al desenvolupament o manteniment del trastorn. Aquests serien el caos familiar, episodis d'abandonament traumàtic juntament amb períodes de sobreinvolucració per part dels pares, esforços per a l'autonomia del pacient interpretats per la família com a deslleialtats i amor parental aconseguit només mitjançant la disfunció del pacient (Benjamin, 1993).

Les persones amb TLP presenten percepcions contradictòries cap als pares, percepcions de sobreprotecció sense afectivitat o sobreprotectors i permissius. Els patrons relacionals d'aquestes famílies estan caracteritzats per oscil·lació entre extrems de sobre i baixa implicació, que alhora es troben marcats per hostilitat. La conducta de la persona amb TLP es defineix com "spoiling", el qual respon a un comportament hostil, exigent, provocatiu i autodestructiu, el

qual unit a les conductes contradictòries dels cuidadors creen un cercle viciós que es retroalimenta amb patrons relacionals disfuncionals (Allen et al., 2005). Nickell, Waudby, & Trull (2002) consideren que és el resultat de les contradiccions que perceben en el vincle parental, el que es reflexa en l'alternança de les percepcions que presenten, la tendència al "splitting", definit per la comunitat de la salut com la tendència a veure la gent de forma dicotòmica (tot està bé o tot està malament).

En la investigació de Battle et al. (Battle et al., 2004) sobre la presència d'abandonament i abús (incloent el sexual) en pacients amb TLP en comparació amb altres trastorns de personalitat, van concloure que un 73% dels participants amb TLP havien estat exposats a algun tipus d'abús, i un 82% a negligència o abandonament. L'abús sexual o físic *per se*, no semblen ser factors determinants per al desenvolupament del trastorn. Els factors desencadenants en casos de presència d'abús són les respostes dels pares i/o cuidadors, com l'invalidació de la informació, l'escassa implicació emocional i/o les negligències (D'Ascenzo & Campo, 2010; J. G. Gunderson & Lyoo, 1997; A. V. Horwitz, Widom, McLaughlin, & White, 2001).

L'estructura familiar per Minuchin (2004), és un conjunt invisible de demandes funcionals que organitzen les formes d'interacció de la família. Muñoz i Sánchez (2006), descriuen que l'organització es forma a partir de subsistemes en els quals es juguen diferents rols i habilitats, cada membre pot formar part de diferents subsistemes. Els subsistemes es diferencien a partir dels límits, els quals han de ser clars per a un funcionament familiar adequat, en aquest cas seria un terme mig. En els pols corresponents s'hi troben per una banda, famílies amb tendència a l'aglutinament, on la distància entre els membres disminueix i els límits són difusos, i per altre banda, en l'extrem oposat, famílies amb límits rígids on la comunicació entre subsistemes és difícil i les funcions de protecció es veuen perjudicades, són les enteses com famílies desvinculades. Quan apareixen conflictes familiars es trenquen les regles establertes prèviament i apareixen requeriments de lleialtat familiar i inducció a la



culpabilitat. Les estructures familiars caracteritzades per límits rígids o difusos poden indicar patologia. Minuchin (2004) especifica que la família aglutinada, tendeix a respondre amb excessiva rapidesa i intensitat, mentre que la desvinculada tendeix a no respondre quan és necessari.

Segons Linares (2007), les dues dimensions que caracteritzen a la família d'origen, són la parentalitat i la conjugalitat, enteses com l'amor parental i el conjugal respectivament. Quan la parella es separa la conjugalitat no desapareix, donat que la relació segueix sent inevitable. Es transforma en post-conjugalitat, la qual seguirà sent de gran importància per a la caracterització de l'atmosfera relacional en la que creixen els fills (Linares, 2011). La coparentalitat, dimensió que es troba dins la parentalitat, és definida com la relació en la que els dos progenitors interaccionen recolzant-se mútuament per a la criança dels fills (Ahrns, 1981; Bolaños, 2015).

Günther (2017) exposa que les relacions familiars són mútuament influenciades i dependents del context. Les dues dimensions anteriorment anomenades, són variables independents que creen combinacions en funció dels seus respectius pols, més específicament, respecte la parentalitat, que s'anomena com a primàriament conservada o deteriorada, i en la conjugalitat que seria harmònica o disharmònica. En funció de les relacions es poden codificar quatre modalitats de vinculació familiar (Linares, 2007).

Segons Linares (2011) les disfuncions relacionals de la família d'origen en TLP es codifiquen com a deprivadores o trianguladores equívokes. En la primera situació, els progenitors es mostren com a figures que han fracassat en el desenvolupament de les funcions parentals, es mostren exigents i poc valoradors amb els fills, respondria doncs a una parentalitat primàriament deteriorada, mentre que es manté una relació conjugal harmònica. En la segona, s'hi observen les famílies amb triangulacions equívokes, caracteritzades per una parentalitat primàriament conservada, i uns cònjuges molt distanciat entre si i en conflicte, és a dir, conjugalitat disharmònica. En general, en aquesta situació un dels dos s'implica més que l'altre

en l'educació del fill, tot i que desenvolupant funcions més controladores i normatives que protectores.

En ambdós casos, Linares i Soriano (2013) afirmen que quan es desencadena el trastorn resulten estructures deprivadores, donat que en el cas de la triangulació, finalment el progenitor més cuidador, s'acaba destriangulant perquè malgrat ambdós progenitors no s'avenen, es troben units en el rebuig cap al fill; el qual en moltes situacions s'uneix a una sobreprotecció paradoxal, ja que es consenteix més del que s'hauria per tal d'evitar enfrontaments amb el fill.

Des del punt de vista del fill, les situacions de triangulació es caracteritzen per ressentiment, buidor i clima de malestar; el que unit a una baixa capacitat dels progenitors per donar afecte (podent-se mostrar inclús alexitímics), desconcerta al fill, donades les exigències afectives que aquest rep. L'exigència d'excessiu afecte d'un dels progenitors, pot pressionar al fill fins a concloure en rebuig d'aquest cap al progenitor anomenat. En les situacions de deprivació, el rol del fill és si cap, més paradoxal, ja que els progenitors poden mostrar afecte entre si, però no amb el fill (Muñoz & Sánchez, 2006).

En general, els joves que tenen una major probabilitat de perpetrar violència cap als seus pares, són aquells que els consideren negligents i/o autoritaris, els quals el que tenen en comú és un baix nivell d'afectivitat. Paral·lelament, la percepció d'alt afecte dels pares com són els estils indulgents i democràtics, semblen ser un factor protector contra l'agressivitat verbal i física dels fills cap als pares. Tot això sembla indicar que la falta d'afecte i d'implicació parental, podria ser el factor més rellevant relacionat amb la violència filio-parental en el nostre context cultural (Gámez-Guadix, Jaureguizar, Almendros, & Carroble, 2012).

Sigui quina sigui la situació que els ha dut fins al moment, segons Pinto (2004) (com es va citar a (Muñoz & Sánchez, 2006)) en els trastorns de personalitat, en analitzar l'estructura familiar on hi són presents trastorns de personalitat, s'observa que la parentalitat ha estat disfuncional o disharmònica.

En concordança amb estudis sobre la coparentalitat, els autors conclouen que hi ha una correlació entre la relació coparental dels progenitors separats i indicadors generals de salut mental en els fills (Lamela & Figueiredo, 2016). Els adolescents amb progenitors separats conflictivament, solen mostrar majors problemes conductuals que en aquells casos en els que la separació ha sigut de tipus cooperatiu (Amato, Kane, & James, 2011).

El trastorn doncs, representa una estratègia autoreguladora sostinguda per afrontar una experiència afectivament aclaparadora, provinent d'experiències relacionals viscudes prèviament (Olabarria, 2009).

Els objectius de l'estudi són: 1) Analitzar la influència de l'estructura familiar i les relacions que s'hi presenten en funció de les variables recollides (parentalitat, conjugalitat, coparentalitat, sobreprotecció i cura) en el Trastorn Límit de Personalitat; 2) Valorar la importància del model sistèmic en el tractament d'aquest trastorn.

Les principals hipòtesis del present estudi són: 1) El grup clínic presenta de mitjana una conjugalitat / coparentalitat i una parentalitat, inferiors respecte el grup control; 2) En el grup control s'hi troba una menor sobreprotecció i una major cura; 3) La sobreprotecció percebuda pel fill respecte la mare és superior en el grup clínic. Les hipòtesis secundàries són: 1) La conjugalitat es correlaciona positivament amb la parentalitat; 2) Les famílies de pares separats o divorciats presenten una parentalitat inferior respecte aquelles en les que els pares són cònjuges; 3) L'ajust al divorci es correlaciona positivament amb la parentalitat i coparentalitat; 4) L'ajust diàdic es correlaciona positivament amb la conjugalitat.

## **4. Mètode**

### *4.1 Participants*

Van participar 39 persones, que han estat dividides en dos grups. Per una banda, el grup clínic, pacients de la xarxa de salut mental pública de l'Anoia, concretament del Centre de

Salut Mental d'Adults (CSMA) i el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) que resideixen amb la seva família d'origen. D'altra banda, el grup control format per nuclis familiars que no han consultat mai cap servei de salut mental. La mostra està composta per 14 dones (64,1%) i 25 homes (35,9%). La mitjana d'edat dels fills és de 21,93 comprès entre els 16 i els 26 anys, mentre que la dels progenitors és de 55,04 anys compresos entre els 44 i els 63 anys.

#### 4.2 Instruments

Els instruments emprats van ser:

- Qüestionari de cribratge de les dades sociodemogràfiques dels enquestats.
- Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) (Ibañez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012). Qüestionari que avalua l'estructura familiar en funció de dues escales: Parentalitat i Conjugalitat. Els coeficients d'alfa de Cronbach de les escales són de .91 per a Conjugalitat i .92 per Parentalitat.
- Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas – CoParentalidad (CERFB-COP). És una versió ampliada del CERFB (Ibañez et al.) adaptada per avaluar les relacions familiars bàsiques en noves formes de família, separades o divorciades. Disposa de dues escales: Parentalitat i Coparentalitat. Presenta un alfa de Cronbach de .96 en Coparentalitat i .78 en Parentalitat.
- *Parental Bonding Instrument (PBI)* (Ballús-Creus, 1991). Escala que avalua la percepció de la relació parental mitjançant dues sub-escales: la sobreprotecció i la cura de la relació parental. Amb un alfa de Cronbach total de .90.
- *Dyadic Adjustment Scale (DAS)* (Cano-prou et al., 2014). Escala que avalua la qualitat de la relació de parella mitjançant quatre sub-escales: Consens, Satisfacció, Cohesió i Expressió d'afecte. Disposa d'un alfa Cronbach de .80.

- Cuestionario de Adaptación al Divorcio – Separación (CAD-S) (Yárnoz Yaben & Comino González, 2010). Qüestionari que avalua l'ajustament al divorci de la parella que s'ha divorciat o separat. Diferenciat en quatre sub-escales: Dificultats psicològiques, conflicte amb la ex-parella, Conseqüències negatives en els fills i Disposició a la coparentalitat. Disposa d'un alfa Cronbach de .77.

#### *4.3 Procediment*

Les dades recollides pertanyen al 2019 i 2020. El coordinador del Centre de Salut Mental del Consorci Sanitari de l'Anoia és la persona que facilita la coordinació amb els professionals del centre per a l'accés a la població clínica. Abans de l'inici de l'estudi, els participants van ser informats mitjançant el consentiment informat sobre l'objectiu de l'estudi, el tractament de les dades, la confidencialitat de les seves respostes i la possibilitat d'abandonar en qualsevol moment. Els qüestionaris es van fer arribar en paper als participants mitjançant una petita entrevista individual per a cada família.

#### *4.4 Anàlisi de dades*

Les dades obtingudes van ser analitzades mitjançant el programa *IBM SPSS Statistics*, versió 25.0 en espanyol. Les tècniques realitzades van ser: a) proves de recompte b) proves per al anàlisi descriptiu c) proves de normalitat d) proves per al contrast de mitjanes (*Levenne, T de Student, U de Mann-Whitney*) i e) proves per analitzar la correlació (*Pearson*).

La significació escollida ha estat  $p < 0,05$ .

## 5. Resultats

Les dades descriptives de la mostra obtinguda són les que es presenten a la Taula 1. La mostra està composta per un grup clínic format per pacients diagnosticats de Trastorn Límit de Personalitat i un grup control. S'ha diferenciat entre famílies on els progenitors mantenen una relació conjugal i els que es troben separats o divorciats. S'han obtingut dades d'un dels fills del nucli familiar i almenys d'un dels progenitors. Els nuclis familiars de participants, de mitjana tenen entre dos i tres fills.

Taula 1.

*Recompte de les característiques dels participants.*

	Freqüència:	%
Gènere:		
Home	14	35,90
Dona	25	64,10
Distribució dels grups:		
Grup clínic	19	48,70
Grup control	20	51,30
Relació conjugal entre els progenitors:		
Si	23	59,00
No	16	41,00
Rol dins la família:		
Fill	15	38,50
Pare	10	25,60
Mare	14	35,90

L'anàlisi descriptiu en funció de les variables obtingudes mitjançant els diferents qüestionaris de les famílies on els progenitors són cònjuges, sense distinció entre el grup al

qual pertanyen es pot consultar a la Taula 2. On s'hi contemplen els valors mínim i màxim, la mitjana, la desviació típica, l'asimetria i la curtosi.

Taula 2.

*Anàlisi descriptiu de les escales administrades a famílies on els progenitors mantenen una relació conjugal.*

Escales	Valor Mínim	Valor Màxim	Media	Desviació Típica	Asimetria	Curtosi
Parentalitat	31,00	48,00	39,57	5,20	0,02	-0,73
Conjugalitat	27,00	62,00	44,86	10,38	-0,14	-0,66
Ajustament diàdic	51,00	138,00	110,57	22,10	-1,48	3,37
Sobreprotecció <sup>1</sup>	4,00	22,00	10,43	4,69	0,98	1,85
Cura <sup>1</sup>	17,00	34,00	23,14	5,29	0,92	-0,04
Sobreprotecció <sup>2</sup>	2,00	25,00	11,44	7,49	0,39	-0,32
Sobreprotecció <sup>3</sup>	2,00	28,00	14,56	8,28	0,14	-0,62
Cura <sup>2</sup>	7,00	33,00	19,78	9,26	0,10	-1,48
Cura <sup>3</sup>	10,00	32,00	23,33	7,68	-0,56	-0,75

Sobreprotecció<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Sobreprotecció<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Sobreprotecció<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

Cura<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Cura<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Cura<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

Seguidament, l'anàlisi descriptiu en funció de les variables anteriorment anomenats de les famílies on els progenitors es troben separats o divorciats, indistintament del grup de l'estudi al qual pertanyen es pot consultar a la Taula 3. Es fa referència als valors mínim i màxim, la mitjana, la desviació típica, la asimetria i la curtosi.

Taula 3.

*Anàlisi descriptiu de les escales administrades a progenitors separats o divorciats.*

Escala	Valor		Mitjana	Desviació Típica	Asimetria	Curtosi
	Mínim	Màxim				
Coparentalitat	37,00	55,00	44,20	5,57	0,61	-0,12
Parentalitat	24,00	100,00	63,90	26,83	-0,16	-1,62
Ajust diàdic	-1,68	1,66	-0,60	1,01	1,26	1,76
Sobreprotecció <sup>1</sup>	0,00	22,00	7,50	7,31	0,92	0,11
Cura <sup>1</sup>	19,00	36,00	28,50	5,58	-0,55	-0,72
Sobreprotecció <sup>2</sup>	0,00	9,00	3,50	4,04	0,71	-1,87
Sobreprotecció <sup>3</sup>	9,00	34,00	23,17	9,06	-0,71	-0,29
Cura <sup>2</sup>	3,00	28,00	9,00	9,53	2,22	5,02
Cura <sup>3</sup>	29,00	33,00	31,17	1,72	-0,03	-2,37

Sobreprotecció<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Sobreprotecció<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Sobreprotecció<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

Cura<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Cura<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Cura<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

### *5.1 Progenitors com a cònjuges*

La mitjana i desviació típica dels diferents paràmetres avaluats en famílies on els progenitors són cònjuges es poden consultar a la Taula 4, diferenciats entre aquells que pertanyen al grup clínic i els que pertanyen al grup control.



Taula 4.

*Comparativa de mitjanes entre el grup clínic i el grup control en famílies on es manté la relació conjugal.*

Grup:	Clínic		Control	
	Mitjana	Desviació Típica	Mitjana	Desviació Típica
Parentalitat	36,50	3,67	41,88	5,14
Conjugalitat	39,83	7,73	48,63	10,93
Sobreprotecció <sup>1</sup>	12,33	4,93	9,00	4,24
Cura <sup>1</sup>	22,50	6,72	23,63	4,37
Sobreprotecció <sup>2</sup>	14,25	9,43	9,20	5,59
Cura <sup>2</sup>	13,00	6,93	25,20	7,26
Sobreprotecció <sup>3</sup>	21,00	6,27	9,40	5,73
Cura <sup>3</sup>	19,00	7,87	26,80	6,14

Sobreprotecció<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Sobreprotecció<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Sobreprotecció<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

Cura<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Cura<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Cura<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

La distribució de la mostra és normal en parentalitat i conjugalitat respectivament (*Shapiro-Wilk*:  $p=.737$  i  $p=.837$  ( $p > 0,05$ )). En la comparació de mitjanes s'assumeixen variàncies similars (*Levenne*:  $p=.378$  i  $p=.370$  ( $p > 0,05$ )). No hi ha diferències significatives del grup al que pertanyen respecte el nivell de parentalitat ni en el de conjugalitat, respectivament (T de Student:  $p=.051$  i  $p=.120$  ( $p > 0,05$ )).

En relació a la vinculació parental definida per la sobreprotecció i la cura, s'ha valorat que la percepció dels progenitors en sobreprotecció i cura proporcionades es distribueixen normalment (*Shapiro-Wilk*:  $p=.170$  i  $p=.122$  ( $p > 0,05$ )) respectivament. S'assumeixen variàncies similars (*Levenne*:  $p=.852$  i  $p=.218$  ( $p > 0,05$ )). No hi ha diferències significatives

entre els grups respecte la percepció del nivell de sobreprotecció i cura proporcionades pels progenitors (T de Student:  $p=.199$  i  $p=.710$  ( $p > 0,05$ )).

En la percepció del fill sobre el que li proporcionen els progenitors, la sobreprotecció i cura rebuda pel pare s'aprecia amb una distribució normal (*Shapiro-Wilk*:  $p=.686$  i  $p=.598$  ( $p > 0,05$ )) així com també la rebuda per la mare (*Shapiro-Wilk*:  $p=.993$  i  $p=.545$  ( $p > 0,05$ )). S'assumeixen variàncies similars donat que en relació a la percepció sobre el pare (*Levenne*:  $p=.565$  i  $p=.588$  ( $p > 0,05$ )) i sobre la mare (*Levenne*:  $p=.937$  i  $p=.397$  ( $p > 0,05$ )). En comparar les mitjanes no s'evidencien diferències significatives entre el grup control i el clínic en la percepció de sobreprotecció rebuda pel pare (T de Student:  $p=.348$  ( $p > 0,05$ )), en canvi si que se'n aprecien en relació a la cura percebuda (T de Student:  $p=.038$  ( $p < 0,05$ )). Respecte la percebuda per la mare, s'aprecien diferències significatives respecte la sobreprotecció (T de Student:  $p=.023$  ( $p < 0,05$ )) però no en cura (T de Student:  $p=.138$  ( $p > 0,05$ )).

L'ajustament diàdic entre els cònjuges es relaciona amb les dades obtingudes sobre la conjugalitat (*Pearson*:  $p=.041$  ( $p < 0,05$ )) en correlació positiva ( $r=.551$ ). Contràriament, no es troba correlacionat amb la parentalitat (*Pearson*:  $p=.846$  ( $p > 0,05$ )).

### 5.2 Progenitors sense vinculació conjugal

La mitjana i desviació típica dels diferents paràmetres avaluats en famílies on els progenitors no mantenen una relació conjugal es poden consultar a la Taula 5, diferenciats entre aquells que pertanyen al grup clínic i els que pertanyen al grup control.

Taula 5.

*Comparativa de mitjanes entre el grup clínic i el grup control en famílies de progenitors separats o divorciats.*

Grup:	Clínic		Control	
	Mitjana	Desviació Típica	Mitjana	Desviació Típica
Parentalitat	43,17	6,94	45,75	2,75
Coparentalitat	65,17	27,43	62,00	29,98
Sobreprotecció <sup>1</sup>	7,17	6,46	8,00	9,49
Cura <sup>1</sup>	29,50	5,86	27,00	5,60
Sobreprotecció <sup>2</sup>	3,67	4,04	3,33	4,93
Cura <sup>2</sup>	22,67	12,66	23,67	6,66
Sobreprotecció <sup>3</sup>	5,67	3,06	12,33	13,58
Cura <sup>3</sup>	32,67	0,58	29,67	0,58

Sobreprotecció<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Sobreprotecció<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Sobreprotecció<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

Cura<sup>1</sup>: Percepció dels progenitors.

Cura<sup>2</sup>: Percepció del fill/a sobre el pare.

Cura<sup>3</sup>: Percepció del fill/a sobre la mare.

La distribució de la mostra és normal en parentalitat i conjugalitat respectivament (*Shapiro-Wilk*:  $p=.703$  i  $p=.380$  ( $p > 0,05$ )). En la comparació dels dos conceptes anomenats en relació al grup que formen part, s'assumeixen les variàncies com a similars (*Levene*:  $p=.094$  i  $p=.908$  ( $p > 0,05$ )). No es considera que hi hagi diferències significatives entre grups respecte al nivell de parentalitat (T de Student:  $p=.505$  ( $p > 0,05$ )), així com tampoc en relació a la conjugalitat (T de Student:  $p=.867$  ( $p > 0,05$ )).

La percepció dels progenitors en la sobreprotecció i la cura proporcionada als fills es distribueix normalment (*Shapiro-Wilk*:  $p=.273$  i  $p=.603$  ( $p > 0,05$ )), i les variàncies

s'assumeixen semblants (*Levenne*:  $p=.489$  i  $p=.737$  ( $p > 0,05$ )). No s'aprecien diferències significatives respecte el grup al qual pertanyen i els factors anomenats: sobreprotecció (T de Student:  $p=.872$  ( $p > 0,05$ )) i cura (T de Student:  $p=.520$  ( $p > 0,05$ )).

La unió parental percebuda pels fills en relació al pare es distribueix normalment, en sobreprotecció i cura respectivament (*Shapiro-Wilk*:  $p=.101$  i  $p=.635$  ( $p > 0,05$ )). Les variàncies s'assumeixen com a similars (*Levenne*:  $p=.585$  i  $p=.340$  ( $p > 0,05$ )). No s'objectiven diferències significatives en la sobreprotecció del pare percebuda pel fill (T de Student:  $p=.932$  ( $p > 0,05$ )), així com tampoc de la cura (T de Student:  $p=.909$  ( $p > 0,05$ )). D'altra banda, la distribució per la sobreprotecció de la mare percebuda no presenta una distribució normal (*Shapiro-Wilk*:  $p=.003$  ( $p < 0,05$ )) a diferència de la cura la qual si que la presenta (*Shapiro-Wilk*:  $p=.223$  ( $p > 0,05$ )). No hi ha diferències significatives entre els grups en la percepció del fill en sobreprotecció rebuda de la mare (*U de Mann-Whitney*:  $p=.658$  ( $p > 0,05$ )). Les variàncies s'assumeixen com a similars respecte a la cura de la mare percebuda pel fill (*Levenne*:  $p=1,00$  ( $p > 0,05$ )) i on hi ha consideren diferències significatives respecte el grup (T de Student:  $p=.003$  ( $p < 0,05$ )).

L'ajust al divorci dels progenitors que es distribueix normalment a la gràfica (*Shapiro-Wilk*:  $p=.212$  ( $p > 0,05$ )) no es troba relacionat amb el nivell de parentalitat (*Pearson*:  $p=.136$  ( $p > 0,05$ )) ni tampoc amb la coparentalitat (*Pearson*:  $p=.707$  ( $p > 0,05$ )).

## 6. Discussió

El present estudi té dos objectius principals: per una banda, analitzar la influència de l'estructura familiar i les relacions que es presenten en el Trastorn Límit de Personalitat; per altra banda, valorar la importància del model sistèmic en el tractament d'aquest trastorn.

Els resultats mostren que en les estructures familiars on els progenitors són parella, tot i que no es confirmen diferències significatives, la parentalitat i la conjugalitat tenen de mitjana

una tendència inferior en el grup clínic. Tal i com Linares (2011) considerava, malgrat la combinació dins del eix que defineix l'estructura en un inici pugui ser diferent, finalment s'acaba observant la tendència deprivadora de l'estructura familiar, quadrant on la parentalitat es troba deteriorada. Això podria explicar el motiu pel qual la parentalitat es troba disminuïda en el grup clínic respecte el control, i la conjugalitat seria entesa com a un complement més en la definició estructural de la família en el moment de la participació en l'estudi.

Pel que fa a la família on els pares es troben separats o divorciats, la diferència entre grups és gairebé imperceptible, en relació a la parentalitat i la coparentalitat respecte el grup al qual pertanyen, tal i com es pot observar en les mitjanes. Tot i que els resultats no ho reflecteixen, Günther (2017) exposa que diferents estudis destaquen la importància de considerar la relació coparental com un mecanisme crucial dins del sistema familiar amb una clara influència en el benestar psicològic dels fills. Arch (2010) exposa que l'evidència científica recent posa de manifest que serien alguns factors concrets els que influirien en aquest resultat, un d'ells seria la exposició als conflictes interparentals i no el que s'entenia fins anteriorment de que el divorci pròpiament dit seria una experiència traumàtica pels fills. Els resultats mostren doncs, que la separació dels pares participants no hauria sigut més conflictiva en el grup clínic respecte el grup control.

En les famílies on els pares mantenen la relació conjugal, s'observa que la sobreprotecció percebuda pel fill sobre la mare, té una tendència significativament superior en el grup clínic. En la percepció de la sobreprotecció rebuda del pare, la tendència també és superior en el grup clínic tot i que no de forma significativa. Respecte a la percepció del fill de la cura, la tendència és superior en el grup control; tant en el percebut del pare com en el de la mare, sent significativa en la rebuda pel pare, però no en la mare. Pel que fa al que els pares creuen haver proporcionat als seus fills en quant a sobreprotecció i cura, no s'aprecien diferències significatives tot i que se'n destaca la tendència superior en quant a la sobreprotecció en el grup clínic.

En els casos on els pares ja no mantenen una relació conjugal, els resultats obtinguts de la unió parental entre progenitor i fill, exposen que no hi ha una tendència perceptiva ni significativa entre els grups, en la percepció dels pares respecte al que li proporcionen al fill, ni en sobreprotecció ni en cura. En relació al que els fills perceben del pare, no s'aprecia cap tendència, contràriament del que perceben de la mare, de la qual perceben una cura significativament inferior en el grup control i una sobreprotecció superior en el grup anomenat, tot i que no significativa.

Alguns autors defineixen que les subescales del *Parental Bonding Instrument*, la sobreprotecció i la cura, defineixen la vinculació parental percebuda durant les primeres fases del creixement. Per tant, es podria considerar una eina predictiva sobre dificultats psicosocials en etapes adultes (N Ibáñez, Muñoz, Ortega, & Soriano, 2006). La vinculació parental podria explicar l'etiologia del Trastorn Límit de Personalitat, els resultats sobre el que el fill percep de la mare són inferiors en famílies amb TLP, especialment en la sobreprotecció que es trobarà amb una excessiva permissivitat o amb escassa afectivitat (Allen et al., 2005; Nickell et al., 2002). Tal i com Zweig-Frank i Paris (1991) definien, la unió parental en el TLP es basa en el control sense afecte. Tot i així, els resultats obtinguts en el present estudi, no mostren les diferències en totes les sub-escales estudiades i els rols avaluats, tal i com s'expressa en la bibliografia.

### *6.1 La intervenció en el Trastorn Límit de Personalitat*

La teràpia de pacients amb TLP consisteix un dels reptes més importants entre els professionals de la salut mental (Aramburú, 1996). Tradicionalment, s'havia considerat que el TLP era un trastorn intractable, però l'evidència afirma que la teràpia permet un augment de la qualitat de vida dels pacients (Navarro, Jorquera, García-Palacios, & Botella, 2010; Paris, 2009).

En aquests casos, l'etapa inicial de construcció de l'aliança terapèutica és especialment laboriosa, on la conflictivitat i la intensitat emocional en els intercanvis comunicacionals són molt elevades (D'Ascenzo et al., 2019). Així doncs la relació terapèutica, se sol centrar en les dificultats que presenta el pacient per comunicar-se i per establir confiança amb el terapeuta (Vanegas, Barbosa, & Pedraza, 2017).

París (2009) afirma que, donat que l'etiologia del trastorn es considera multidimensional, també hauria de ser-ho el tractament. Segons García, Martín i Otín (2010), el TLP necessita un tractament d'abordatge integral, és a dir, un tractament psicofarmacològic i psicoterapèutic, essent aquest últim considerat com el tractament principal. La modalitat (individual, grupal i/o familiar), la intensitat i freqüència de la qual, dependrà de la gravetat del pacient, i com a conseqüència d'aquesta els recursos que s'emprin (García et al., 2010; L. Horwitz et al., 1996).

En relació a la farmacoteràpia, no existeix cap fàrmac considerat de primera elecció, sinó que l'elecció dependrà dels símptomes predominants que presenti el pacient. Basant-se en tres grans grups de símptomes: símptomes afectius, alteracions cognitiu-perceptives i trastorns conductuals o de la impulsivitat (Escribano, 2006).

Malgrat les diferents perspectives teòriques dels models de tractament per al TLP, els objectius terapèutics són comuns. Es planteja la necessitat de reestructurar al pacient, per tal que sigui capaç d'observar les seves respostes desadaptatives, analitzar-les en relació al context actual i al seu passat, i així generar formes més adaptatives d'afrontament i resolució de problemes. Els resultats terapèutics a curt termini, ja refereixen reduccions en les autolesions o intents de suïcidi dels pacients, i per tant, una millora simptomàtica (Garcia, 2007; Navarro et al., 2010; Paris, 2009; Vanegas et al., 2017).

L'evidència científica suggereix la teràpia dialèctico-conductual com l'opció terapèutica amb major recolzament empíric, especialment per la seva eficàcia sobre la reducció

dels intents autolítics i el consum de substàncies. També existeix recolzament sobre la teràpia cognitiva-conductual, tot i que amb menor grau d'evidència (Cuevas & López, 2012).

Burgal i Pérez (2017), en un estudi de revisió sobre l'eficàcia dels diferents tipus de tractament psicoterapèutic en el TLP, conclouen que tot i que algunes modalitats de tractament presenten millors resultats que d'altres, són simplement els medis per a canalitzar les habilitats del professional.

Masterson i Rinsley (1975) ja plantejaven que, donat que la família podria estar en la gènesi i/o en el manteniment de la patologia, per al tractament dels pacients s'hauria de corregir també l'estructura familiar.

La teràpia sistèmica familiar proporciona una perspectiva útil per a examinar i mediar les barreres per al canvi, i per tant es considera efectiu en el procés de recuperació. En general, hi ha poca evidència sobre l'eficàcia d'un enfocament terapèutic relacional en entorns d'atenció a la salut mental, en gran mesura perquè es troben escassament disponibles i utilitzats. Malgrat els esforços ocasionals dels clínics per a utilitzar enfocaments sistèmics familiars, els serveis de salut mental han preferit opcions de tractament més immediats i disponibles com la teràpia farmacològica i el tractament dialèctic-conductual. Tot i això, diversos articles argumenten avantatges d'aplicar idees sistèmiques en el tractament del TLP i les famílies (Choi, 2018). Alguns estudis afirmen que el treball terapèutic amb les famílies, influeix en un millor pronòstic de la malaltia, a més de la prevenció per a l'aparició de trastorns addicionals en els familiars (J. Gunderson, 2002).

El focus de la intervenció sistèmica, tant si en la sessió s'hi troba present la família com si només es cita al pacient, és valorar les característiques de l'organització del sistema en el que s'hi troba la demanda, i no les de la patologia. L'objectiu final de la pregunta és arribar a la formulació d'una hipòtesi sistèmica sobre el problema de la família, on es connecta a cada membre amb tots els demés. Finalment, serà un intent de introduir un canvi significatiu en l'



interacció familiar que faci innecessària la manifestació simptomàtica del pacient identificat (Botella & Vilaregut, 2010).

Campo i D'Ascenzo (2010) proposen un model psicoterapèutic per al tractament dels pacients amb TLP. Suposa una combinació d'intervencions de tipus individual amb el pacient, basades en la construcció d'un vincle estable amb el terapeuta, amb intervencions de tipus familiar o pròpies de la teràpia de parella des de l'inici del tractament, treballant posteriorment amb els diferents subsistemes en funció de les necessitats. Les autores consideren que treballar a la vegada amb el sistema familiar i amb l'individu, permet facilitar els canvis de forma més directa en el context natural. Així doncs, les noves habilitats apreses pel pacient en les sessions individuals, seran enfortides en la mida en que el terapeuta promou respostes més funcionals a la família.

Les limitacions del present estudi radiquen en una principal que va ser la impossibilitat de seguir amb la recollida de dades degut a la situació excepcional de la pandèmia de Covid-19. D'altra banda, la negativa a la participació a l'estudi d'alguns pacients del centre degut a la desconfiança que presenten, la qual es relaciona amb el propi trastorn de personalitat. Així com també, les dificultats per obtenir la mostra aplicant el criteri de residir en el domicili amb la família d'origen, donat que s'ha observat que els pacients amb TLP s'independitzen abans del sistema familiar. La qual cosa es podria explicar com a conseqüència de les relacions disfuncionals que presenten amb els progenitors. Finalment, de cara a futurs estudis es podria aplicar a altres centres per tal d'obtenir major nombre de participants.

## **7. Agraïments**

Agraeixo la col·laboració de la docent Anna Vilaregut i l'estudiant de doctorat Mariona Roca per l'ajuda rebuda en l'orientació d'aquest estudi i la facilitació dels instruments. També als treballadors del Centre de Salut Mental del Consorci Sanitari de l'Anoia per la implicació en l'obtenció de la mostra clínica, especialment a en Josep Checa i a la Sara Sánchez. I finalment a totes aquelles persones anònimes que han participat en l'estudi per a l'obtenció de les dades del grup control.

## 8. Referències

- Ahrons, C. (1981). The continuing coparental relationships between divorced spouses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51, 415–428.
- Allen, D. M., Abramson, H., Whitson, S., Al-Taher, M., Morgan, S., Veneracion-Yumul, A., ... Mason, M. (2005). Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: A preliminary study. *Comprehensive Psychiatry*, 46(5), 340–352. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.01.003>
- Amato, P., Kane, J., & James, S. (2011). Reconsidering the “Good Divorce.” *Fam Relat*, 60(5), 511–524. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (1st ed.). Arlington: Médica Panamericana.
- Aramburú, B. (1996). Terapia Dialectica Conductual para el trastorno limite de la personalidad. *Psicologia Conductual*.
- Ballús-Creus, C. (1991). *Adaptación del Parental Bonding Instrument*. Barcelona: Escuela Profesional de Psicología Clínica.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Benjamin, L. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Bolaños, I. (2015). Custodia compartida y coparentalidad : Una visión velacional. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 15, 57–72.
- Botella, L., & Vilaregut, A. (2010). La perspectiva sistémica en terapia familiar : Conceptos básicos , investigación y evolución. *Revista de Psicoterapia*, 2, 41–72.
- Burgal Juanmartí, F., & Pérez Lizeretti, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el

- tratamiento del trastorno límite de la personalidad: una revisión. *Papeles Del Psicólogo*, 38(2), 148–156.
- Cancrini, L. (2007). *Oceano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona: Paidós.
- Cano-prous, A., Martín-lanas, R., Moyá-querejeta, J., Beunza-nuin, M. I., Lahortiga-ramos, F., & Garcia-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.
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Choi, H. (2018). Family Systemic Approaches for Borderline Personality Disorder in Acute Adult Mental Health Care Settings. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 39(2), 155–168. <https://doi.org/10.1002/anzf.1308>
- Cuevas, C., & López, A. G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(1), 97–114.
- D'Ascenzo, I., & Campo, C. (2010). El Trastorno Límite de la Personalidad: Diagnóstico e Intervención desde la perspectiva sistémica. *En Redes*, 24, 23–51.
- 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*, 49(2), 57–71. <https://doi.org/10.1344/anpsic2019.49.7>
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad : Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4–20.
- Frías, Á. (2018). *Vivir con el trastorno límite de la personalidad. Una guía clínica para pacientes*. (Á. Frías, Ed.) (2nd ed.). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- 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*, 1007–1030.
- Gámez-Guadix, M., Jaureguizar, J., Almendros, C., & Carrobes, J. A. (2012). Estilos de Socialización Familiar y Violencia de Hijos a Padres en Población Española. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 20*(3), 585–602.
- García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de personalidad. *Clínica y Salud, 18*(3), 1–9.
- García, M., Martín, M., & Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría, 30*(106), 263–278. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000200005>
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. guía clínica [Borderline personality Disorder: a clinical guide]*. Barcelona: Ars XXI de Comunicación. Leff.
- 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, C. (2017). *La alianza terapéutica en terapia familiar con progenitores separados en conflicto: un modelo del proceso de cambio intrasistema*.
- Horwitz, L., Gabbard, C., Allen, J., Colson, D., Frieswyk, S., Newsom, G., & Coyne, L. (1996). Tailoring the psychotherapy to the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*(4), 287–306.
- Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Health and Social Behavior, 42*(2), 184–201. <https://doi.org/10.2307/3090177>
- Ibáñez, N., Muñoz, D., Ortega, M., & Soriano, J. (2006). Construcción del vínculo parental en patología alimentaria y trastorno límite de la personalidad asociado. *Trastornos de La*

*Conducta Alimentaria*, 4, 386–422.

Ibáñez, Núria, 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.

Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002).

Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741–749.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.8.741>

Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 92(4), 331–342.

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2015.09.011>

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74–84.

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

*Clínica y Salud*, 18(3), 381–399.

Linares, J. L. (2011). Adolescentes rechazados por sus padres. La antesala del Trastorno Límite de Personalidad. *Opiniones En Psiquiatria*, 2, 15–20.

Linares, J. L., & Soriano, J. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación En Psicología*, 5(2), 119–146.

Marin, M. A. (2010). Divorcio conflictivo y consecuencias en los hijos: Implicaciones para las recomendaciones de guarda y custodia. *Papeles Del Psicologo*, 31(2), 183–190.

Masterson, J. ., & Rinsley, D. B. (1975). The Borderline Syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56(2), 163–177.

Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.

Muñoz, A., & Sánchez, M. (2006). Estructura de la familia de origen del trastorno límite de

la personalidad. *Ajayu*, 4(1), 1–14.

- Navarro, M. V., Jorquera, M., García-Palacios, A., & Botella, C. (2010). Terapia dialéctica comportamental en un caso con rasgos de personalidad límite y trastorno de la conducta alimentaria. / Dialectical behavior therapy in a case of borderline personality disorder traits and eating disorder. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 61–74.
- Nestadt, G., Costa, P., Hsu, F.-C., Samuels, J., Bienvenu, J., & Eaton, W. (2008). The relationship between the Five-Factor Model and latent DSM-IV personality disorder dimensions. *Compr Psychiatry*, 49(1), 98–105.
- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 148–159.
- Olabarría, B. (2009). Ensanchar las fronteras de nuestra comprensión sistémica acerca del surgimiento y configuración relacional de los trastornos de personalidad. *Apuntes de Psicología*, 27(2–3), 305–320.
- Paris, J. (2009). The Treatment of Borderline Personality Disorder: Implications of Research on Diagnosis, Etiology, and Outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 277–290. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153457>
- Prades, I., & Romero, M. (2015). Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad. *Redes*, 32, 59–70.
- Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad. Integración de la personalidad en el pensamiento sistémico complejo. *Revista Redes*, 2(24), 53–78.
- Stepp, S. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *J Abnorm Child Psychology*, 40(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Vanegas, G., Barbosa, A., & Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes*

*Psicológicos*, 17(2), 18.

Yáñez Yaben, S., & Comino González, P. (2010). El CAD-S , un instrumento para la evaluación de la adaptación al divorcio-separación. *Psycothema*, 22(1), 157–162.

Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148(5), 648-651.