

Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la Personalidad

Sara Navarro Gómez

<http://hdl.handle.net/10803/669208>

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 Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno
Límite de la Personalidad

Realizada por Sara Navarro Gómez

en el Centro Universitat Ramon Llull, Blanquerna

y en el Departamento de Psicología

Dirigida por Dr. Álvaro Frías Ibáñez y Dra. Carol Palma Sevillano



TESIS DOCTORAL

**Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la
Personalidad.**

Doctoranda: Sara Navarro Gómez.

Directores: Dr. Álvaro Frías Ibáñez y Dra. Carol Palma Sevillano.

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

Universitat Ramon Llull.

Barcelona, 2020.

Al Ser, Oír y Dar.

*“Sin ser,
me vuelvo duro como una roca,
si no puedo acercarme
ni oír,
los versos que me dicta esa boca,
y ahora que ya no hay nada
ni dar,
la parte de dar que a mí me toca.
Por eso no he dejado de andar.”*

Cuarto movimiento: la realidad - Robe Iniesta (2008).

AGRADECIMIENTOS

Tras finalizar uno de los senderos más oscilantes en el que me he visto perdida y encontrada en partes iguales estos años, puedo decir que hubiera sido más oscuro sin el apoyo y el cariño de muchas personas.

En primer lugar, agradezco profundamente la dedicación, la profesionalidad y la presencia de mis dos directores de tesis, al Dr. Álvaro Frías y a la Dra. Carol Palma.

Álvaro, gracias por tu confianza en tantos niveles, me has enseñado que la frustración es parte del proceso y de la vida. Gracias por tu apoyo incondicional, por tus críticas y tu serenidad en los momentos más difíciles. ¡Pero sobre todo! Por compartir la pasión por la profundidad emocional, el reto personal y profesional que supone comprenderla es lo que marca el aprendizaje y lo que te marca como persona. Ha sido estructuradamente divertido y apasionante conocerte en este camino que nos lleva a otras aventuras que compartir.

Carol, una vez hace tiempo me dijiste: “empezar una tesis es fácil, acabarla no tanto”, ¡vaya, vaya... cuánta razón! Si pudiera ir hacia atrás en ese momento, me diría: “¡escucha más a la Maestra!”. Te agradezco tantas cosas, primero como alumna, me enseñaste que la psicoterapia es el arte de bailar acorde a diferentes canciones. Como doctoranda, me has enseñado que la humildad, la perseverancia y la rebeldía son grandes aliadas en la batalla. Y como amiga, me enseñas que ser una misma es Ser, y Ser te determina para aceptar y afrontar.

Quisiera agradecer a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna* y al *grup de recerca COMSAL* el apoyo que me ha brindado durante toda mi formación. Gracias al trabajo del profesorado dedicado a realzar las competencias académicas y el crecimiento personal de los alumnos.

Gracias al Hospital de Mataró y al Centro de Salud Mental de Adultos del servicio de Psiquiatría por la colaboración en este proyecto. Especialmente gracias a todos los pacientes y parejas que han participado.

Jen, Gracias. Fuiste el punto y final de una etapa y eres el inicio de un proyecto común vital en el que compartimos tanto. Este trabajo no hubiera sido lo mismo sin ti, sin tu paciencia, comprensión, carisma y amor. Eres el ritmo de esta melodía, aquella

que empezamos hace tiempo y aún sigue sonando. Gracias también a nuestros dos perros, que con su llegada lo han transformado todo en dulzura e ilusión.

Gracias a mis amigos, que cada uno me ha regalado tantas risas y momentos que recordar. Especialmente a Eider, Adrián, Ona, Ferran, Óscar y Omar, que cada uno por individual me ha apoyado, animado y respetado en mis idas y venidas. Pero sobre todo, por la naturalidad y espontaneidad a pesar del tiempo. De cada uno de vosotros he aprendido muchísimo, sois un regalo único.

Gracias a todas mis compañeras de trabajo en la *Fundació d'Esclerosi Múltiple*, que no han dudado en ayudarme en cuanto haya necesitado durante estos años. Gracias especialmente a las personas con EM, cada una de ellas me ha enseñado que el poder de la superación reside en la voluntad del crecimiento. Gracias por enseñarme que los muros más altos están dentro de uno mismo y la decisión de saltarlos también.

Finalmente, gracias a mi familia. A mi hermano Albert, *em sento molt orgullosa per qui ets i de veure com has crescut, gràcies per tot però sobretot pels riures*. A mis padres, sois la base de mis valores y de mi sensibilidad, sin vosotros ni este trabajo ni lo que soy hoy no hubiera sido posible. Por último, gracias a mi abuela Felisa, que me ha enseñado que la honradez es la mayor fortaleza ante la vida. Gracias.

MÉRITOS CIENTÍFICOS

A raíz de la tesis doctoral titulada “Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la Personalidad” se realizó una producción científica de tres artículos publicados/en revisión en revistas indexadas en el Journal Citation Reports (JCR):

1. Navarro, S., Frías, A., & Palma, C. (2017). Romantic relationships of people with borderline personality: A narrative review. *Psychopathology*, 50 (3), 175-187. Impact Factor (SCI): 1.09.
2. Navarro, S., Frías, A., & Palma, C. (2019). Clinical differences between people with borderline personality disorder with and without romantic relationships. (*Under Review: Journal of Psychopathology*).
3. Navarro, S., Frías, A., & Palma, C. (2019). Clinical association between borderline personality disorder psychopathology and relational variables of romantic relationships. (*Under Review: Journal of Couple & Relationship Therapy*).

Contribuciones científicas en relación con el área temática de objeto de estudio:

1. Póster 1: Romantic relationships of people with borderline personality: A narrative review (Navarro, Frías & Palma, 2016) *XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Toledo* (ver Anexo 2).
2. Póster 2: Clasificación de subtipos en pacientes con trastorno límite de la personalidad basada en los rasgos dimensionales de personalidad (Frías, Navarro, Palma, Ferrer, & Farriols, 2016). *XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Toledo* (ver Anexo 3).
3. Póster 3: Clinical differences between people with borderline personality disorder with and without romantic relationships (Navarro, Frías & Palma, 2018). *5TH Borderline Personality Disorder Congress, Sitges* (ver Anexo 4).
4. Póster 4: Feasibility and usability of a proof-of-concept mobile phone app for self-managing emotional crises in people with borderline personality disorder: The Rapid Intervention Guidelines using Health Technology for Borderline

personality (B·RIGHT) project (Frías, Navarro, Palma, Salvador, Aluco, Farriols, Aliaga, Solves, Sergiienko, Alexandre, Rivas, & Escrivá, 2018). *5TH Borderline Personality Disorder Congress, Sitges* (ver Anexo 5).

5. Premio a la mejor comunicación oral: Defining subtypes of patients with borderline personality disorder basedon underlying dimensional personality features. (Frías, Navarro, Palma, Ferrer, & Farriols, 2016). *XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Toledo 2016* (ver Anexo 6).

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental severo, crónico y complejo que ha sido objeto de estudio desde hace muchos años. Concretamente, una de las áreas más interesantes del funcionamiento interpersonal en las personas con TLP son las relaciones sentimentales (RS) debido a su alto componente de intimidad y proximidad emocional. En este contexto general, la presente tesis doctoral tuvo como objetivo principal conocer las principales variables psicológicas relacionadas con el estatus de RS (estable mínimo de 12 meses vs. sin RS) que presentan las personas con TLP. Primeramente, se realizó una revisión teórica sobre los hallazgos científicos sobre el tema hasta la actualidad para definir las variables implicadas en el funcionamiento interpersonal de las RS en personas con TLP.

Posteriormente, se realizó un estudio comparativo transversal entre las personas con TLP con una RS (n=23) y sin una RS estable (n=26). El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre los grupos en diferentes variables psicopatológicas y relacionales (*p.e.*, agresividad, salud psicológica, autoestima y episodios traumáticos en la infancia), presentando peor funcionalidad emocional y relacional el grupo TLP con una RS. Seguidamente, se comparó a las personas con TLP y a sus parejas, obteniendo diferencias significativas en el funcionamiento relacional (*p.e.*, estilo de vinculación, estilo de comunicación, satisfacción emocional y dimensiones de la personalidad). En conjunto, los resultados obtenidos no confirman la hipótesis general del presente trabajo, ya que las personas con TLP con una RS presentan unas características clínicas e interpersonales más disfuncionales que las personas con TLP que no mantienen una RS estable. Dichos hallazgos fueron discutidos considerando los resultados de otros estudios previos sobre el tema.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, relaciones sentimentales, intimidad, pareja.

RESUM

El Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) és un trastorn mental greu, crònic i complex que ha sigut objecte d'estudi desde fa molts anys. Concretament, una de les àreas més interessants del funcionament interpersonal en les persones amb TLP són les relacions sentimentals (RS) donat al seu alt component d'intimitat i proximitat emocional. En aquest context general, la present tesis doctoral va tenir com objectiu principal conèixer les principals variables psicològiques relacionades amb el estatus de RS (estable mínim de 12 mesos vs. sense RS) que presentaven les persones amb TLP. Primerament, es va realitzar una revisió teòrica sobre els descobriments científics del tema fins l'actualitat per definir les variables implicades en el funcionament interpersonal en les RS en persones amb TLP. Posteriorment, es va realitzar un estudi comparatiu transversal entre les persones amb TLP amb una RS (n=23) i sense una RS estable (n=26). L'anàlisi estadístic va mostrar diferències significatives entre els grups en diferents variables psicopatològiques i relacionals (*p.e.*, agressivitat, salut psicològica, autoestima, episodis traumàtics en la infantesa), presentant major disfuncionalitat interpersonal en el grup TLP amb una RS. Seguidament, es va comparar a les persones amb TLP i a les seves parelles, obtenint diferències significatives en el funcionament relacional (*p.e.*, estil de vinculació, estil de comunicació, satisfacció emocional i dimensions de personalitat).

En conjunt, els resultats obtinguts no confirmen la hipòtesis general del present treball degut a que les persones amb TLP amb una RS presenten unes característiques clíniques i interpersonals més disfuncionals que les persones amb TLP que no mantenen una RS estable. Aquests descobriments van ser discutits considerant els resultats d'altres estudis previs sobre el tema.

Paraules clau: Trastorn límit de la personalitat, relacions sentimentals, intimitat, parella.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe, chronic and complex mental disorder that had been studied for many years. Specifically, one of the most interesting areas of interpersonal functioning in people with BPD is romantic relationships (RR) due to its high component of intimacy and emotional proximity. In this general context, the present doctoral thesis had as a main objective to know the main psychological variables related to the stable RR of people with BPD.

First, a theoretical review was carried out on the scientific findings on the subject until now to define the variables involved in the interpersonal functioning of RR in people with BPD. Then, a cross-sectional comparative study was carried out among people with BPD with a RR (n=23) and without a stable RR (n=26). The statistical analysis showed significant differences between the groups in different psychopathological and relational variables (*e.g.*, aggression, psychological health, self-esteem, childhood traumatic episodes). The BPD group with a RR showed a worse emotional state and high interpersonal dysfunction. Subsequently, people with BPD and their partners were compared obtaining significant differences in interpersonal functioning (*e.g.*, attachment style, communication style, emotional satisfaction and personality dimensions).

Overall, the results obtained do not confirm the general hypothesis of the present study, since people with BPD with a RR have more dysfunctional clinical and interpersonal characteristics than people who do not maintain a stable RR. These findings were discussed considering the results of other previous studies on the subject.

Keywords: Borderline personality disorder, romantic relationships, intimacy, partner.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO.....	14
1.1. Definición y prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad.....	15
1.1.1. La desregulación emocional en el TLP.....	18
1.1.2. La impulsividad en el TLP.....	18
1.1.3. Las alteraciones de la identidad en el TLP.....	19
1.2. La disfunción interpersonal del TLP.....	21
1.3. Las Relaciones Sentimentales en personas con TLP.....	23
1.3.1. Características distintivas de las RS en personas con TLP.....	24
1.3.2. Características clínicas de los miembros de la RS.....	26
1.3.2.1. Características clínicas de las personas con TLP en sus RS.....	26
1.3.2.1.1. Agresividad emitida por personas con TLP.....	27
1.3.2.1.2. Estilo de vinculación en personas con TLP.....	27
1.3.2.1.3. Estilo comunicativo en personas con TLP.....	27
1.3.2.1.4. Satisfacción emocional y sexual en personas con TLP.....	28
1.3.2.2. Características clínicas de las parejas de personas con TLP en sus RS.....	29
1.3.2.2.1. Agresividad emitida por las parejas de personas con TLP.....	29
1.3.2.2.2. Estilo de vinculación de las parejas de personas con TLP.....	30
1.3.2.2.3. Estilo de comunicación en parejas de personas con TLP.....	30
1.3.2.2.4. Satisfacción emocional y sexual en parejas de personas con TLP.....	31
1.3.2.2.5. Estilo de personalidad de las parejas de personas con TLP.....	31
1.3.3. Variables mediadoras y moduladoras de las RS en personas con TLP.....	32
1.3.3.1. Variables relacionales y psicopatología.....	32
1.3.3.2. Episodios traumáticos en la infancia en las personas con TLP.....	34

1.4. Intervención psicológica en el ámbito de las RS y TLP.....	35
1.4.1. Intervenciones psicológicas en el ámbito del TLP.....	35
1.4.2. Intervenciones psicológicas en el ámbito de las RS.....	38
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	40
2.1. Objetivos.....	41
2.1.1. Objetivo general.....	41
2.1.2. Objetivos específicos.....	41
2.2. Hipótesis.....	41
2.2.1. Hipótesis general.....	41
2.2.2. Hipótesis específicas.....	42
3. MÉTODO.....	43
3.1. Tipo de diseño.....	44
3.2. Muestra.....	44
3.2.1. Criterios de selección.....	44
3.2.2. Criterios de inclusión.....	44
3.2.3. Criterios de exclusión.....	44
3.2.4. Tamaño de la muestra.....	45
3.3. Variables del estudio.....	45
3.3.1. Variables independientes.....	45
3.3.2. Variables dependientes.....	45
3.4. Instrumentos.....	46
3.5. Procedimiento.....	49
3.6. Análisis estadístico.....	50
3.7. Consideraciones éticas.....	51
4. RESULTADOS.....	52
4.1. Diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS.....	53
4.1.1. Diferencias sociodemográficas entre personas con TLP con/sin una RS.....	53
4.1.2. Diferencias psicopatológicas entre las personas con TLP con/sin una RS.....	54
4.1.3. Diferencias en el estilo de vinculación entre personas con TLP con/sin una RS.....	55

4.1.4. Diferencias en la calidad de vida y la autoestima entre las personas con TLP con/sin una RS.....	55
4.1.5. Diferencias en los episodios traumáticos en la infancia entre las personas con TLP con/sin una RS.....	56
4.1.6. Diferencias en la cognición social entre las personas con TLP con/sin una RS.....	57
4.1.7. Variables predictoras del estatus de la RS.....	57
4.1.8. Asociaciones entre las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con RS.....	58
4.2. Diferencias entre las personas con TLP y sus parejas y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.....	59
4.2.1. Diferencias sociodemográficas entre las personas con TLP y sus Parejas.....	59
4.2.2. Diferencias en el estilo comunicativo entre las personas con TLP y sus parejas.....	60
4.2.3. Diferencias en la agresividad íntima entre las personas con TLP y sus Parejas.....	60
4.2.4. Diferencias en el estilo de vinculación entre personas con TLP y sus Parejas.....	61
4.2.5. Diferencias en la calidad de vida y la autoestima entre las personas con TLP y sus Parejas.....	61
4.2.6. Diferencias en la satisfacción emocional y satisfacción sexual entre las personas con TLP y sus parejas.....	62
4.2.7. Diferencias en las dimensiones de personalidad entre las personas con TLP y sus Parejas.....	63
4.2.8. Asociaciones entre el bienestar emocional y la satisfacción emocional en las Parejas.....	63
4.2.9. Asociación entre las variables de las personas con TLP y sus Parejas..	64
5. DISCUSIÓN.....	65
5.1. Diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS	66
5.2. Diferencias entre las personas con TLP y sus parejas y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.....	69

6. CONCLUSIONES.....	72
6.1. Evaluación de hipótesis generales y específicas.....	73
6.1.1. Conclusiones sobre la hipótesis general.....	73
6.1.2. Conclusiones sobre las hipótesis específicas.....	73
6.2. Limitaciones del estudio y prospectiva.....	75
6.2.1. Limitaciones del estudio.....	75
6.2.2. Prospectiva.....	76
6.2.3. Principales hallazgos de la investigación.....	77
7. REFERENCIAS.....	78
8. ANEXOS.....	98
8.1. Anexo 1: Artículo: Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review.....	99
8.2. Anexo 2: Póster 1. Relaciones Sentimentales en parejas con un miembro diagnosticado de Trastorno Límite de la Personalidad: Una Revisión Teórica.....	112
8.3. Anexo 3: Póster 3. Clasificación de subtipos en pacientes con trastorno límite de la personalidad basada en los rasgos dimensionales de personalidad.....	113
8.4. Anexo 4: Póster 3. Clinical Comparison between People with Borderline Personality Disorder with and without Romantic Relationships.....	114
8.5. Anexo 5: Póster 4. Feasibility and usability of a proof-of-concept mobile phone app for self-managing emotional crises in people with borderline personality disorder: The Rapid Intervention Guidelines using Health Technology for Borderline Personality (B-RIGHT) project.....	115
8.6. Anexo 6: Premio Comunicación Oral. Defining subtypes of patients with borderline personality disorder based on underlying dimensional personality features.....	116
8.7. Anexo 7: Consentimiento Informado para las personas con TLP.....	117
8.8. Anexo 8: Consentimiento informado para las parejas de personas con TLP.....	120

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1. <i>Criterios Diagnósticos del TLP por el DSM-5</i>	17
Tabla 2. <i>Variables dependientes</i>	45
Tabla 3. <i>Variables sociodemográficas entre personas con TLP con/sin una RS</i>	53
Tabla 4. <i>Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a severidad de la sintomatología TLP</i>	54
Tabla 5. <i>Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto al estilo de vinculación</i>	55
Tabla 6. <i>Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a calidad de vida y autoestima</i>	56
Tabla 7. <i>Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en episodios traumáticos en la infancia</i>	56
Tabla 8. <i>Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin RS en cuanto a cognición social</i>	57
Tabla 9. <i>Variables predictoras del estatus sentimental</i>	58
Tabla 10. <i>Asociaciones entre las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con RS</i>	58
Tabla 11. <i>Variables sociodemográficas de las personas con TLP y sus Parejas</i>	59
Tabla 12. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto al estilo comunicativo</i>	60
Tabla 13. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a la agresividad íntima</i>	61
Tabla 14. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a los estilos de vinculación</i>	61
Tabla 15. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a la calidad de vida y la autoestima</i>	62
Tabla 16. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a la satisfacción emocional y sexual</i>	62
Tabla 17. <i>Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a las</i>	

<i>dimensiones de personalidad</i>	63
Tabla 18. <i>Asociaciones entre las dimensiones de salud psicológica, relaciones sociales y satisfacción emocional en las Parejas</i>	64
Tabla 19. <i>Asociación entre las variables de las personas con TLP y sus Parejas</i>	64
<i>Figura 1. Características distintivas de las RS en personas con TLP</i>	24
<i>Figura 2. Características de las personas con TLP en sus RS</i>	29
<i>Figura 3. Características clínicas de las parejas de personas con TLP</i>	32

LISTA DE ABREVIATURAS.

AQ	Aggression Questionnaire.
APA	American Psychiatric Association.
BDI	Beck Depression Inventory.
BSL 23	Borderline Symptom List.
CPQ	Communication Patterns Questionnaire.
CTQ	Conflict Tactics Scale.
CTQ	Childhood Trauma Questionnaire.
ECR	Experience Close in Relationship.
DAS	Dyadic Adjustment Scale.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
IRI	Interpersonal Reactivity Index.
ISS	Index of Sexual Satisfaction.
NEO PI-R	NEO Personality Inventory – Revised.
NVP	No Viviendo en Pareja.
RS	Relación Sentimental/Relaciones Sentimentales.
RSE	Rosenberg Self Esteem.
SCID 5-PD	Structured Clinical Interview for DSM-5, Personality Disorders.
TAP	Trastorno Antisocial de la Personalidad.
TEP	Trastorno Evitativo de la Personalidad.
TEPT	Trastorno por Estrés Post-Traumático.
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad.
TOCP	Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad.
TPP	Trastorno Paranoide de la Personalidad.
WHOQOL	World Health Organization of Quality of Life.

MARCO TEÓRICO

*“Por esa intensidad,
ella se había enamorado de él;
pero también por eso lo odiaba, naturalmente.”*

(Maguire, 1995).

1. MARCO TEÓRICO.

1.1. Definición y prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, crónico y con una elevada prevalencia, observado entre el 2% y el 5.9% de la población general adulta y entre el 15% y el 20% en muestras psiquiátricas (APA, 2013; Cervera, Haro, & Martínez-Raga, 2005; Gunderson, *et al.*, 2011; Skodol *et al.*, 2002). Además, en centros de atención primaria el 6.9% de los pacientes atendidos están diagnosticados de TLP (Gross *et al.*, 2002). Por otro lado, durante los últimos años, diferentes estudios en muestras clínicas psiquiátricas han hallado que las mujeres manifiestan más el trastorno en una proporción de 3:1 (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004).

Partiendo de los estudios centrados en la epidemiología de este trastorno, diferentes investigaciones sobre comorbilidad en el TLP han reportado una alta prevalencia de otros trastornos mentales del Eje I y del Eje II (Chabrol *et al.*, 2005; Meaney, Hasking & Reupert, 2016). Concretamente, entre el 45% y el 78% de las personas con TLP presentaban un trastorno por uso de sustancias (Chabrol *et al.*, 2005). Otros estudios también han reportado una elevada comorbilidad con los trastornos emocionales (Ramírez, García, Güell, Fernández, Bernácer, & Morón, 2019). Concretamente, entre el 70% y el 82% de las personas con TLP presentaban depresión crónica (distimia); el 35%, depresión mayor; el 23%, trastorno bipolar; y el 41.5%, trastorno de ansiedad (Sansone & Sansone, 2011; Zimmerman & Morgan, 2013). En la misma línea, otros estudios sobre el tema han hallado que el 28% de las personas con TLP pueden desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) (Ribeiro, Conciencao, Vaz, & Machado, 2014). También se ha hallado una alta comorbilidad con otros trastornos de la personalidad (Palomares *et al.*, 2016). Más detalladamente, el 15% de las personas con TLP presentaba trastorno histriónico de la personalidad; el 10%, trastorno narcisista de la personalidad; y el 7%, trastorno antisocial de la personalidad (Palomares *et al.*, 2016). Cabe destacar que la alta comorbilidad de otros trastornos psiquiátricos agrava la patología clínica del TLP (*p.e.*, ideación autolítica, crisis emocionales, impulsividad). Todo ello hace que, en conjunto, las personas con TLP presenten un alto uso de recursos sociosanitarios (*p.e.*, ingresos, intervenciones terapéuticas) (Cyders *et al.*, 2007).

Desde los años XX el TLP ha sido objeto de estudio y ha presentado una evolución clínico-histórica en su terminología tras considerarse un trastorno de alta complejidad diagnóstica, tanto por su sintomatología clínica como por su pronóstico. En un inicio, el TLP se definió como un tipo de “*esquizofrenia latente*” caracterizada por la presencia de síntomas de depresión, irritabilidad y síntomas paranoides (Bleuler, 1924; Federn, 1947; Hoch & Pollatin, 1949). En dicho contexto, se postuló que la sintomatología del TLP constituía una fase prodrómica de la psicosis (Rappaport, Gill, & Schafer, 1945). Sin embargo, la nomenclatura evolucionó hasta que Stern (1938) introdujo el término “*borderline*” que fue utilizado para referirse a personas que no encajaban en la descripción de “*esquizofrenia latente*” y que presentaban síntomas entre la neurosis y la psicosis (Stern, 1938). En líneas similares, Deutsch (1942) aportó el término de “*personalidad como si*” y sugirió que las personas que presentaban síntomas psicóticos y neuróticos padecían algún tipo de trastorno del desarrollo de la identidad y posicionó el foco de estudio sobre dicho tema (Paz, Palento, & Olmos de Paz, 1976). Posteriormente, el concepto “*borderline*” fue ampliado, ya que este tipo de personas permanecían en un estado emocional *fronterizo* en el que manifestaban un conjunto de síntomas clínicos (*p.e.*, depresión, hostilidad, comportamientos impulsivos, episodios disociativos) (Knight, 1953). Concretamente, Kernberg (1976) apoyó dicha hipótesis al definir la *organización de la personalidad límite* como una estructura de organización de la personalidad que se encontraba entre una dimensión psicótica y una dimensión neurótica. A partir de los años setenta, el estudio de la sintomatología del TLP presentó gran interés científico, diferentes autores apoyaron la inclusión del TLP como un trastorno de la personalidad debido a la consistencia y estructura de la sintomatología (Bergeret, 1975; Grinker, Werble, & Drye, 1968; Gunderson, 1975; Kernberg, 1975; Millon, 1999; Spitzer & Endicott, 1975).

De esta manera, el TLP apareció por primera vez en los manuales oficiales y con unos criterios operativos en el DSM-II (1968) considerándose un trastorno de la personalidad con diferentes áreas de afectación clínica y presentando distinción nosológica de otros trastornos mentales. Sin embargo, hasta la aparición del DSM-IV (1994), no se incluyó la totalidad de criterios diagnósticos que definen el trastorno (APA, 1994). En la actualidad, el TLP es definido por el DSM-5 como un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen, y de los afectos,

marcado por una alta impulsividad (APA, 2013). A continuación, en la Tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos del TLP por el DSM-5.

Tabla 1.
Criterios Diagnósticos del TLP por el DSM-5 (APA, 2013).

301.83

(F60.3) Presencia de cinco criterios clínicos como mínimo:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (no incluir comportamientos del criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas potencialmente autolesivas (*p.e.*, gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios) (no incluir criterio 5).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (*p.e.*, episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días)
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (*p.e.*, exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Partiendo de la heterogeneidad del diagnóstico hasta la fecha se han realizado dos tipos de estudios con el objetivo de profundizar en el entendimiento de la sintomatología. Por un lado, algunos autores han estudiado los subtipos de TLP, otros sin embargo, se han centrado en la agrupación de síntomas. Partiendo de este contexto, diferentes autores han estructurado el TLP en cuatro grupos de síntomas: desregulación emocional, alta impulsividad, alteraciones de identidad, y disfunción interpersonal (Bagge *et al.*, 2004; Bateman & Fonagy, 2006; Gunderson *et al.*, 2011; Cavazzi & Becerra, 2014; Gunderson *et al.*, 2011; Linehan, 1993; Sanislow *et al.*, 2002; Sebastian, Jacob, Lieb, & Tüscher, 2013).

1.1.1. La desregulación emocional en el TLP.

En primera línea, los estudios sobre desregulación emocional sugieren que las personas con TLP presentan dos aspectos nucleares en relación a la gestión emocional: i) elevada emocionalidad basal en determinadas emociones (*p.e.*, tristeza, rabia, miedo); y ii) hiperreactividad emocional (*p.e.*, rapidez e intensidad en la reacción emocional) (Kuo & Linehan, 2009). Hasta la fecha, se ha intentado conocer el origen patológico de dicha sintomatología. Desde un modelo bio-social algunos autores han sugerido que la desregulación emocional se construye como resultado de saltos recurrentes entre una vulnerabilidad biológica individual y un entorno con tendencia a la invalidación emocional (Cavazzi & Becerra, 2014; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993). Según Linehan (1993), la vulnerabilidad emocional se manifiesta a partir de tres características: i) sensibilidad emocional aumentada (*p.e.*, reacción rápida e inmediata ante estímulos); ii) respuesta emocional intensa (*p.e.*, reacción emocional extrema) y; iii) retorno emocional basal lento (*p.e.*, reacción emocional duradera). Complementando estas líneas teóricas, los estudios sobre neurobiología en el TLP han aportado que la desregulación emocional del trastorno se debe a un funcionamiento diferente del sistema límbico en comparación a la población general sana (Engell *et al.*, 2007; Said *et al.*, 2008). En concreto, algunos estudios de neuroimagen en TLP han revelado que las personas con el diagnóstico presentaban una mayor activación de la amígdala ante diferentes estímulos (*p.e.*, interpersonales, faciales) y una respuesta emocional más larga en comparación a controles sanos (Barnow, Limberg, & Stopsack, 2012; Donegan *et al.*, 2003; Koenigsberg *et al.*, 2009; Minzenberg *et al.*, 2007). Además, otros estudios han hallado que la sintomatología disociativa actuaba como mecanismo de defensa amortiguando la hiperreactividad emocional (Barnow, *et al.*, 2012; Baschnagel, Coffey, & Hawk, 2013). Paralelamente, otros estudios sobre el tema han reportado asociaciones positivas entre la desregulación emocional con alteraciones neuroquímicas (Stanley & Siever, 2010). Concretamente, la desregulación de la oxitocina (aumento y disminución) se asociaba positivamente con la hiperreactividad emocional de este trastorno (Herpertz & Bertsch, 2015).

1.1.2. La impulsividad en el TLP.

La elevada impulsividad es uno de los constructos clínicos más relacionado a un amplio espectro de comportamientos relevantes en personas con TLP (*p.e.*,

autolesiones, agresividad, adicciones, rupturas-reconciliaciones en relaciones sentimentales) (Chapman, Leung, & Lynch, 2008; Cyders, Combs, Fried, Zapolski, & Smith, 2009; Sebastian *et al.*, 2013). Más detalladamente, desde el modelo del comportamiento impulsivo de Whiteside y Lynam (2001), se sugiere que la impulsividad consta de cuatro factores relacionados con la desregulación emocional en personas con TLP: i) baja perseverancia; ii) baja premeditación; iii) alta búsqueda de emociones; y iv) elevada urgencia de respuesta emocional (negativa o positiva) (Chapman, Leung, & Lynch, 2008; Cyders *et al.*, 2007). Además, otros estudios transversales sobre el tema han sugerido que algunos factores ambientales como los episodios traumáticos en la infancia (*p.e.*, maltrato físico, abusos sexuales, negligencias parentales) se asociaban positivamente con la manifestación de comportamientos impulsivos en la adultez (Ball & Links, 2009; Battle, Shea, Johnson, Yen, Zlotnick, & Zanarini, 2004; Krause-Utz, Erol, Broussianau, Cackowski, Paret, Ende, & Elzinga, 2019). Concretamente, el trauma en la infancia es uno de los mayores predictores de suicidio consumado en personas con TLP. En particular, entre el 8% y el 10% de las personas con TLP han consumado el suicidio (Oldham, 2006). Además, diferentes estudios señalan que el 78% de las personas con TLP han presentado intentos suicidas graves (*p.e.*, defenestración, venoclisis) y el 90% conductas parasuicidas (*p.e.*, cortes superficiales, quemaduras) (Zaheer, Links & Liu, 2008; Zanarini *et al.*, 2006). Por este motivo, las personas con TLP manifiestan una alta morbilidad y un elevado uso de recursos sociosanitarios (Cyders *et al.*, 2007).

Finalmente, la alta impulsividad es uno de los constructos más determinantes de la funcionalidad interpersonal de las personas con TLP. Concretamente muchas relaciones sociales, laborales y sentimentales acaban siendo turbulentas debido a comportamientos impulsivos (*p.e.*, agresividad física y verbal) (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009).

1.1.3. Las alteraciones de la identidad en el TLP.

En cuanto al estudio de las alteraciones de la identidad, diferentes estudios teóricos y transversales han hallado que las personas con TLP exhiben dificultades para la integración y consolidación de su personalidad (Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012; Jorgensen, 2010; Jorgensen *et al.*, 2009; Kernberg, 2006; Sollberger *et al.*, 2015). En concreto, diferentes autores han argumentado que las alteraciones de la identidad son

uno de los ejes nucleares en el funcionamiento psíquico e interpersonal de estas personas (*e.g.*, disfunción interpersonal, episodios disociativos) (Fonagy *et al.*, 2004; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Kernberg & Caligor, 2005; Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012; Richetin, Preti, Costantini, & De Panfilis, 2017).

Desde el modelo de la integración de la personalidad de Kernberg (1979), la característica nuclear de las alteraciones de la identidad en personas con TLP es la *labilidad yoica*, caracterizada por tres aspectos principales: i) falta de tolerancia a la ansiedad; ii) falta de control de impulsos; y iii) un bajo desarrollo de los canales de sublimación. Estas características dificultan la integración de la identidad y fomentan la difusión de la identidad (incoherencia ante la integración de los constructos que forman la identidad). En consecuencia, las personas con TLP presentan dificultades ante la distinción entre la representación si mismos y la representación de estímulos exteriores. Siguiendo esta base teórica, otros artículos transversales han sugerido que la difusión de la identidad se asociaba positivamente con la gravedad y el aumento de síntomas (*p.e.*, intentos autolíticos, vacío emocional, clínica depresiva, episodios disociativos) (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Sollberger *et al.*, 2012; Lowky *et al.*, 2013; Richetin *et al.*, 2017; Sollberger *et al.*, 2012). Más detalladamente, dichos autores han argumentado que la difusión de la identidad también se asociaba positivamente con diferentes aspectos de la disfunción interpersonal en las personas con TLP (Fonagy *et al.*, 2004; Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012). Por otro lado, diferentes autores han sugerido que las personas con TLP con alteraciones de la identidad presentan una baja capacidad de mentalización (dificultad para entender el comportamiento, los deseos y emociones propias y ajenas) (Kernberg, 1979; Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012). En esta línea, diferentes estudios han señalado que la disfunción en la mentalización actúa como un factor de riesgo asociado a las alteraciones de la identidad en personas con TLP (Fonagy & Luyten, 2009; Kernberg, 1979). Además, dicha disfuncionalidad fomenta el uso de mecanismos de defensa desadaptativos (*e.g.*, escisión, disociación, despersonalización) que refuerzan positivamente las alteraciones de la identidad en estas personas (Kernberg, 1979; Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012). En consecuencia, las personas con TLP tienden a generar estrategias de pensamiento dicotómico (*e.g.*, idealización/devaluación) con tal de integrar los constructos externos e internos de su identidad.

Concretamente, las dificultades de mentalización son uno de los núcleos de conflicto en las relaciones interpersonales de estas personas. En esta línea, diferentes autores han afirmado que las personas con TLP presentaban más dificultades de entendimiento íntimo hacia los demás y eso generaba en la mayoría de los casos distanciamiento emocional a causa de episodios paranoides temporales (Fonagy *et al.*, 2004; Lowky *et al.*, 2013; Sollberger *et al.*, 2012).

Finalmente, diferentes investigadores que han estudiado la disfunción interpersonal han sugerido que las personas con TLP presentaban dificultades para mantener relaciones estables y duraderas (*p.e.*, relaciones sentimentales, sociales, laborales y profesionales) (Bouchard, Sabourin, Lussier, & Villeneuve, 2009; Cyders *et al.*, 2007; Lowky *et al.*, 2013). En esta línea, se han hallado diferentes explicaciones sobre la disfuncionalidad interpersonal en personas con TLP que serán explicadas en el siguiente apartado “La disfunción interpersonal del TLP”.

1.2. La disfunción interpersonal en el TLP.

Durante las últimas décadas, el estudio de la funcionalidad de las personas con TLP ha presentado un notable interés debido a la elevada presencia de psicopatología de origen interpersonal en este trastorno. Respecto a este tema, diferentes estudios longitudinales han demostrado que las personas con TLP presentaban mayor disfuncionalidad interpersonal (*p.e.*, conflictos recurrentes con terceros) en comparación a personas sin TLP (Blatt & Levy, 2003; Gunderson & Lyons, 2008). Particularmente, diferentes estudios sobre el tema han asociado positivamente la disfunción interpersonal en el TLP con diferentes síntomas como la desregulación emocional, la hostilidad y la impulsividad (*p.e.*, relaciones sexuales, adicción a sustancias, robos recurrentes) predecían la disfuncionalidad interpersonal en estas personas (Bagge, Nickell, Stepp, Durrett, Jackson, & Trull, 2004; Zweig-Frank & Paris, 2002). En este contexto, han sido utilizadas diferentes teorías psicológicas para hallar una explicación a la disfuncionalidad interpersonal.

En primer lugar, algunos autores han hecho referencia a teorías asociativas entre una mayor disfuncionalidad interpersonal y la presencia de episodios traumáticos en la infancia (*p.e.*, abuso emocional o sexual, maltrato físico o verbal, negligencias parentales) (Bartholomew & Horowitz, 1991; Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan, & Waters, 2002). Concretamente, según Kernberg (1976), los episodios traumáticos en la

infancia actúan como factor de riesgo para la manifestación de representaciones de objeto conflictivas (imágenes mentales sobre la vinculación de los cuidadores principales). En consecuencia, las personas con TLP presentan más dificultades en la vinculación con los demás, ya que tienden a esperar un comportamiento abusivo similar en conexión al trauma infantil (Bartholomew & Horowitz, 1991; Crowell, Treboux, Gao, Fyffe, Pan, & Waters, 2002). De manera similar, Bowlby (1973) postuló que la patología del TLP se desarrollaba a través de alteraciones tempranas en las interacciones entre el niño y su cuidador principal. A través de estas interacciones, el estilo de vinculación se veía afectado en la adultez a través de un vínculo evitativo, ansioso o ambivalente (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, & Temes, 2015). De hecho, algunos autores han sugerido que el TLP es considerado como una patología del vínculo debido a las dificultades en establecer relaciones duraderas y saludables (Dozier, Stovall-McClough & Albus, 2008). En líneas generales, la mayoría de estudios sobre vinculación insegura y evitativa son los tipos de vínculo más frecuentes en personas con TLP en comparación a personas con otros trastornos de la personalidad (Skodol *et al.*, 2011; Oliver, Perry, & Cade, 2008). Además, el estilo de vinculación parece mediar en la asociación entre la psicopatología del TLP (*p.e.*, desregulación emocional, impulsividad) y la dificultad de la consolidación de relaciones interpersonales, especialmente en las RS de estas personas (Oliver, Perry, & Cade, 2008; Zonarini, Young, & Frankenburg, 2002). Otros autores han sugerido que la disfuncionalidad en la mentalización que exhibían las personas con TLP dificultaba los encuentros interpersonales con los demás (Fonagy & Bateman, 2008). Además, las dificultades de mentalización y la presencia de trauma en la infancia se asocian positivamente a la irrupción de un mayor número de esquemas tempranos desadaptativos en las personas con TLP en comparación a controles sanos (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Concretamente, según la teoría de esquemas desadaptativos, la disfuncionalidad interpersonal es el resultado de un conjunto de experiencias emocionales desadaptativas y de la insatisfacción de las necesidades básicas (*p.e.*, necesidad de seguridad, aceptación) en la infancia. En consecuencia, las relaciones interpersonales pueden verse condicionadas por las experiencias previas de las personas con TLP. (Young *et al.*, 2003). Otros estudios sobre el tema han hallado que algunos factores de riesgo como el miedo al abandono, un estilo de vinculación ambivalente y la hostilidad predecían los conflictos con terceros (Stepp, Smith, Morse, Hallquist, & Pilkonis, 2012).

1.3. Las relaciones sentimentales en personas con TLP.

El estudio de las Relaciones Sentimentales (RS) en personas con TLP es un ámbito que despierta un gran interés clínico. Sin embargo, en la actualidad, se encuentra en una fase primaria e incompleta, existiendo escasos estudios empíricos sobre esta temática concreta. Además, la gran mayoría de estudios se han centrado en la manifestación de los síntomas de las personas con TLP en este ámbito. En consecuencia, el estudio de las variables relacionales de las RS y/o de las parejas ha quedado relegado a un segundo plano.

En primer lugar, diferentes estudios de naturaleza antropológica refieren que las RS funcionan como la base del despliegue de comportamientos, emociones y valores de las personas implicadas (Jankowiak & Fisher, 1992). Concretamente, la teoría triangular del amor de Sternberg (1985) señaló que las RS se basaban en tres variables: i) intimidad (vínculo, conexión afectiva); ii) pasión (estado intenso de deseo de unión emocional, física y sexual); y iii) compromiso (decisión consciente de establecer una unión sentimental). Siguiendo esta línea teórica, se postuló que el mejor indicador de la RS es la similitud del triángulo relacional de cada miembro de la relación. Es decir, una RS satisfactoria se da a partir de la unión dinámica de las tres variables sentimentales (Sternberg, 1985).

En el ámbito de las RS en personas con TLP, la primera hipótesis respaldada por diferentes autores se basa en una mayor dificultad para mantener RS estables y duraderas (disfunción sentimental) en comparación a controles sanos y a controles con otros trastornos mentales (*p.e.*, depresión) (Bouchard *et al.*, 2009; Krueger, Eaton, Derringer, Markon, & Watson, 2011; Sharp, Venta, Vanwoerden, Schramm, Ha, Newlin, Reddy, & Fonagy, 2016). De hecho, se ha hallado que muchas de las crisis emocionales de estas personas tendían a ser desencadenadas por conflictos sentimentales (*p.e.*, disputas maritales, rupturas-reconciliaciones recurrentes) (Daley, Burge, & Hammen, 2000).

En este contexto teórico, las RS en personas con TLP presentan tres puntos nucleares: i) características distintivas de estas RS; ii) características clínicas de los miembros de la RS y; iii) variables mediadoras y moduladoras de las RS.

1.3.1. Características distintivas de las RS en personas con TLP.

Diferentes estudios transversales y prospectivos han investigado las características diferenciales en este tipo de RS (Bouchard & Saubourin, 2009; Bouchard *et al.*, 2009; Sansone *et al.*, 2011). Concretamente, se ha postulado que las RS en personas con TLP presentaban dos características concretas: i) menor duración de las RS; y ii) mayor número de parejas íntimas (Bouchard & Sabourin, 2009; Sansone & Sansone, 2011). En la Figura 1, se observa la relación de las variables implicadas en las dos características principales de las RS de estas personas. Además, se observa como resultado los mecanismos conductuales implicados en la dinámica relacional.

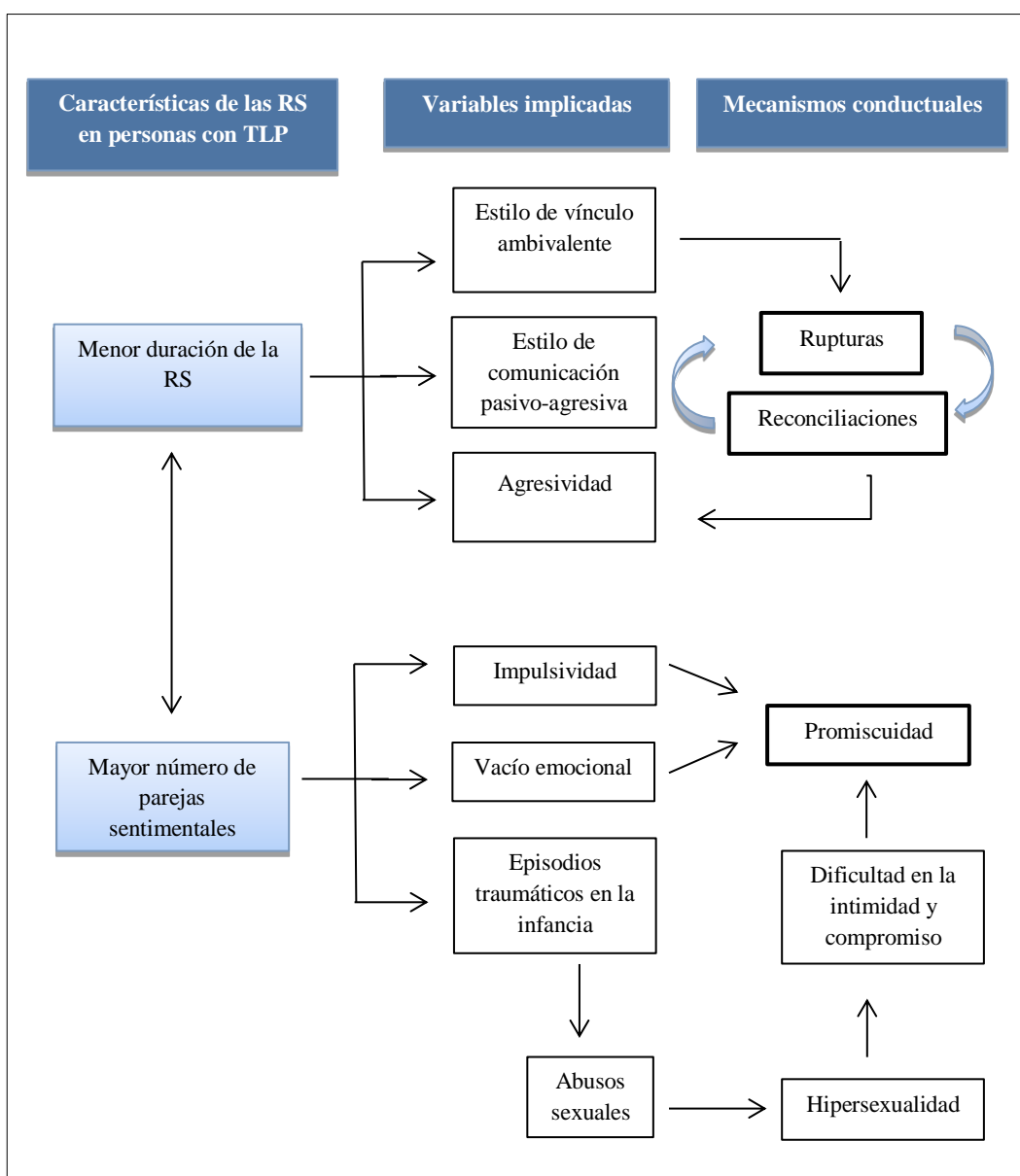


Figura 1. Características distintivas de las RS en personas con TLP.

Los estudios que se han centrado en la duración de las RS han postulado que la duración en este tipo de RS tendía a ser generalmente más corta que las RS de personas sin el trastorno. En concreto, se ha hallado que las personas con TLP rompían sus RS en los primeros seis meses (Bouchard *et al.*, 2009). Además, dicho estudio ha afirmado que el 68% de las personas con TLP rompían sus RS, sin embargo el grupo control de la muestra sin TLP mantenían sus RS (Bouchard *et al.*, 2009). En la misma línea, otro estudio longitudinal de 27 años de seguimiento halló que el 36% de las personas con TLP se divorció al final del seguimiento (Zweig-Frank & Paris, 2002). Ambos estudios han corroborado la hipótesis de otros autores sobre el patrón cíclico de ruptura-reconciliación previo a la ruptura definitiva (Bouchard *et al.*, 2009; Christensen, 1987; Zweig-Frank & Paris, 2002). En esta línea, hasta la fecha se han postulado tres explicaciones para dilucidar qué influye en la menor duración de las RS de las personas con TLP: i) el estilo de vínculo; ii) el estilo de comunicación; y iii) la agresividad. Concretamente, un estudio longitudinal ha hallado que el estilo de vinculación ansioso fomentaba una mayor duración de la RS (Bouchard *et al.*, 2009). En contrapunto un estilo de vinculación evitativo fomentaba el patrón cíclico de rupturas y reconciliaciones recurrentes (Bouchard *et al.*, 2009). En cuanto al estilo comunicativo, diferentes autores han postulado que una de las bases de las RS es la comunicación asertiva (Roisman *et al.*, 2004; Schmid, Leonard, & Ritchie, 2015). En relación a este tema, diferentes estudios han sugerido que la duración de las RS se asociaba positivamente con un estilo de comunicación pasivo-agresivo (Jennifer, Sophie, & Nathaniel, 2014; Hiraoka, Crouch, Reo, Warner, Milner, & Skowronski, 2016; Sansone, Hahn, Dittoe, & Wiederman, 2011). La comunicación pasivo-agresiva oscila entre la comunicación pasiva (inhibición de las necesidades internas y externas individuales con el objetivo de satisfacer las necesidades de terceros) y la comunicación agresiva (expresión directiva y rígida de las necesidades internas y externas sin tener en cuenta las necesidades de terceros) (Schmid *et al.*, 2015). En la misma línea, diferentes estudios sobre el tema han sugerido que las estrategias de comunicación pasivo-agresivas se asociaban positivamente con un estilo de vinculación ambivalente y con estrategias manipulativas hacia las parejas (Schmid *et al.*, 2015; Hiraoka *et al.*, 2016). Además, otros autores han señalado que el uso recurrente de estas estrategias agravaban la aparición de comportamientos agresivos y actuaban como factor de riesgo de la ruptura sentimental (Jennifer *et al.*, 2014; Hiraoka *et al.*, 2016; Sansone *et al.*, 2011).

En cuanto al estudio del número de parejas íntimas en las RS, se ha observado que las personas con TLP presentaban mayor número de RS en comparación a personas sin TLP o con otros trastornos de la personalidad (Bouchard & Sabourin, 2009; Bradford & Zanarini, 2008; Hill *et al.*, 2011; Holtzworth-Munroe, Meehan, & Herron, 2003). Diferentes estudios sobre el tema han sugerido que algunos síntomas clínicos del TLP como la impulsividad y la búsqueda de emociones fomentaban la manifestación de comportamientos promiscuos (*p.e.*, diferentes parejas sexuales en cortos periodos de tiempo) en comparación a controles sanos (Jennifer, Sophie, & Nathaniel, 2014). Por otro lado, algunos estudios han hallado que las personas con TLP y con trauma en la infancia presentaban mayor predisposición para relacionarse sexualmente sin compromiso en comparación a las personas sin episodios traumáticos. Dichos autores han postulado que las personas con TLP aprendían a vincularse con otros a través de la sexualidad pero manifestaban defensas emocionales hacia la esfera íntima del compromiso (Jennifer, Sophie, & Nathaniel, 2014). Concretamente, se ha observado que las personas con TLP con mayor prevalencia de vacío emocional presentaban mayor número de RS con el objetivo de paliar dicha sintomatología en comparación a controles sanos (Jennifer, Sophie, & Nathaniel, 2014).

En resumen, la evidencia empírica disponible hasta la fecha sugiere que las personas con TLP, en comparación a controles sanos y a controles con otros trastornos de la personalidad, presentan RS menos duraderas y más cambiantes.

1.3.2. Características clínicas de los miembros de la RS.

En cuanto a las características clínicas de los miembros de la RS, diferentes estudios se han centrado en el estudio de las características clínicas de las personas con TLP; sin embargo, el estudio de las parejas no ha sido investigado en consideración.

1.3.2.1. Características clínicas de las personas con TLP en sus RS.

Los estudios centrados en el ámbito de las RS en personas con TLP han concluido que las principales características clínicas son: i) elevada agresividad; ii) vínculo ambivalente; iii) estilo comunicativo pasivo-agresivo y/o demandante; y iv) baja satisfacción emocional y sexual.

1.3.2.1.1. Agresividad emitida por personas con TLP.

Dado el alto componente de desregulación emocional e impulsividad de estas personas, diferentes estudios han hallado que las personas con TLP manifiestan mayor grado de agresividad física y verbal en comparación a personas sin el trastorno (Bhatia, Davila, Eubanks, & Burckell, 2013; Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). Particularmente, un estudio longitudinal de cuatro meses de seguimiento ha reportado que el 37% de las parejas de personas con TLP eran víctimas de agresividad física y psicológica (Zanarini, Parachini, & Frankenburg, 2003). En la misma línea, otros estudios sobre agresividad en personas con TLP y RS han hallado que aproximadamente del 20% al 60% de las parejas presentaban agresión física y el 80% de agresión verbal en su RS (Bouchard *et al.*, 2009; Eckhardt & Crane, 2015). Por otro lado, algunos estudios asocian positivamente la desregulación emocional (hiperreactividad emocional) con la agresividad en la RS (Armenti & Babcock, 2018; Bouchard *et al.*, 2009; Wekerle, Leung, Wall, MacMillan, Boyle, Trocme, & Weachler, 2009). Dichos estudios han sugerido que las personas con TLP presentaban una respuesta emocional más reactiva, rápida y agresiva ante conflictos maritales en comparación a personas sin TLP.

1.3.2.1.2. Estilo de vinculación en personas con TLP.

En cuanto al estudio del vínculo en personas con TLP y sus RS, varios estudios transversales han sugerido que la vinculación ansiosa-ambivalente (miedo persistente al abandono de la pareja) era el estilo de vinculación más manifestado en este tipo de RS (Bouchard *et al.*, 2009). Particularmente, el estudio longitudinal de Bouchard (2009) ha hallado que el 37.1% de las mujeres con TLP presentaba un estilo de vinculación ansioso mientras que el 60.5% de dicha muestra mostraba un apego ambivalente en sus RS al final del seguimiento. Por otro lado, diferentes estudios han asociado positivamente la presencia de trauma en la infancia (*p.e.*, abusos sexuales y maltrato físico) con la vinculación insegura hacia las parejas (Collins, Guichard, Ford, & Feeney, 2004; Christensen & Sheng, 1991).

1.3.2.1.3. Estilo comunicativo en personas con TLP.

Diferentes estudios transversales que han estudiado el estilo de comunicación de las personas con TLP han hallado una escasa incidencia de comunicación íntima (*p.e.*,

expresión de miedos, necesidades, inseguridades) hacia la pareja en comparación a personas sin el trastorno (Bouchard *et al.*, 2009; Christensen & Shenk, 1993; Sansone, Hahn, Dittoe, & Wiederman, 2011; Weinstein, Gleason, & Oltmanns, 2012). Además, dichos estudios sobre el tema han sugerido que las personas con TLP manifestaban un estilo de comunicación pasivo-agresivo (Bouchard *et al.*, 2009; Weinstein, Gleason, & Oltmanns, 2012). Finalmente, otros estudios afirmaban que las personas con TLP presentaba una comunicación más demandante hacia sus parejas en comparación a personas sin el trastorno (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009).

1.3.2.1.4. Satisfacción emocional y sexual en personas con TLP.

En cuanto a la satisfacción emocional de las personas con TLP que mantienen una RS, varios autores han sugerido que las personas con TLP manifestaban menor satisfacción emocional en sus RS en comparación a sus parejas (Bouchard *et al.*, 2009; Sansone *et al.*, 2011; Skodo *et al.*, 2011). Algunos estudios han postulado hipótesis explicativas en cuanto a la insatisfacción emocional de las personas con TLP en sus RS. Concretamente, diferentes autores han sugerido que el patrón reiterativo de rupturas-reconciliaciones facilitaba un efecto adverso sobre la satisfacción emocional (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004; Zanarini *et al.*, 2003). En la misma línea, otros estudios que han asociado el estilo de comunicación con la satisfacción emocional han señalado que el estilo comunicativo pasivo-agresivo fomentaba la disfuncionalidad interpersonal (mayores conflictos maritales) y potenciaba la insatisfacción emocional (Zanarini *et al.*, 2004; Zanarini *et al.*, 2003). Finalmente, otras investigaciones han reportado que la agresividad (hostilidad, agresiones físicas y/o verbales) se asociaba positivamente con la insatisfacción emocional en la RS (Bouchard *et al.*, 2009; Zanarini *et al.*, 2003).

En cuanto a la satisfacción sexual de las personas con TLP, pocos estudios se han focalizado en este ámbito relacional. En general se ha hallado que las personas con TLP presentaban menor satisfacción sexual en comparación a sus parejas (Bouchard & Sabourin, 2009). Concretamente, un estudio transversal ha hallado que la satisfacción sexual de las personas con TLP se asociaba positivamente con su satisfacción emocional (Jennifer *et al.*, 2014). En la misma línea, otros estudios transversales han reportado que las personas con TLP con presencia de trauma en la infancia (*p.e.*, abusos sexuales) manifestaban mayor desinhibición e hiperreactividad sexual, y a su vez, una

menor satisfacción sexual en comparación a muestras sin TLP (Rellini & Meston, 2007; Senn, Carey & Coury, 2011).

En conclusión, se ha observado que las personas con TLP presentan mayor agresividad (*p.e.*, verbal y física), un estilo de vinculación ambivalente (*p.e.*, ansioso y evitativo), un estilo de comunicación pasivo-agresivo y/o demandante y una menor satisfacción emocional y sexual en sus RS. En la Figura 2 se ilustra la relación entre dichas variables implicadas en las características clínicas de las personas con TLP.

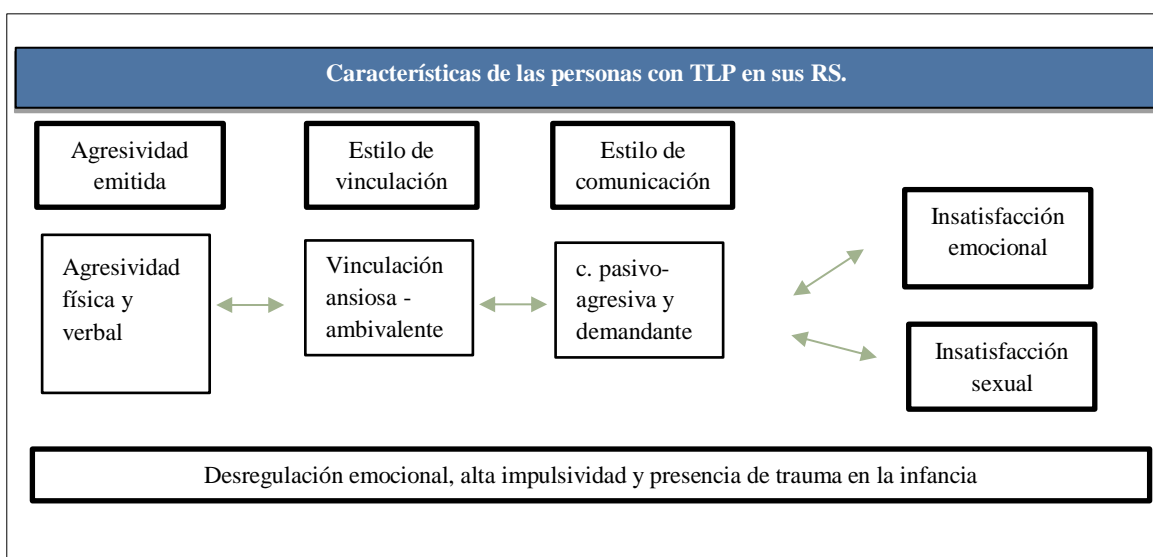


Figura 2. Características de las personas con TLP en sus RS.

1.3.2.2. Características clínicas de las parejas de las personas con TLP en sus RS.

Los estudios que se han centrado en las parejas de personas con TLP en el ámbito de sus RS refieren que las características clínicas más relevantes son: i) alta agresividad; ii) un frecuente vínculo ansioso; iii) un frecuente estilo comunicativo evitativo; iv) menor satisfacción emocional y mayor satisfacción sexual; y v) un predominante estilo de personalidad paranoide, antisocial u obsesivo-evitativo.

1.3.2.2.1. Agresividad emitida por las parejas de personas con TLP

En cuanto a la agresividad, algunos estudios han sugerido que las parejas de personas con TLP manifestaban mayor agresividad (agresiones físicas y verbales) y conflictos domésticos en comparación a parejas de personas sin TLP (Bouchard *et al.*, 2009). En contrapunto, diferentes estudios sobre RS en TLP y agresividad han referido

que las personas con TLP presentaban mayor percepción de conflictos maritales y abuso por parte de sus parejas en comparación a personas sin TLP (Bouchard *et al.*, 2009; Zanarini *et al.*, 2003). Por un lado, dichos autores han hipotetizado que las parejas manifestaban mayor agresividad hacia las personas con TLP en consecuencia al juego patológico centrado en patrones de escalada emocional. Por otro lado, debido a la gran prevalencia de trauma en la infancia, las personas con TLP tendían a presentar mayor sensibilidad y reactividad ante conflictos maritales (Bouchard *et al.*, 2009; Zanarini *et al.*, 2003).

1.3.2.2.2. Estilo de vinculación de las parejas de personas con TLP.

Diferentes estudios transversales y longitudinales han obtenido que el estilo de vinculación ansioso era el más prevalente en las parejas de las personas con TLP (Bouchard *et al.*, 2009; Christensen & Shenk, 1991; Weinstein, Gleason, & Oltmans, 2012). Concretamente un estudio transversal ha hallado que el 95% de las parejas de personas con TLP manifestaban una vinculación ansiosa en su RS (Weinstein, Gleason, & Oltmans, 2012). Además, algunos autores han sugerido que las parejas presentaban una vinculación ansiosa asociada a la sintomatología activa del TLP (*p.e.*, labilidad emocional, comportamientos demandantes, hostilidad) y a la necesidad de generar un rol preventivo ante recaídas emocionales (*p.e.*, intentos de suicidio, rupturas, conflictos) (Bouchard *et al.*, 2009; Weinstein, Gleason & Oltmans, 2012). De hecho, desde el modelo del triángulo dramático de Karpman (1968), las parejas de las personas con TLP tienden a representar un rol salvador ante la percepción subjetiva de indefensión de las personas con TLP, que manifiestan un rol de víctima y/o perseguidor. Es importante señalar que los roles son dinámicos en las RS y están claramente condicionados por las experiencias pasadas (Karpman, 1968).

1.3.2.2.3. Estilo de comunicación en parejas de personas con TLP.

Solo un estudio ha reportado datos sobre el estilo comunicativo en parejas de personas con TLP (Bouchard *et al.*, 2009). Dicho estudio longitudinal ha sugerido que las parejas presentaban un estilo de comunicación más evitativo que las parejas de personas sin TLP. Los autores han hipotetizado que la manifestación de patrones evitativos en la comunicación se debía a la evitación de conflictos maritales y peleas domésticas recurrentes (Bouchard *et al.*, 2009).

1.3.2.2.4. *Satisfacción emocional y sexual en parejas de personas con TLP.*

En cuanto a la satisfacción emocional, los estudios longitudinales sobre el tema han sugerido que las parejas de personas con TLP presentaban menor satisfacción emocional en comparación a las parejas de personas sin un miembro con TLP (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009; Daley *et al.*, 2004). Sin embargo, dichos estudios también han reportado que las parejas presentaban mayor satisfacción emocional en comparación al miembro con TLP de la RS.

Por otro lado, en cuanto a la satisfacción sexual de las parejas, un estudio ha afirmado que las parejas presentaban mayor satisfacción sexual en comparación a sus parejas con TLP. Además, dicho estudio también ha obtenido que las parejas de personas con TLP manifestaban mayor iniciativa para iniciar relaciones sexuales en comparación a las parejas de personas sin TLP (Bouchard & Sabourin, 2009).

1.3.2.2.5. *Estilo de personalidad de las parejas de personas con TLP.*

En cuanto a la personalidad de las parejas, se ha hallado que más del 50% de las parejas de personas con TLP presentaban un trastorno de la personalidad (Bouchard *et al.*, 2009). Concretamente, el 14%-19% fueron diagnosticados de trastorno paranoide de la personalidad (TPP), trastorno antisocial de la personalidad (TAP), trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) y trastorno evitativo de la personalidad (TEP) (Bouchard *et al.*, 2009). En la misma línea, otros estudios han hipotetizado que la presencia de trastornos de la personalidad en la pareja modulaba negativamente la sintomatología del miembro con TLP (*p.e.*, mayor tristeza, mayor hostilidad emitida) (Geer, & Cohen, 2018; Porcelli, Cogan, & Hibbard, 2004).

En resumen, las parejas de personas con TLP, en comparación a controles sanos, presentaban unas características clínicas más disfuncionales. La relación entre las variables se ilustra en la Figura 3.

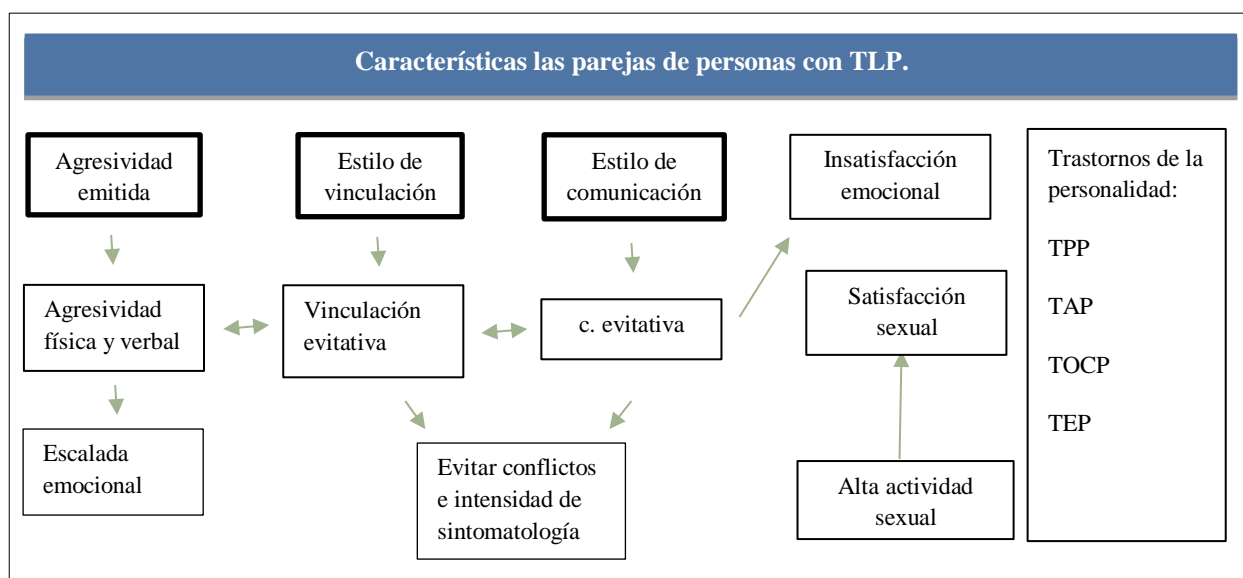


Figura 3. Características clínicas de las parejas de personas con TLP.

1.3.3. Variables mediadoras y moduladoras de las RS en Personas con TLP.

La determinación de la complejidad clínica de las RS en personas con TLP, incluyendo las variables mediadoras y moduladoras, se halla todavía en una fase inicial (Blatt & Levy, 2003; Gunderson & Lyons, 2008). Sin embargo, algunos estudios correlacionales que se describen a continuación han hallado evidencias preliminares de las conductas relacionales de las personas con TLP y sus parejas.

1.3.3.1. Variables relacionales y psicopatología.

El estudio de las variables relacionales ha presentado una evolución clínica durante las dos últimas décadas. En un inicio, las tres variables determinantes de las RS (intimidad, compromiso y pasión) se fundamentaban en la teoría triangular del amor de Sternberg (1973). En la actualidad, siguiendo esta línea teórica, los estudios científicos sobre variables relacionales han ampliado el número de variables principales que se manifestaban en las RS en muestras comunitarias (Greeff & Bruyne, 2000; Rusbult & Buunk, 1993). Dichos autores han sugerido que las variables relacionales principales en RS son: i) el compromiso; ii) la comunicación; iii) la satisfacción emocional; y iv) la satisfacción sexual. En particular, los estudios que se han centrado en las variables relacionales de las RS de personas con TLP han sugerido que las variables relacionales condicionantes son: i) la agresividad marital; ii) la comunicación; iii) la satisfacción emocional; iv) la satisfacción sexual; v) el estilo de personalidad de la pareja; y vi) los

episodios traumáticos en la infancia (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009; Miano, Groselli, Roenke, & Dziobek, 2017; Stepp, Smith, Morse, Hallquist, & Pilkonis, 2012; Hiraoka, Crouch, Reo, Warner, Milner, & Skowronski, 2016).

En primer lugar, diferentes estudios han sugerido que la agresividad en la RS se asociaba positivamente con: i) la impulsividad; ii) la desregulación emocional de las personas con TLP; iii) una baja autoestima; y iv) una peor calidad psicológica de vida (Bouchard *et al.*, 2009; Ehrensaft, Cohen, & Johnson, 2006). Por otro lado, otros estudios han sugerido que la variable relacional más moduladora de la calidad de las RS era la agresividad marital (Zanarini *et al.*, 2003). De hecho, algunos autores han sugerido que la agresividad marital modulaba positivamente el patrón cíclico y recurrente de rupturas-reconciliaciones en el que se veían envueltos los miembros de este tipo de RS (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009; Gunderson *et al.*, 2011; Paris, 2015; Zanarini *et al.*, 2003). Además, algunos autores sobre el tema han afirmado que la agresividad marital actuaba como un potenciador de la búsqueda de emociones intensas en personas con TLP (Gunderson *et al.*, 2011).

En cuanto al estudio de la comunicación en este tipo de RS, algunos autores han hallado que los síntomas como el miedo al abandono, un vínculo evitativo y episodios traumáticos en la infancia se asociaba positivamente con un estilo de comunicación evitativa-demandante en personas con TLP (Bouchard *et al.*, 2009). Además, diferentes autores han hallado que la hostilidad emitida de las personas con TLP fomentaba positivamente el estilo de comunicación pasivo-agresivo hacia las parejas (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009). De hecho, otros estudios han revelado que la comunicación pasivo-agresiva afectaba a la intimidad y a la sensación de seguridad emocional (*p.e.*, confianza, compromiso) de los miembros de la RS (Blatt & Levy, 2003; Gunderson & Lyons, 2008).

Por otro lado, algunos estudios han hallado una relación negativa entre la satisfacción emocional, satisfacción sexual y al estado anímico de las personas con TLP (Bouchard *et al.*, 2009; Christensen, 1987). Concretamente, el estado crónico de tristeza (distimia) característico de las personas con TLP fomentaba la percepción de menor satisfacción emocional de la RS y menor interés sexual hacia las parejas (Bouchard *et al.*, 2009). En la misma línea, también se ha sugerido que una baja calidad de vida general y una baja autoestima de las personas con TLP también se asociaba

negativamente a la satisfacción emocional y sexual de sus RS (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009). Por otro lado, algunos estudios asociativos entre episodios traumáticos en la infancia y satisfacción sexual han sugerido que algunas personas con TLP presentaban una mayor iniciativa sexual hacia sus parejas, pero, a su vez, menor satisfacción sexual (Bouchard & Sabourin, 2009).

En resumen, en cuanto al estilo de personalidad de las parejas de personas con TLP, pocos estudios han reportado datos claros con los que podamos realizar asociaciones empíricamente fundamentadas. Sin embargo, algunos autores han hipotetizado que la presencia de trastornos de la personalidad en la pareja, se asociaba positivamente con la intensidad, gravedad y a la presencia de sintomatología de las personas con TLP (Bouchard *et al.*, 2009; Daley *et al.*, 2004).

1.3.3.2. Episodios traumáticos en la infancia de las personas con TLP.

Los estudios que se han centrado en este ámbito relacional han hallado que los episodios traumáticos en la infancia se asociaban positivamente con la disfunción interpersonal y con la re-victimización en sus RS (Brigas *et al.*, 2017; Bouchard *et al.*, 2009; Frías, Palma, Farriols, González, & Horta, 2016). De hecho, algunos estudios han reportado que entre el 70% y el 90% de las personas con TLP han sufrido algún tipo de trauma en la infancia (Battle *et al.*, 2004; Bornovalova *et al.*, 2012; Zanarini *et al.*, 2002). Concretamente, entre el 40% y el 70% de las personas con TLP han presentado abuso sexual en la infancia (Zanarini *et al.*, 2000); el 25% y el 73% maltrato físico (Brierer *et al.*, 2003; Zanarini *et al.*, 2010); y el 13% y el 76% abuso emocional (Laporte, Paris, Guttman, & Rusell, 2011). Además, diferentes estudios sobre el tema han reportado que el 45% de las personas con TLP con historia de trauma en la infancia también presentaban trastorno de estrés post traumático (TEPT) (Masland, Cummings, Null, Woynowski, & Choi-Kain, 2019).

En cuanto al estudio de los episodios traumáticos, diferentes autores los han definido como un trauma relacional, por el cual la desconfianza, el abuso emocional/físico y la clínica disociativa se experimentan a edades tempranas (Brigas *et al.*, 2017). En consecuencia, dichas experiencias pueden perturbar negativamente las RS afectando a diferentes variables relacionales (Brigas *et al.*, 2017). De hecho, algunos

estudios sobre el tema han afirmado que los episodios traumáticos en la infancia estaban asociados con: i) la disolución de las RS; ii) la agresividad marital; iii) la desconfianza hacia la pareja; y iv) los comportamientos de hipersexualidad/hiposexualidad hacia las parejas (Colman & Widom, 2004; Godbout *et al.*, 2017; Rellini, Vujanovic, Gilbert, & Zvolensky, 2012; Vallencourt-More *et al.*, 2015). Particularmente, algunos autores han sugerido que las mujeres con TLP con mayor presencia de abusos sexuales en la infancia presentaban un estilo de vinculación evitativo hacia sus parejas, peor satisfacción emocional y sexual (Godbout, Dutton, Lussier, & Sabourin, 2009). Por un lado, otro estudio sobre el tema ha sugerido que los episodios traumáticos en la infancia se asociaban positivamente a esquemas cognitivos desadaptativos (*p.e.*, extrema autocrítica) proyectados hacia las parejas de personas con TLP (Lassri, Luyten, Cohen, & Shahar, 2016). En línea con estos datos, diferentes estudios han sugerido que el efecto de diferentes esquemas desadaptativos (*p.e.*, autocrítica) en estas RS se medie por un estilo de vinculación evitativo (Luyten *et al.*, 2016). Finalmente, dichos autores también han sugerido que los episodios traumáticos en la infancia se asociaban positivamente al uso de estrategias de activación-desactivación emocional en las personas con TLP (Luyten *et al.*, 2016). Concretamente, las personas con TLP tienden a negar necesidades, re-afirmar autonomía y fortaleza hacia sus parejas, pero, a su vez, buscan intimidad con ellas (Luyten *et al.*, 2016).

1.4. Intervenciones psicológicas en el ámbito de las RS y el TLP.

1.4.1. Intervenciones psicológicas en el ámbito del TLP.

Respecto a las principales intervenciones psicológicas dirigidas al TLP podemos destacar cuatro: i) la terapia basada en la mentalización (TBM) (Fonagy & Bateman, 2004); ii) la terapia focalizada en la transferencia (TFT) (Kernberg *et al.*, 1972); iii) la terapia basada en esquemas (TBE) (Young, 2003); y iv) la terapia dialéctico conductual (TDC) (Linehan, 1993).

La terapia basada en la mentalización (TBM) desarrollada por Bateman y Fonagy (2004) presenta un corte psicodinámico y fue diseñada para el abordaje psicoterapéutico del TLP y para pacientes psiquiátricos graves con dificultades en la capacidad de mentalizar. El tratamiento tiene como objetivo mejorar, fomentar y mantener la capacidad de mentalización de las personas que sufren el trastorno. Dado que las personas con TLP son propensas a presentar una baja mentalización,

especialmente en su funcionamiento interpersonal, el desarrollo de dicha capacidad es necesaria para una mejora en el funcionamiento interpersonal. De esta manera, la TBM presenta un doble objetivo: i) el desarrollo de estrategias con tal de aumentar el entendimiento de los propios pensamientos y emociones; y ii) una mejora en el entendimiento de los pensamientos y emociones de los demás. En cuanto a la eficacia de la TBM, diferentes estudios sobre el tema han expuesto resultados positivos en cuanto a la reducción de conductas autolesivas, clínica depresiva y ansiosa, así como, un mejor funcionamiento interpersonal (*p.e.*, ámbito social, laboral, RS) y una mayor integración de la identidad en muestras con TLP (Fonagy & Bateman, 2009). Además, la TBM también ha sido utilizada en diferentes modalidades psicológicas (*p.e.*, terapia sistémica breve, crisis emocionales, terapia de pareja) y ha presentado buenos resultados (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). También, ha demostrado eficacia ante la gestión de conflictos recurrentes en RS en muestras comunitarias (*p.e.*, comunicación pasivo-agresiva, hostilidad) (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008).

Respecto a la terapia focalizada en la transferencia (TFT) desarrollada por Kernberg y colaboradores (1978) sus orígenes remontan al desarrollo de la teoría de la desintegración de identidad de la personalidad límite. El principal objetivo de la TFT se basa en definir los constructos no integrados en la estructura de la personalidad y reducir la sintomatología asociada a las alteraciones de la identidad (*p.e.*, difusión de la identidad, desregulación emocional, episodios disociativos, despersonalización, conductas autolesivas) en personas con TLP (Kernberg, 2006). Concretamente, la TFT interpreta la relación entre las representaciones de objeto escindidas del paciente y las emociones dominantes asociadas a ellas (*p.e.*, idealización/devaluación). Posteriormente se interpreta la percepción del paciente hacia el terapeuta en relación a dicha proyección con el objetivo de fomentar la integración emocional ante las emociones dicotómicas de las representaciones de objeto del paciente (Kernberg, 2006). En cuanto a los estudios sobre la eficacia de la TFT se ha reportado una mejoría sintomatológica ante las alteraciones de la identidad, agresividad y funcionamiento interpersonal (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007). Además, se ha hallado que la TFT también ha presentado buenos resultados ante la gestión de mecanismos de defensa desadaptativos (*p.e.*, proyección devaluada) que actúan como factores de riesgo ante el distanciamiento emocional y rupturas sentimentales en el ámbito interpersonal (Kernberg, 2006).

La Terapia basada en esquemas (TBE) desarrollada por Young (2003) está destinada a pacientes con una patología crónica, especialmente a aquellos con trastornos de la personalidad. La TBE parte de un corte metodológico integrador que reúne aspectos de la terapia cognitivo-conductual, de la terapia psicodinámica y de la terapia constructivista. Según la TBE, los esquemas tempranos desadaptativos están relacionados con las necesidades básicas no satisfechas en la infancia. Dichos esquemas están agrupados en cinco dominios: i) desconexión y rechazo (abandono/inestabilidad, desconfianza/abuso, privación emocional, defectuosidad/vergüenza, aislamiento social/alienación); ii) autonomía y rendimiento (dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al peligro, apego inmaduro independiente, fracaso); iii) límites insuficientes (grandiosidad, insuficiencia al autocontrol); iv) focalización en los demás (subyugación, autosacrificio, búsqueda de aprobación/reconocimiento); e v) hipervigilancia e inhibición (negatividad, inhibición emocional, metas inalcanzables, castigo) (Young & Klosko, 2007). En consecuencia a estos esquemas desadaptativos se desarrollan estilos de afrontamiento para compensar las necesidades insatisfechas en la infancia (*p.e.*, lucha/sobrecompensación, huida/evitación y bloqueo/rendición) (Young & Klosko, 2007). En esta línea el objetivo principal de la TBE consiste en acceder y reestructurar los esquemas disfuncionales tempranos que se mantienen en el tiempo y que condicionan el funcionamiento intra/interpsíquico de la persona. En cuanto a los estudios sobre la eficacia de la TBE, se ha hallado que las personas con TLP presentan mejoría ante la impulsividad, mayor definición de la identidad y disminución de conductas autolíticas (Leppänen, Hakko, Sintonen, & Lindeman, 2016). Además, la TBE también ha sido utilizada en modalidad de terapia de pareja con el objetivo de una mejora en los esquemas desadaptativos que interfieran en las dinámicas relacionales (*p.e.*, desconfianza y distanciamiento emocional hacia la pareja en consecuencia de abusos sexuales en la infancia) (Young & Klosko, 2007).

La terapia dialéctico conductual (TDC) desarrollada por Linehan (1993) se basa en un modelo de corte integrador que combina conceptos de la terapia cognitivo-conductual con la práctica basada en la aceptación emocional extraída de modelos humanistas. Concretamente, los objetivos principales de la terapia se basan en: i) generar motivación hacia el cambio; y ii) la aceptación emocional de experiencias propias y externas. La TDC fomenta el desarrollo de habilidades (*p.e.*, conciencia, eficiencia interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar) con tal de aceptar

y validar las emociones y mejorar la psicopatología asociada al trastorno. En cuanto a la eficacia de la TDC, las personas con TLP han presentado mejoras ante la desregulación emocional, episodios disociativos, mayor definición de la identidad, mejor funcionamiento interpersonal, disminución de conductas autolesivas y conductas adictivas y menores hospitalizaciones (Linehan, 1993). Además, la TDC ha presentado eficacia en otras muestras clínicas (*p.e.*, otros trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por abuso a sustancias, trastornos del estado del ánimo y trastorno por déficit de atención e hiperactividad) (Dimef & Linehan, 2008; Lynch *et al.*, 2003; Robins & Chapman, 2004; Safer, Telch, & Agras, 2001).

1.4.2. Intervenciones psicológicas en el ámbito de las RS.

En referencia al tratamiento terapéutico de las RS en personas con TLP, no se ha desarrollado una intervención psicológica en modalidad de pareja dirigida a las personas con esta patología. No obstante, es importante destacar algunas de las terapias sistémicas de pareja en muestras comunitarias enfocadas a disminuir conflictos maritales que podrían ser eficaces en muestras con TLP. Podemos destacar: i) la terapia conductual tradicional de pareja (TCTP) (Baucom & Epstein, 1990); y ii) la terapia integral conductual de pareja (TICP) (Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995).

La terapia integral conductual de pareja (TICP) fue desarrollada por Jacobson y Christensen (1998). La TICP forma parte de las terapias de tercera generación y presenta un corte metodológico conductual marcado por la terapia conductual tradicional de pareja (TCTP; Baucom & Epstein, 1990; Preissutti & Barraca, 2013). El objetivo principal de la TICP consiste en el equilibrio entre el cambio y la aceptación emocional (tolerancia) de los miembros de la RS (Barraca, 2015). La TICP analiza la funcionalidad de los miembros de la RS y determina las conductas problemáticas que generan conflictos recurrentes. En esta línea, la TICP busca el cambio de las dinámicas disfuncionales de la RS a través del aprendizaje que otorgan los conflictos maritales (Atkins *et al.*, 2005; Barrero, 2008). Además, la TICP defiende que la aceptación de las diferencias conyugales fomenta la cohesión e intimidad de los miembros de la RS (Atkins *et al.*, 2005; Barrero, 2008). En esta línea, es necesario realizar un análisis del problema a través del estudio de diferentes variables: i) variables personales de cada miembro de la RS; ii) el intercambio de conducta; y iii) los determinantes ambientales del comportamiento. Para ello, este modelo utiliza estrategias de intervención de la

TCTP (estrategias para el cambio) y las propias de la TICP (herramientas enfocadas a la gestión de problemas persistentes desde la aceptación y la tolerancia) (Barraca, 2015). Los estudios de eficacia de la TICP han hallado que este modelo de terapia presenta buenos resultados ante parejas con un compromiso hacia el cambio (Atkins *et al.*, 2005; Christensen *et al.*, 2010). Además, la TICP también está dirigida a parejas con conflictos maritales difíciles, entre ellos infidelidades, comportamientos agresivos, dependencia emocional y adicción a sustancias (Barraca, 2015).

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

2.1. Objetivos.

En el actual apartado se mostrarán los objetivos de la presente investigación. Primero se enfatizará sobre el objetivo general y seguidamente se mostrarán los objetivos específicos.

2.1.1. *Objetivo general.*

Conocer las principales variables psicológicas relacionadas con el estatus de RS (estable mínimo de 12 meses vs. sin relación sentimental) que presentan las personas con TLP.

2.1.2. *Objetivos específicos.*

Objetivo 1: Comparar a las personas con TLP con una RS y las personas con TLP sin una RS en la actualidad en relación a: i) las variables clínicas (severidad de la sintomatología TLP, tipos de agresividad y humor depresivo); ii) el estilo de vinculación; iii) la calidad de vida y la autoestima; iv) los episodios traumáticos en la infancia; y v) variables predictoras del estatus de la RS.

Objetivo 2: Comparar a las personas con TLP y sus parejas en relación: i) el estilo comunicativo; ii) la agresividad íntima; iii) el estilo de vinculación; iv) la calidad de vida y la autoestima; v) la satisfacción emocional y sexual; y vi) las dimensiones de personalidad.

Objetivo 3: Determinar las asociaciones entre: i) las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con una RS; ii) las variables clínicas y relacionales de las personas con TLP y sus parejas; y iii) las variables caracteriales y relacionales de las parejas.

2.2. Hipótesis.

2.2.1. *Hipótesis General.*

Las personas con diagnóstico de TLP con una RS presentarán unas características clínicas e interpersonales más funcionales (menor sintomatología) que las personas con TLP sin una relación estable actual.

2.2.2. Hipótesis Específicas.

Hipótesis 1: Las personas diagnosticadas de TLP con una RS, comparadas con un grupo control de personas con dicho diagnóstico y sin una RS, obtendrán: i) menor severidad en la sintomatología del TLP; ii) menor agresividad; iii) menor humor depresivo; iv) un estilo de vinculación más ansioso; v) mayor calidad de vida a nivel psicológico, social y mayor autoestima; y vi) similar historia de trauma en la infancia.

Hipótesis 2: Las parejas de las persona con TLP presentarán: i) un estilo de comunicación más argumentativo; ii) menor agresividad íntima; iii) un estilo de vinculación más evitativo; iv) mayor calidad de vida y menor autoestima; v) mayor satisfacción emocional y sexual; y vi) mayor neuroticismo y conciencia.

Hipótesis 3: Se obtendrán asociaciones entre: i) agresividad y estilo demandante de las personas con TLP con una RS; ii) agresividad de las personas con TLP y comunicación evitativa de sus parejas; y iii) neuroticismo de las parejas y comunicación evitativa de las parejas.

MÉTODO

3. MÉTODO.

3.1. Tipo de diseño.

La presente investigación consiste en un estudio observacional, descriptivo y comparativo formado por dos muestras evaluadas de manera transversal.

3.2. Muestra.

3.2.1. Criterios de selección.

La muestra potencialmente elegible para la presente investigación recibía asistencia psiquiátrica en el Centro de Salud Mental Ambulatorio para Adultos (CSMA) del Hospital de Mataró, Barcelona. Está constituida por pacientes diagnosticados de TLP (DSM-5, APA, 2013) con/sin una RS que fue remitida inicialmente por sus profesionales de seguimiento.

3.2.2. Criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión para la muestra de personas con TLP con una RS estable fueron: i) diagnóstico de TLP según el DSM – 5 (APA, 2013); ii) mayoría de edad correspondida entre los 18 y los 65 años; y iii) 12 meses en una RS estable o cuatro meses en convivencia (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourin, 2009; Miano *et al.*, 2017).

Los criterios de inclusión para la muestra de personas con TLP sin una RS fueron: i) diagnóstico de TLP según el DSM – 5 (APA, 2013); ii) mayoría de edad correspondida entre los 18 y los 65 años; y iii) la presencia de RS casuales intermitentes sin compromiso.

3.2.3. Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión para ambas muestras fueron: i) comorbilidad con trastorno psicótico y/o trastorno generalizado del desarrollo según el DSM – 5 (APA, 2013) según los registros clínicos o informes psiquiátricos previos; ii) diagnóstico de discapacidad intelectual (CI<70) según los registros en historial clínico; y iii) la presencia de barreras idiomáticas para leer/hablar en español o catalán. Debido a la gran prevalencia del uso actual de sustancias en pacientes con TLP, solo se excluyeron

aquellos que manifestaron síntomas de intoxicación o abstinencia de sustancias en el momento de la evaluación.

3.2.4. *Tamaño de la muestra.*

Aceptando un riesgo alfa .05 y un riesgo beta inferior a .20 en un contraste bilateral, se necesitó 30 sujetos en cada grupo para detectar una diferencia mínima de 25 puntos en la medida de resultado principal del estudio (satisfacción emocional), asumiendo que existen 2 grupos y una desviación estándar de 2.83 y estimando una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

3.3. Variables del estudio.

3.3.1. *Variables independientes.*

La variable independiente del presente estudio es: el estatus sentimental pudiendo haber dos opciones, la presencia o ausencia de una RS (incluye: relación casual recurrente e intermitente sin compromiso).

3.3.2. *Variables dependientes.*

Las variables dependientes empleadas en este estudio se presentan agrupadas en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Variables dependientes.

Variables dependientes	
<i>Variables sociodemográficas en las personas con TLP y sus parejas.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Nivel de estudios. - Estatus laboral. - Número de hijos propios y/o de la pareja que conviven parcial o totalmente en el domicilio.
<i>Características clínicas de las personas con TLP.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicopatología del TLP (agresividad, impulsividad, estado de ánimo). - Tipología de vinculación en la RS. - Historia de episodios traumáticos en la infancia. - Calidad de vida general. - Autoestima general. - Estilo comunicativo en la RS. - Hostilidad emitida y percibida en la RS.

	-Satisfacción emocional y sexual en la RS. - Reactividad Interpersonal (cognición social).
--	---

<i>Características clínicas de las parejas de personas con TLP.</i>	-Dimensiones de la personalidad. -Tipo de vinculación en la RS. - Autoestima general. -Estilo comunicativo en la RS. -Hostilidad emitida y recibida en la RS. -Satisfacción emocional y sexual en la RS. - Calidad de vida.
---	---

3.4. Instrumentos.

Se utilizó una batería de cuestionarios auto-aplicados validados en muestras españolas o traducidos de su original para la evaluación de las variables independientes y dependientes implicadas en el estudio.

Diagnóstico de trastorno de la personalidad y patología clínica.

- **SCID 5-PD, Personality Disorders** (First, *et al.*, 1997). Se tradujo al castellano la versión original en lengua inglesa, la cual fue revisada posteriormente por un nativo (bilingüe) con conocimientos de Psicología. Entrevista semi-estructurada que fue empleada para el diagnóstico o no-diagnóstico TLP en las personas que participaron en el estudio. Fue administrado a las personas con TLP. Presenta una adecuada consistencia interna (*Cronbach's alpha* =.81).

- **BSL 23, Borderline Symptom List (Short Version)** (Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kühler, & Stieglitz, 2007; Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices, Ortiz, Bohus, Pascual, & Pérez, 2013). Se midió mediante la validación en español de la escala. Cuestionario autoaplicado que permitió evaluar la sintomatología del TLP y clasificarla en: estado leve (0-48), estado grave (49-63) y estado muy grave (>63). Fue administrado a las personas con TLP. La validación española presenta una adecuada consistencia interna (*Cronbach's alpha* = .97).

- **NEO-PI-R, Inventario de personalidad NEO Revisado** (McCrae & Costa, 2003; Cordero, Pamos, Cubero & Avia, 2008). Se midió mediante la validación en español de la escala. Cuestionario auto-aplicado que midió las dimensiones de personalidad en las

personas con TLP y sus parejas. La validación española presenta una adecuada consistencia interna (*Cronbach's alpha* = .60 a .90).

Humor depresivo.

- **BDI, Beck Depression Inventory**, (Beck & Beck, 1972; Conde & Useros, 1975). Se utilizó la validación en español abreviada de 13 ítems del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se administró a la muestra con TLP y a sus parejas. La validación en español presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .90).

Tipos de agresividad.

- **AQ, Buss and Perry Aggression Questionnaire**, (Andreu, Peña, & Graña, 2002; Buss & Perry, 1992). Se midió mediante la validación en español de la escala. Cuestionario autoaplicado que evalúa la conducta agresiva. Consta de 29 ítems y cuatro escalas principales: agresividad física, agresividad verbal, hostilidad e ira. Fue administrado a las personas con TLP y sus parejas. La validación española constó de una adecuada consistencia interna (*Cronbach's alpha* = .72- .88).

Estilo de vinculación.

- **ECR, Experience Close in Relationship-R adult attachment questionnaire** (Alonso-Arbiol, Balluerka & Shaver, 2007; Fraley, Waller & Brennan, 2000). Se midió mediante la validación en español de la escala. Cuestionario autoaplicado de 36 ítems que evaluó el tipo de vinculación en la RS en mujeres con/sin TLP, así como en sus parejas. Consta de dos dimensiones principales; vinculación ansiosa y vinculación evitativa. La validación española presentó una adecuada consistencia interna (*Cronbach's alpha* > .65).

Historia de episodios traumáticos en la infancia.

-**CTQ, Childhood Trauma Questionnaire** (Bernstein & Fink, 1998; Hernandez *et al.*, 2013). Se midió mediante la validación en español de la escala. Inventario estandarizado y retrospectivo de autoinformes de 25 ítems que midió la gravedad de los diferentes tipos de trauma infantil, produciendo cinco subescalas clínicas: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, abandono emocional y abandono físico. Se administró a la muestra de personas con TLP. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .66 a .94).

Violencia íntima.

- **CTS-2, Conflict Tactics Scale** (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996; Loinaz, Echeburúa, Ortiz-Tallo, & Amor, 2012). Se midió mediante la validación en español de la escala. Es un instrumento de autoinforme de 39 ítems que indica niveles de violencia íntima en una RS. Tiene cuatro escalas: negociación; agresión física; cohesión sexual; y lesiones. Se administró a la muestra TLP y sus parejas. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .88).

Estilos de comunicación.

- **CPQ, Communication Patterns Questionnaire**, (Christensen, 1986; Montes-Berges, 2009). Se midió mediante la validación en español de la escala. Tiene tres escalas: la escala de comunicación constructiva mutua, comunicación de evitación mutua, y la escala de comunicación demandante. Se administró a la muestra con TLP y a sus parejas. La validación en inglés presentó una consistencia interna adecuada (*Conbrach's Alpha* = .62 a .86).

Satisfacción emocional.

- **DAS, Dyadic Adjustment Scale**, (Spanier, 1976; Cano-Prous, Martín-Lanas, Moyá, Beunza, Lahortiga, & García, 2014). Se midió mediante la validación en español de la escala. Consta de 32 ítems con cuatro dimensiones: consenso, satisfacción emocional, cohesión y afecto. Se administró a la muestra con TLP y a sus parejas. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* > .80).

Satisfacción sexual.

- **ISS, Index of Sexual Satisfaction**, (Hudson, Harrison, & Crosscup., 1981; Iglesias, Sierra, García, Martínez, Sánchez, & Tapia, 2009). Se midió mediante la validación en español de la escala. El instrumento proporciona una puntuación global de la disfuncionalidad sexual. Puntuaciones más altas reflejan niveles más altos de conflictos o problemáticas en la esfera sexual. Existen tres puntos de corte: <30 ausencia de disfunción sexual, > 31 presencia de disfunción sexual y puntuaciones >70 gravedad en el área sexual. Se administró a la muestra con TLP y a sus parejas. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .76 a .86).

Cognición social.

- **IRI, *Interpersonal Reactivity Index***, (Davis, 1983; Pérez-Albéniz, Pául, Etxebarría, Montes, & Torres, 2003). Se midió mediante la validación en español de la escala. El IRI define la empatía como las "reacciones de un individuo a las experiencias observadas de otro". La medida tiene 4 subescalas: toma de perspectiva, fantasía, empatía, preocupación y angustia personal. Se administró a la muestra con TLP. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .70 a .78).

Autoestima.

- **RSE, *Rosenberg Self-Esteem*** (Rosenberg, 1965; Vázquez, Jiménez, & Vázquez, 2004). Se midió mediante la validación en español de la escala. Se administró a la muestra con TLP y a sus parejas. La validación española presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* = .87).

Calidad de Vida.

- **WHOQOL, *World Health Organization Quality of Life, Short-Form***, (Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011; *World Health Organization*, 1996). Se utilizó la validación española para evaluar la calidad de vida. Se administró a la muestra TLP y a sus parejas. La validación en español presentó una consistencia interna adecuada (*Cronbach's alpha* > .80).

3.5. Procedimiento.

Inicialmente se identificaron 57 pacientes ambulatorios que cumplían los criterios de inclusión del estudio. Sin embargo, 3 de ellos se negaron a participar y alegaron como motivo principal que no querían responder a cuestiones delicadas en los cuestionarios; otros 3 pacientes no cumplieron con los criterios diagnósticos de TLP, pero sí con rasgos límites. Cabe decir que la intención en el reclutamiento era la inclusión homogénea tanto de hombres como de mujeres, pero fueron pocos los hombres identificados, los cuales quisieran participar voluntariamente (n=2). Por este motivo, se tuvieron que excluir del análisis para evitar la heterogeneidad de los grupos en el análisis comparativo.

La muestra final estuvo compuesta por 49 mujeres diagnosticadas de TLP: 23 pacientes con una RS (23 mujeres con TLP y sus respectivas parejas) y otros 26 pacientes con TLP sin una RS en el momento de la evaluación.

El reclutamiento de la muestra se llevó a cabo a partir de la colaboración del equipo de psicólogos y psiquiatras del CSMA de Mataró. Se realizó una primera reunión con los profesionales con el fin de informar el objetivo y metodología del presente estudio. En una primera fase, los pacientes del CSMA de Mataró con diagnóstico previo de TLP acudieron a una entrevista para confirmar el diagnóstico clínico e informarles sobre los objetivos del estudio y obtener su consentimiento informado (ver Anexo 7 -8). En el caso de aceptar las condiciones del estudio, tanto las personas con TLP como sus parejas (si procedía) acudieron a una segunda sesión donde se les administró la batería de test descrita previamente. La administración de los cuestionarios se realizó en el CSMA de Mataró y cada sesión duró aproximadamente 2 horas.

3.6. Análisis estadístico.

El análisis de los datos se realizó utilizando el paquete estadístico IBM *SPSS Statistics* para Windows, v.23. Se usó la prueba de Shapiro-Wilk para confirmar la distribución normal de los datos clínicos cuantitativos para ambos grupos clínicos y, dentro del grupo TLP con pareja, entre los pacientes y sus respectivos compañeros sentimentales. Posteriormente, para el control de la varianza grupal, se empleó las pruebas de Chi cuadrado, U de Mann-Whitney y T-Student, dependiendo de la naturaleza de las variables.

Se realizó un primer análisis multivariado de la varianza (MANOVA) con la finalidad de reducir el riesgo de error de tipo I para los contrastes univariados de las variables dependientes que podían diferenciar al grupo TLP con pareja y sin pareja. Como medida de tamaño del efecto se escogió el η^2 cuadrado parcial. Aquellas variables que mostraron diferencias significativas inter-grupales ($p < .05$) se incluyeron como variables predictoras del estatus sentimental de las personas con TLP mediante un análisis de regresión logística binarios múltiple posterior (0= TLP con pareja y 1= TLP sin pareja). Se utilizaron los valores de Odds Ratio $[Exp] \beta$ para estudiar el efecto de estas variables sobre las asociaciones. Como medida del tamaño del efecto en este análisis se recogieron los valores de R-cuadrado de *Cox y Snell* y R-cuadrado de *Nagelkerke*.

Finalmente se realizó un análisis de la covarianza (MANCOVA) utilizando como co-variables el humor depresivo y la cognición social observar su efecto en la varianza de la muestra TLP y el grupo de parejas sentimentales.

Posteriormente, se realizó un nuevo MANOVA, esta vez para el contraste entre las variables psicopatológicas y relacionales de los pacientes y sus parejas. Como medida de tamaño del efecto se recogió la etha cuadrado parcial y para aquellos contrastes univariados significativos ($p < .05$) se realizaron correlaciones de Pearson con la finalidad de valorar la posible asociación entre las variables más relevantes del paciente y su pareja.

3.7. Consideraciones éticas.

Esta investigación obtuvo previamente la aprobación del Comité Ético de la Investigación Científica (CEIC) del Hospital de Mataró. Con ello se pudo certificar la idoneidad del protocolo y la aceptación del procedimiento utilizado en la investigación. A su vez, el presente estudio obtuvo la aprobación del protocolo de tesis doctoral por la FCEEP – Blanquerna, Ramon Llull en julio del 2016.

RESULTADOS

4. RESULTADOS.

El presente apartado se compone de dos partes diferenciadas durante el proceso de análisis: i) diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS; y ii) diferencias entre las personas con TLP y sus parejas y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.

4.1. Diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS.

Se realizó un análisis de varianza grupal para controlar la homogeneidad de las variables sociodemográficas de la muestra. Posteriormente, se realizan análisis multivariados agrupando las variables clínicas en función a la psicopatología, el estilo de vinculación, la calidad de vida y la autoestima, los episodios traumáticos en la infancia, la cognición social y las variables predictoras del estatus de la RS. Finalmente se realizó un análisis de correlación para concluir las asociaciones entre las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con una RS.

4.1.1. Diferencias sociodemográficas entre personas con TLP con/sin una RS.

No se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos ($p > .05$), salvo en el criterio de estatus marital vinculado a la propia condición metodológica (ver Tabla 3).

Tabla 3.
Variables sociodemográficas de las personas con TLP con/sin una RS.

Variables Sociodemográficas	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos χ^2 / t	<i>p</i>
	(N=23) n (%)	(N=26) n (%)		
Edad (media/DE)	38.65 (6.46)	38.88 (9.38)	t= -.10	.92
Nivel de Educación			$\chi^2 = 2.28$	.50
Sin Estudios	4 (18.20)	3 (11.50)	-	-
Primaria	4 (18.20)	9 (34.60)	-	-
Secundaria	8 (31.80)	9 (34.60)	-	-
Universidad	7 (31.80)	5 (19.20)	-	-
Estatus Marital			$\chi^2 = 49.00$	.00**
Casados o viviendo en pareja	17 (72.70)	0 (.00)	-	-
RS NVP	6 (27.30)	0 (.00)	-	-
No-RS estable	0 (.00)	26 (100)	-	-

Ocupación			$\chi^2= 1.97$	.74
Estudiante	3 (13.60)	5 (19.20)	-	-
Activo laboralmente	6 (27.30)	10 (38.50)	-	-
En paro	5 (22.70)	5 (19.20)	-	-
Incapacidad laboral	4(22.71)	3 (11.50)	-	-
Baja laboral	3 (13.60)	3 (11.50)	-	-
Hijos (media/DE)	.87 (.81)	.38 (.49)	t= 2.54	.13
RS previas			$\chi^2=1.60$	.20
Si	18 (77.30)	16 (61.50)	-	-
No	5 (22.70)	10 (38.50)	-	-

NVP, No Viviendo en Pareja; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; RS, Relación Sentimental.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

4.1.2. Diferencias psicopatológicas entre las personas con TLP con/sin una RS.

La prueba MANOVA no mostró diferencias significativas entre las variables psicopatológicas ($F = .18$, $p = .18$, $Wilks \lambda = .81$).

El análisis univariado no reportó diferencias significativas en la severidad de la sintomatología TLP ($p > .05$) (ver Tabla 4).

Respecto a la agresividad (escala AQ), el grupo TLP con RS obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo TLP sin RS para varios tipos de agresividad (agresión física, agresión verbal, rabia y hostilidad) ($p < .05$). El tamaño del efecto fue bajo para estas variables, y las potencias moderadas-altas.

Por lo que se refiere al humor deprimido, no se evidenciaron diferencias significativas ($p > .05$).

Tabla 4.

Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a la severidad de la sintomatología TLP.

Variables	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos			
	(n=23) M (DE)	(n=26) M (DE)	F	p	η^2	P
BSL 23	61.68 (22.64)	48.52 (32.40)	2.53	.11	.05	.34
AQ						
Agresión Física	47.14 (12.49)	37.08 (12.94)	7.29	.01*	.14	.75
Agresión Verbal	49.32 (7.64)	41.96 (10.76)	7.11	.01*	.13	.74
Rabia	26.50 (4.16)	23.68 (5.32)	4.01	.05*	.08	.50
Hostilidad	18.55 (4.09)	14.60 (5.92)	6.86	.01*	.13	.72
BDI	22.64 (5.90)	18.40 (8.80)	3.64	.06	.07	.46

AQ, Aggression Questionnaire; BDI, Beck Depression Inventory; BSL 23, Borderline Symptom List; RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ TLP con RS vs. BPD TLP sin RS.

4.1.3. Diferencias en el estilo de vinculación entre las personas con TLP con/sin una RS.

El análisis multivariante no reportó diferencias significativas entre las variables de vinculación ($F = 2.39$, $p = .10$, $Wilks \lambda = .90$). Del mismo modo, estas diferencias tampoco se observaron en el análisis univariado ($p > .05$) (ver Tabla 5).

Tabla 5.

Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a estilo de vinculación

Variables	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos			
	(n=23)	(n=26)	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>P</i>
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>				
ECR						
Vínculo Ansioso	36.39 (6.73)	39.54 (5.34)	3.17	.08	.06	.41
Vínculo Evitativo	38.13 (4.22)	36.46 (5.88)	1.24	.27	.02	.19

ECR, Experience Close Relationship; RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ TLP con RS vs. BPD TLP sin RS.

4.1.4. Diferencias en la calidad de vida y la autoestima entre las personas con TLP con/sin una RS.

La prueba MANOVA reportó diferencias significativas en las variables de calidad de vida y de autoestima ($F = 3.93$, $p = .00$, $Wilks \lambda = .65$).

En cuanto a la calidad de vida, el grupo TLP con RS mostró puntuaciones significativamente más altas en salud psicológica y más bajas en salud física en comparación al grupo TLP sin RS ($p < .05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias moderadas-altas (ver Tabla 6).

Respecto a la autoestima, el grupo TLP con RS mostró puntuaciones significativamente más bajas en comparación al grupo TLP sin RS ($p < .05$). El tamaño del efecto fue pequeño y la potencia fue alta.

Tabla 6.

Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a calidad de vida y autoestima.

Variables	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos	p	η^2	P
	(n=23)	(n=26)				
	M (DE)	M (DE)	F			
WHOQOL						
Salud Física	16.45 (4.76)	19.35 (4.75)	3.96	.05*	.08	.49
Salud Psicológica	13.30 (3.35)	10.43 (2.76)	9.43	.00**	.18	.85
Relaciones Sociales	8.60 (4.53)	7.65 (3.63)	.57	.45	.01	.11
Entorno	17.80 (5.43)	17.96 (6.23)	.00	.93	.00	.05
Autoestima	16.40 (3.99)	20.54 (4.87)	8.35	.00**	.16	.80

RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; WHOQOL, World Health Organization Quality of Life.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ TLP con RS vs. BPD TLP sin RS.

4.1.5. Diferencias en los episodios traumáticos en la infancia entre las personas con TLP con/sin una RS.

El análisis MANOVA reportó diferencias significativas entre las variables de episodios traumáticos en la infancia ($F = 2.79$, $p = .02$, $Wilks \lambda = .74$).

El análisis univariado mostró puntuaciones significativamente más altas en el grupo TLP con RS que en el grupo TLP sin RS para varios tipos de episodios traumáticos en la infancia (abuso emocional, abuso sexual y abandono emocional) ($p < .05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias fueron moderadas-altas (ver Tabla 7).

Tabla 7.

Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en episodios traumáticos en la infancia.

Variables	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos	p	η^2	P
	(n=23)	(n=26)				
	M (DE)	M (DE)	F			
CTQ						
Abuso Emocional	13.87 (3.79)	10.63 (2.63)	11.68	.00**	.21	.91
Abuso Sexual	14.04 (5.20)	10.25 (3.87)	8.06	.00**	.19	.79
Abuso Físico	7.52 (3.23)	7.29 (3.36)	.05	.81	.01	.05
Abandono Emocional	11.61 (2.79)	9.25 (2.48)	9.36	.00**	.20	.85
Negligencia Física	11.57 (5.09)	9.96 (4.56)	1.30	.26	.05	.20

TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; CTQ, Childhood Trauma Questionnaire; RS, Relación Sentimental; RS, Relación Sentimental.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ TLP con RS vs. BPD TLP sin RS.

4.1.6. Diferencias en la cognición social entre personas con TLP con/sin una RS.

El análisis multivariante no reportó diferencias significativas entre las variables de cognición social ($F = .17, p = .94, Wilks \lambda = .97$). Del mismo modo, estas diferencias tampoco se observaron en el análisis univariado ($p > .05$) (ver Tabla 8).

Tabla 8.

Comparación clínica entre las personas con TLP con/sin una RS en cuanto a cognición social.

Variables	TLP con RS	TLP sin RS	Estadísticos	<i>p</i>	η^2	<i>P</i>
	(n=23)	(n=26)				
	<i>M (DE)</i>	<i>M (DE)</i>	<i>F</i>			
IRI						
Toma de Perspectiva	11.82(4.65)	12.35 (4.97)	.33	.56	.00	.08
Fantasía	10.76(6.36)	11.04 (5.41)	.19	.66	.00	.07
Preocupación Empática	9.80 (4.45)	10.01(4.45)	.01	.89	.00	.05
Malestar Personal	9.06 (4.91)	10.52(5.50)	.44	.51	.00	.09

TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; IRI, Interpersonal Reactivity Index; RS, Relación Sentimental.

** $p < .01$ en TLP con RS vs. TLP sin RS.

* $p < .05$ TLP con RS vs. BPD TLP sin RS.

En resumen, el grupo de TLP con RS reportó más comportamientos agresivos, una peor percepción de salud física, una peor autoestima y mayor número de episodios traumáticos en la infancia que el grupo TLP sin RS. No obstante, presentó niveles significativamente más altos de salud psicológica.

4.1.7. Variables predictoras del estatus de la RS.

El análisis de regresión logística binaria múltiple resultó ser estadísticamente significativo y el modelo recogió prácticamente la mitad de la varianza del estatus marital de la muestra global de personas con TLP ($\chi^2 = 21.83, p = .00, Cox y Snell = .40, Nagelkerke = .54$). En concreto, los resultados mostraron que el predictor más significativo del estatus de la RS fueron la agresión física y la autoestima. Específicamente, una mayor autoestima predijo la ausencia de vínculo sentimental, mientras que una mayor agresividad física se asociaba a la presencia de un vínculo sentimental (ver tabla 9).

Tabla 9.
Variables predictoras sobre el estatus de la RS.

Variables Predictoras	B	Error Estandar	Wald	p	Odds ratio Exp[β]
CTQ					
Abuso Emocional	-.25	.24	1.02	.31	.77
Abuso Sexual	-.02	.13	.03	.84	.97
Abandono Emocional	-.13	.27	.22	.63	.97
Autoestima	.20	.10	3.5	.05*	1.22
AQ					
Agresión Física	-.07	.03	4.90	.02*	.92

AQ, Aggression Questionnaire; CTQ, Childhood Trauma Questionnaire; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$.

* $p < .05$.

4.1.8. Asociaciones entre las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con RS.

El análisis de correlación bivariado reportó correlaciones negativas significativas entre varias dimensiones de agresividad y episodios traumáticos en la infancia.

En cuanto a la autoestima, el análisis bivariado reportó una correlación negativa significativa entre autoestima y satisfacción. También, se halló una correlación positiva significativa entre autoestima y fantasía. Además, se halló una correlación positiva significativa entre autoestima y hostilidad.

En cuanto a la salud psicológica, el análisis reportó una correlación negativa significativa entre salud psicológica y afecto (ver Tabla 10).

Tabla 10.
Asociaciones entre las variables clínicas y las variables relacionales de las personas con TLP con RS.

Variables r/(p)	TLP con RS (n=23)						
	Agresión Física	Agresión Verbal	Ira	Hostilidad	Autoestima	Salud Psicológica	Vínculo Ansioso
Abuso Emocional	-.34 (.11)	-.17 (.42)	-.27 (.22)	-.06 (.77)	-.04 (.85)	.15 (.49)	-.13 (.52)
Abuso Sexual	-.24 (.26)	-.50 (.01)*	-.06 (.77)	-.20 (.36)	-.23 (.32)	-.13 (.53)	-.12 (.61)
Abuso Físico	-.44 (.03)	-.33 (.12)	-.20 (.36)	-.50 (.01)*	.08 (.73)	-.22 (.29)	.26 (.21)
Abandono Emocional	-.08 (.69)	-.22 (.32)	-.50 (.01)*	.03 (.88)	-.01 (.94)	.07 (.72)	.05 (.78)
Negligencia Física	-.04 (.89)	.31 (.14)	.03 (.88)	.25 (.25)	.24 (.29)	.19 (.37)	-.26 (.21)
Com. Constructiva	-.00 (.16)	.14 (.51)	-.25 (.29)	-.18 (.40)	-.02 (.92)	.25 (.25)	.36 (.09)
Com. Evitativa	-.24 (.98)	.18 (.41)	.02 (.90)	.01 (.95)	-.16 (.50)	.08 (.69)	-.37 (.08)
Com. Demandante	-.02 (.35)	.38 (.07)	.25 (.24)	.09 (.67)	-.10 (.65)	-.14 (.52)	.00 (.99)
Consenso	-.37 (.09)	-.12 (.57)	-.28 (.21)	-.44 (.04)*	-.34 (.14)	.06 (.76)	-.11 (.61)
Satisfacción	.04 (.85)	.05 (.82)	.14 (.53)	.22 (.31)	-.53 (.02)*	-.38 (.07)	.06 (.77)
Cohesión	.42 (.06)	.21 (.08)	.32 (.15)	.32 (.15)	-.23 (.33)	-.26 (.23)	.48 (.02)*
Afecto	.13 (.56)	.23 (.29)	.48 (.02)*	.03 (.86)	-.41 (.08)	-.48 (.02)*	.13 (.53)

Toma de Perspectiva	-.10(.71)	.30(.17)	-.41(.12)	.05(.84)	.42(.11)	.23(.39)	-.14(.60)
Fantasia	.28(.30)	-.19(.47)	.12(.64)	.05(.84)	.53(.02)*	-.30(.26)	.20(.45)
Percepción Empática	.33(.21)	.07(.78)	.33(.22)	.13(.62)	.28(.29)	.30(.27)	.00(.98)
Malestar Personal	-.13(.63)	-.00(.97)	-.46(.07)	.14(.59)	.34(.21)	.29(.29)	-.20(.46)
Autoestima	.25 (.12)	.64(.28)	.35(.09)	.13(.05)*	-	-	-.26(.11)

RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$.

* $p < .05$.

4.2. Diferencias entre las personas con TLP y sus parejas y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.

Se realizó un análisis bivariado inicial de las variables sociodemográficas junto con las variables de humor depresivo y cognición social con tal de controlar su efecto. Posteriormente, se realizaron análisis multivariados en función al estilo comunicativo, la agresividad íntima, el estilo de vinculación, la calidad de vida y la autoestima, la satisfacción emocional y sexual, y las dimensiones de personalidad. Finalmente, se realizó un análisis de correlación para concluir las asociaciones entre las variables de las personas con TLP y sus Parejas.

4.2.1. Diferencias sociodemográficas entre las personas con TLP y sus parejas.

No se obtuvieron diferencias significativas entre los grupos ($p > .05$), salvo en el criterio de ocupación, el cual mostró un mayor nivel de ocupación laboral activa en el grupo Pareja ($p < .05$) (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Variables sociodemográficas de las personas con TLP y sus Parejas.

Variables Sociodemográficas	TLP	Pareja	Estadísticos $\chi^2 / t / F$	p
	(N=23) n (%)	(N=23) n (%)		
Edad (media/DE)	38.65 (6.46)	40.42 (9.23)	$t = -.86$	.23
Nivel de Educación			$\chi^2 = 6.58$	.08
Sin Estudios	4 (18.20)	1 (3.30)	-	-
Primaria	4 (18.20)	6 (27.30)	-	-
Secundaria	8 (31.80)	10 (53.60)	-	-
Universidad	7 (31.80)	5 (15.80)	-	-
Ocupación			$\chi^2 = 3.83$	.03*
Estudiante	3 (13.60)	2 (8.70)	-	-
Activo laboralmente	6 (27.30)	18 (78.30)	-	-

En paro	5 (22.70)	2 (8.70)	-	-
Incapacidad laboral	4(22.71)	1 (4.30)	-	-
Baja laboral	3 (13.60)	0 (.00)	-	-
Hijos (media/DE)	.87 (.81)	.80 (.76)	$t=-.07$	.94
BDI (media/DE)	22.64 (5.90)	19.06 (4.28)	$F=1.24$	.23
IRI (media/DE)				
Fantasía	11.82 (4.65)	10.00 (4.46)	$F=1.24$	.22
Toma Perspectiva	10.76 (6.36)	13.77 (6.59)	$F=.94$	.35
Preocupación Empática	9.80 (4.45)	9.62 (6.39)	$F=.08$	.93
Estrés Personal	9.06 (4.91)	6.46 (4.025)	$F=1.79$	.08

BDI, Beck Depression Inventory; NVP, No Viviendo en Pareja; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; RS, Relación Sentimental; IRI, Interpersonal Reactivity Index.

** $p < .01$ TLP vs. Pareja.

* $p < .05$ TLP vs. Pareja.

4.2.2. Diferencias en el estilo comunicativo entre las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA reportó diferencias estadísticamente significativas entre las variables del estilo comunicativo ($F= 129.02$, $p= .00$, *Wilks* $\lambda=.08$).

El análisis univariado mostró que el grupo Pareja presentó puntuaciones significativamente más altas en comunicación evitativa en comparación al grupo TLP ($p<.05$). En cambio, el grupo TLP puntuó significativamente más alto en comunicación demandante ($p<.05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias fueron altas (ver Tabla 12).

Tabla 12.

Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto al estilo comunicativo

Variables	TLP	Pareja	Estadísticos			
	($n=23$)	($n=23$)	F	p	η^2	P
	M (DE)	M (DE)				
CPQ						
Com. Constructiva	23.96 (9.65)	25.61 (18.44)	.13	.71	.00	.06
Com. Evitativa	24.17 (6.61)	72.78 (29.24)	59.90	.00**	.25	1.00
Com. Demandante	85.30 (18.31)	10.56 (5.48)	278.76	.00**	.26	1.00

CPQ, Communication Patterns Questionnaire; RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad

** $p < .01$ TLP vs. Pareja.

* $p < .05$ TLP vs. Pareja.

4.2.3. Diferencias en la agresividad íntima entre las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las variables de agresividad íntima ($F= 2.92$, $p= .08$, *Wilks* $\lambda=.56$). En la misma línea el análisis univariado no reportó diferencias significativas entre los grupos ($p>.05$) (ver Tabla 13).

Tabla 13.
Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a agresividad íntima.

Variables	TLP	Pareja	Estadísticos			
	(n=23)	(n=23)	F	p	η^2	P
	M (DE)	M (DE)				
CTS						
Violencia Física Med.	24.40 (41.40)	32.78 (10.64)	.69	.40	.05	.12
Agresión Psicol.	15.28 (43.23)	32.56 (12.83)	2.68	.10	.11	.36
Agresión Fisic. Grav.	12.20 (42.96)	23.56 (5.22)	1.19	.28	.06	.18
Argumentación	13.48 (43.48)	14.00 (6.60)	.00	.96	.02	.05

CTS, Conflict Tactics Scale; RS, Relación Sentimental; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$ TLP vs. Pareja.

* $p < .05$ TLP vs. Pareja.

4.2.4. Diferencias en el estilo de vinculación entre personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA reportó diferencias estadísticamente significativas entre las variables de estilo de vinculación ($F= 2.38$, $p= .00$, *Wilks* $\lambda=.35$). El análisis univariado mostró que el grupo TLP puntuó significativamente más alto en vinculación ansiosa en comparación al grupo Pareja ($p<.05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias fueron moderadas-altas (ver Tabla 14).

Tabla 14.
Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a los estilos de vinculación.

Variables	TLP	Pareja	Estadísticos			
	(n=23)	(n=23)	F	p	η^2	P
	M (DE)	M (DE)				
ECR						
Vínculo Ansioso	36.39 (6.73)	7.84 (5.29)	38.94	.00**	.31	1.00
Vínculo Evitativo	38.13 (4.22)	39.17 (12.22)	.16	.69	.01	.06

BDI, Beck Depression Inventory; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; RS, Relación Sentimental

** $p < .01$ TLP vs. Pareja.

* $p < .05$ TLP vs. Pareja.

4.2.5. Diferencias en la calidad de vida y la autoestima entre las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA reportó diferencias estadísticamente significativas en las variables de calidad de vida y autoestima ($F= 33.22$, $p= .00$, *Wilks* $\lambda = .22$). El análisis univariado reportó que el grupo Pareja obtuvo puntuaciones significativamente más altas en relaciones sociales y autoestima ($p<.05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias fueron moderadas-altas (ver Tabla 15).

Tabla 15.
Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a calidad de vida y autoestima.

Variables	TLP (n=23)	Pareja (n=23)	Estadísticos <i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>P</i>
	M (DE)	M (DE)				
WHOQOL						
Salud Física	16.45 (4.76)	11.53 (6.10)	.75	.39	.15	.56
Salud Psicológica	13.30 (3.35)	7.76 (5.33)	1.71	.19	.17	.65
Relaciones Sociales	8.60 (4.53)	28.65 (9.99)	6.08	.01*	.21	.87
Entorno	17.80 (5.43)	16.28 (4.89)	.14	.70	.10	.32
Autoestima	16.40 (3.99)	27.10 (10.90)	12.90	.00**	.75	.93

TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; RS, Relación Sentimental; WHOQOL, World Health Organization Quality of Life; RS, Relación Sentimental.

***p* < .01 TLP vs. Pareja.

**p* < .05 TLP vs. Pareja.

4.2.6. Diferencias en la satisfacción emocional y satisfacción sexual entre las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en las variables de satisfacción emocional y satisfacción sexual ($F = 281.71$, $p = .00$, *Wilks* $\lambda = .03$).

En cuanto a la satisfacción emocional, el grupo TLP presentó puntuaciones significativamente más altas en consenso y satisfacción ($p < .05$). En cambio, el grupo Pareja mostró puntuaciones significativamente más altas en cohesión y afecto ($p < .05$). Los tamaños del efecto fueron leves y las potencias fueron moderadas-altas (ver Tabla 16).

En cuanto a la satisfacción sexual, el análisis univariado no reportó diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$).

Tabla 16.
Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a satisfacción emocional y sexual.

Variables	TLP (n=23)	Pareja (n=23)	Estadísticos <i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>P</i>
	M (DE)	M (DE)				
DAS						
Consenso	41.09 (11.44)	21.11 (14.10)	62.36	.00**	.26	1.00
Satisfacción	26.96 (7.23)	20.41 (4.19)	11.08	.00**	.02	.090
Cohesión	13.74 (5.26)	18.71 (4.31)	10.09	.00**	.19	.87
Afecto	8.57 (3.48)	75.53 (11.75)	72.20	.00**	.19	1.00
DAS Total	85.87 (17.13)	84.57 (19.06)	.20	.88	.00	.05
ISS Total	63.99 (11.02)	49.20 (11.09)	2.84	.10	.11	.45

DAS, Dyadic Adjustment Scale; TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; ISS, Index of Sexual Satisfaction; RS, Relación Sentimental.

***p* < .01 TLP vs. Pareja.

**p* < .05 TLP vs. Pareja.

4.2.7. Diferencias en las dimensiones de personalidad entre las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis MANOVA reportó diferencias estadísticamente significativas entre las dimensiones de personalidad ($F= 7.23$, $p= .00$, $Wilks \lambda = .48$). El análisis univariado mostró que el grupo Pareja puntuó significativamente más alto en neuroticismo, extraversión, agradabilidad y conciencia en comparación al grupo TLP ($p<.05$). Los tamaños del efecto fueron moderados-altos y las potencias fueron altas (ver Tabla 17).

Tabla 17.
Comparación entre las personas con TLP y sus parejas en cuanto a las dimensiones de personalidad.

Variables	TLP	Pareja	Estadísticos			
	(n=23)	(n=23)	F	p	η^2	P
	M (DE)	M (DE)				
NEO-PIR						
Neuroticismo	109.10 (28.07)	138.53 (25.12)	12.10	.00**	.24	.92
Extraversión	102.71 (35.04)	138.68 (22.59)	14.52	.00**	.28	.96
Apertura	104.95 (33.84)	126.42 (33.39)	4.06	.07	.20	.50
Agradabilidad	93.76 (37.74)	133.68 (34.19)	12.19	.00**	.39	.92
Conciencia	104.00 (35.33)	145.47 (34.62)	14.00	.00**	.43	.95

TLP, Trastorno Límite de la Personalidad; NEO-PIR; RS, Relaciones Sentimentales

** $p < .01$ TLP vs. Pareja.

* $p < .05$ TLP vs. Pareja.

En resumen, el estilo comunicativo del grupo TLP presentó mayores puntuaciones en demanda, mientras que el grupo de Parejas obtuvo mayores puntuaciones en comunicación evitativa. A nivel de vínculo, el grupo TLP destacó por un mayor vínculo ansioso. El grupo Pareja puntuó más alto en relaciones sociales y autoestima. En cuanto a satisfacción de la relación sentimental, el grupo TLP obtuvo mayores puntuaciones en consenso y satisfacción emocional, mientras el grupo de parejas reportó mayores puntuaciones en cohesión y afecto.

4.2.8. Asociación entre el bienestar emocional y la satisfacción emocional de las Parejas.

El análisis de correlación reportó asociaciones positivas significativas entre salud psicológica y satisfacción en las parejas ($p<.05$). Así mismo una mayor puntuación en relaciones sociales se asoció positivamente con el afecto (ver Tabla 18).

Tabla 18.
Asociación entre las dimensiones de salud psicológica, relaciones sociales y satisfacción emocional en las Parejas.

Variables r/(p)	Consenso	Pareja (n=23)		
		Satisfacción	Cohesión	Afecto
Salud Psicológica	.22 (.56)	.72 (.02)*	.36 (.33)	.34 (.35)
Relaciones Sociales	-.04 (.90)	-.24 (.51)	-.35 (.34)	.70 (.03)*

** $p < .01$.

* $p < .05$.

4.2.9. Asociación entre las variables de las personas con TLP y sus Parejas.

El análisis de correlación reportó asociaciones positivas significativas entre la dimensión de agradabilidad del grupo de parejas y la comunicación demandante del grupo TLP ($p < .05$). Así mismo, la satisfacción del grupo TLP se asoció positivamente con la dimensión de conciencia del grupo de parejas (ver Tabla 19).

Tabla 19.
Asociación entre las variables de las personas con TLP y sus Parejas.

Variables Pareja (n=23) r/(p)	Com. Demandante	TLP(n=23)		
		Vinculo Ansioso	Consenso	Satisfacción
Neuroticismo	.70 (.77)	.37 (.20)	-.13 (.58)	-.32 (.16)
Extraversión	.37 (.11)	.07 (.74)	.04 (.95)	.13 (.57)
Agradabilidad	.47 (.03)*	.26 (.26)	.15 (.52)	-.06 (.79)
Conciencia	-.01 (.96)	.28 (.22)	.09 (.70)	.53 (.01)*
Relaciones Sociales	-.19 (.58)	-.24 (.49)	.12 (.72)	-.46 (.17)
Autoestima	-.11 (.65)	-.09 (.70)	-.02 (.93)	.35 (.15)
Afecto	.31 (.20)	-.41 (.07)	.34 (.15)	-.35 (.15)

TLP, Trastorno Límite de la Personalidad.

** $p < .01$.

* $p < .05$.

DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN.

El objetivo de esta investigación fue conocer las principales variables psicológicas relacionadas con el estatus de RS (con RS o sin RS) que mantienen las personas con TLP. En esta línea, los principales hallazgos se estructuran en dos puntos: i) diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS; y ii) diferencias entre las personas con TLP y sus parejas, y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.

5.1. Diferencias entre personas con TLP con/sin RS y asociación entre variables clínicas en personas con TLP con RS.

En términos generales, el resultado más relevante del presente apartado fue que las personas con TLP con una RS presentaron una agresividad significativa mayor en todas las esferas de agresividad (escala AQ) en comparación a las personas con TLP sin una RS. En concreto, la variable más discriminante fue la agresividad física. Este resultado es consistente con otros estudios transversales y longitudinales que comparan las RS de las personas con TLP con las de otras muestras clínicas o población general sin patología (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Saobourin, 2009; Cuyten, Fonagy, Lemma & Target, 2012; Gunderson *et al.*, 2010; Fonagy & Bateman, 2008; Kernberg, 1986; Young, Klosko & Weishaar, 2003). No obstante, a diferencia de dichos estudios, la presente investigación establece un marco clínico y metodológico más específico al delimitar las diferencias entre grupos de pacientes con el mismo diagnóstico (*intra-TLP*), lo que permite clarificar que la agresividad no es meramente una psicopatología primaria potencialmente más observable en personas con TLP, sino que las RS se erigen en un contexto psicosocial de alto riesgo para éstos, ya sea como variable externa elicitora, desencadenante y/o exacerbadora de su manifestación. En conjunto, la presente investigación apoya una hipótesis de “doble impacto”, donde existiría una vulnerabilidad/disposición personal y un “estresor” psicosocial (RS) que, en conjunto, explicaría su irrupción.

A la hora de buscar la potencial asociación entre agresividad (escala AQ) y otras variables clínicas dentro de la muestra TLP con pareja, la ausencia de correlaciones significativas positivas entre agresividad y trauma infantil sugiere que la primera variable no puede ser entendida como una reacción postraumática (*p.e., traumatic reenactment*) a modo de hostilidad secundaria o como defensa instintiva (DellOsso,

Cremone, Carpita, Dell'Oste, Muti, Masimetti, Barlati, Vita, Fagiolini, Carmassi, & Gesi, 2019; Frias *et al.*, 2016; Krause-Utz, 2019; Masland *et al.*, 2019; Jowett, Karatzias, & Albert, 2019). Por tanto, no se puede concluir que una mujer adulta con TLP en rol de “verdugo” hacia su pareja provenga de una niña traumatizada “víctima” del trauma infantil. Es más, los actuales hallazgos revelan que, en todo caso, la severidad del trauma infantil “protege” (correlaciones negativas significativas) de algún modo contra la agresividad adulta. Con vistas a valorar algunas variables mediadoras para dicha asociación, futuras investigaciones deberán estudiar el papel del trauma infantil en la construcción de determinados esquemas desadaptativos tempranos (*p.e.*, dependencia emocional), que contribuyeran a explicar la menor agresividad ostentada por parte del adulto con TLP (Cristensen, 1991; Paris, 2001; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Con todo, descartando la hipótesis de “víctima” a “verdugo”, no puede descartarse que dichas personas hayan podido ser maltratadas previamente en una RS una vez entradas en la adultez. En consecuencia, esta variable psicobiográfica no es evaluada en la presente investigación y requeriría ser analizada en próximos estudios.

En la misma línea, esta investigación no halló una correlación significativa entre agresividad (escala AQ), estilos de comunicación y vinculación en los pacientes con TLP que tenían una RS. Por tanto, dicha agresividad no puede ser entendida como una manera insana de expresión de necesidades. Tampoco corrobora los planteamientos de diversos estudios teóricos y empíricos, los cuales postulan que la agresividad de las personas con TLP refleja un elevado componente de angustia ante la intimidad, siendo una suerte de estilo de afrontamiento insano ante el temor a la aproximación física y emocional (Armenti & Babcock, 2018; Bouchard *et al.*, 2009; Fonagy & Bateman, 2008; Kernberg, 1986; Kuo & Linehan, 2009; Wekerle *et al.*, 2009).

Como contrapunto a los hallazgos previos, la presente investigación evidenció una correlación positiva significativa entre agresividad (variable hostilidad) y autoestima en los pacientes con TLP y una RS. De alguna manera, esto plantea la posibilidad de que la agresividad pudiera estar generada por una motivación de poder que “inflara” de manera insana y transitoria la autoestima (orgullo) de la persona con TLP. Esto es congruente con los planteamientos teóricos de otros estudios, los cuales sugieren que la agresividad supone una reafirmación del Yo al generar una sensación de dominio o control sobre el entorno (Webermann, Maldonado, Singh, Torres, Bushee, & Murphy, 2019). Adicionalmente, el presente estudio también obtuvo una correlación

negativa significativa entre agresividad (variable hostilidad) y consenso en la muestra clínica referida. Por lo tanto, una tendencia beligerante en el paciente con TLP podría dificultar la resolución satisfactoria de los conflictos interpersonales en general y en sus vínculos sentimentales en particular. En conjunto, la persona con TLP correría el riesgo de gestionar un escenario relacional (incluido el sentimental) desde un posicionamiento unilateral o egocentrista marcado por conductas combativas hacia sus parejas. En última instancia, futuras investigadoras deberán esclarecer el papel de otras variables psicopatológicas (*p.e.*, impulsividad general, desregulación emocional, trastorno por uso de sustancias), teniendo en consideración su constatada asociación con la agresividad en población comunitaria y en pacientes con TLP, al margen de su condición sentimental (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Saobourin, 2009; Cuyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012; Gunderson *et al.*, 2010).

En el ámbito de la evaluación clínica rutinaria, bastantes personas con TLP no verbalizan espontáneamente sus actos agresivos (especialmente los de naturaleza “física”); si lo hacen, muchas veces lo justifican o externalizan su locus de control (*p.e.*, “me provocó”, “me hizo sentir”). Además, las parejas, en su condición cultural de “hombres”, tienden a vivir con vergüenza la confrontación o exposición en consulta de esta problemática, por lo que no suelen ser informantes plenamente “fiables”. Por tanto, el alto riesgo de tabú y la posibilidad de ubicar dicha psicopatología como diana psicoterapéutica es baja si no se tiene en cuenta esta tesitura. Por consiguiente, es preceptivo que los clínicos pregunten explícitamente sobre ello en consulta cuando atiendan a mujeres con TLP que tengan una RS estable, sobre todo una vez el vínculo terapéutico esté bastante consolidado y, preferentemente, en formato individual. La opción de incluir esta psicopatología como objetivo de intervención en terapia grupal debería estar limitado a pacientes mujeres con TLP que hayan reconocido previamente en visitas individuales las tendencias heteroagresivas, incluidas aquellas dirigidas hacia sus parejas. Si no se respeta este *timing* en el proceso terapéutico, se corre el riesgo de que dicha realidad sea minimizada o, directamente, negada.

Más allá del ámbito clínico descrito, el hecho de que haya una mayor agresividad en personas con TLP que tienen una RS plantea que algunos de estos pacientes pudieran incurrir potencialmente en delitos tipificados como propios de violencia doméstica. Sin embargo, no serían recogidos bajo la concepción legal de violencia de género en el actual marco judicial español (Ley Orgánica 1/2004) puesto

que la muestra de la presente investigación estaba comprendida por mujeres con TLP que mantenían una RS de naturaleza heterosexual. En particular, la actual legislatura no contempla la orientación sexual y ampara a las mujeres de todo acto de violencia emitida por hombres (*p.e.*, física, psicológica, sexual). Por lo tanto, la posibilidad de que estos hallazgos puedan o no ser generalizables, bien a hombres con TLP que tienen pareja (mujer) estable, bien a RS homosexuales, justifica y merece posteriores investigadores dada su relevancia clínica y legal.

Un último hallazgo a destacar del presente apartado fue que las personas con TLP con una RS tenían un déficit de autoestima significativamente mayor que sus homólogos sin una RS. A su vez, presentaban un bienestar psicológico significativamente mayor (escala WHOQOL). Esta aparente contradicción sugiere que los pacientes con una RS podrían “emplear” el vínculo sentimental como un mecanismo compensatorio ante un menor “amor propio”, por lo que dicha relación adquiriría un significado muy relevante para su identidad o autoconcepto.

Además, si tenemos en cuenta que las RS nutren positivamente (“sienten bien”) a la población general, el elevado peso relativo que las personas con TLP pudieran otorgar al vínculo sentimental se establecerían precursores de la dependencia emocional patológica manifestados hacia la pareja (Bouchard *et al.*, 2009). Con vistas a clarificar esta cuestión, futuras investigaciones deberían emplear escalas que midan las diferentes dimensiones del autoconcepto en muestras similares a las del presente estudio (Bouchard *et al.*, 2009). Todo ello, con la finalidad psicoterapéutica de flexibilizar el autoconcepto unidimensional (monopolizado por la RS) en aquellas personas con TLP en especial situación de riesgo.

5.2. Diferencias entre las personas con TLP y sus parejas y asociación entre las variables clínicas de ambos miembros de la RS.

En términos generales, uno de los resultados más relevantes de este apartado fue que las RS eran más satisfactorias para los con TLP que a sus parejas (variable satisfacción- escala DAS). La menor felicidad percibida por las parejas es, si cabe, más relevante considerando que su bienestar psicológico (escala WHOQOL) mostró una correlación significativa positiva con la satisfacción sentimental. Estos hallazgos concuerdan con los resultados hallados en otras investigaciones que reportan una mayor satisfacción emocional en las parejas en comparación a parejas de controles sanos

(Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard & Sabourine, 2009). Con todo, el presente estudio contribuye a matizar que no existen estudios pareja-TLP que demuestren las diferencias entre los miembros de la RS en cuanto a la satisfacción. Adicionalmente, el hecho de que las parejas de los pacientes con TLP puntúen significativamente más en la variable relaciones sociales indica que, al menos, parecen encontrar otro tipo de vínculos interpersonales que les generan una cierta satisfacción personal o evasión ante la menor satisfacción percibida en la relación de pareja. Por tanto, en el trabajo psicoterapéutico con las parejas de pacientes con TLP, la consolidación o desarrollo de vínculos sociales puede ser un factor de protección ante el desgaste potencial de convivir con una persona con esta patología.

Otro resultado relevante hallado en el presente apartado fue que las personas con TLP presentaban una comunicación significativamente más demandante, mientras que sus parejas, una significativamente más evitativa. Además, existía una correlación positiva significativa entre ambas variables. Estos hallazgos son consistentes con un estudio longitudinal en muestra TLP (Bouchard *et al.*, 2009). Este resultado apoya tentativamente un origen transaccional (no meramente “intra psíquico”) para la psicopatología relacional de la persona con TLP que tiene una RS. De esta suerte, parece construirse un vínculo insanamente persistente y sólido, cuya homeostasis parte de un principio de complementariedad patológica entre ambos miembros.

En relación a las potenciales características clínicas que podrían estar facilitando esta complementariedad disfuncional, en el presente estudio las parejas de los pacientes con TLP obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de personalidad agradabilidad y conciencia, así como en la variable afecto (escala DAS). Por el contrario, los pacientes con TLP puntuaron significativamente más alto en vínculo ansioso. En conjunto, ello sugiere que la dinámica relacional se ejerce sobre la base de unos roles claramente fijados dentro de una inter-dependencia, con una tendencia más reclamatoria a nivel emocional (hiperdemanda) por parte del paciente con TLP y una predisposición más contenedora a nivel emocional por parte del otro miembro de la relación. Con todo, estos hallazgos no permiten dilucidar si dichos roles representan realmente “estados” o “rasgos” de las personas implicadas en la RS, dado que los datos fueron autorreportados y de naturaleza transversal. Por tanto, son necesarios estudios longitudinales y con una metodología de evaluación más ecológica, principalmente basados en registros observacionales (Bouchard *et al.*, 2009).

En resumen, los hallazgos de la presente investigación apoyan tentativamente el planteamiento de intervenciones de pareja de naturaleza sistémica en pacientes con TLP (*p.e.*, la TICP) (Baucom & Epstein, 1990; Glick, Clarkin, & Kessler, 2000). Del mismo modo, estaría preliminarmente justificado el uso de otras terapias como la TBE con la finalidad de desarrollar mecanismos de afrontamiento ante esquemas desadaptativos asociados a episodios traumáticos de la infancia (*p.e.*, desconfianza/abuso) (Young & Klosko, 2007). Igualmente, estaría justificada la implementación de técnicas cognitivo-conductuales para trabajar la codependencia en la pareja del paciente con TLP (Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995). Con todo, en base a la experiencia clínica acumulada, no todos los pacientes con TLP que “vienen a consulta con pareja” son susceptibles de este planteamiento. Este marco interventivo debería circunscribirse a aquellas RS claramente estables en el tiempo (duración de al menos 12 meses), con motivación al cambio, en las que se haya consolidado una inercia vincular basada en la complementariedad referida. Por tanto, debería ser obviado para ese “otro” tipo de RS más caóticas y tormentosas que presentan algunas personas con TLP, especialmente en la adultez temprana, cuya evolución se basa en una oleada de rupturas y reconciliaciones, sin un principio de homeostasis interpersonal establecido (Christensen & Shenk, 1993).

CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES.

6.1 Evaluación de Hipótesis Generales y Específicas.

En el actual apartado se expondrán las principales conclusiones en referencia a las hipótesis generales y específicas de la presente tesis doctoral.

6.1.1. Conclusiones sobre Hipótesis General.

Hipótesis General: No se confirma la Hipótesis General.

Las personas con diagnóstico de TLP con una RS presentarán unas características clínicas e interpersonales más funcionales (menor sintomatología) que las personas con TLP sin una RS.

Las personas con TLP con una RS no presentaron, en términos generales, una menor gravedad clínica y disfuncionalidad.

6.1.2 Conclusiones sobre Hipótesis Específicas.

Hipótesis 1: Se confirma sub-apartado: v) salud psicológica.

“Las personas con TLP con RS, comparadas con un grupo control de personas con dicho diagnóstico y sin RS, obtendrán: i) menor severidad en la sintomatología del TLP; ii) menor agresividad; iii) menor humor depresivo; iv) un estilo de vinculación más ansioso; v) mayor calidad de vida a nivel psicológico, social y mayor autoestima; y vi) similar historia de trauma en la infancia.

Las personas con TLP con RS: i) no obtuvieron puntuaciones significativas en la severidad de la sintomatología del TLP; ii) presentaron un mayor grado de agresividad; iii) no obtuvieron puntuaciones significativas en humor depresivo; iv) no obtuvieron puntuaciones significativas en estilo de vinculación; v) obtuvieron menor calidad de salud física, mejor salud psicológica y menor autoestima; y vi) obtuvieron mayor número de episodios traumáticos en la infancia.

Hipótesis 2: Se confirman sub-apartados: iv (relaciones sociales): y vi (neuroticismo y conciencia).

“Las parejas de las personas con TLP presentarán: i) un estilo de comunicación más argumentativo; ii) menor agresividad íntima; iii) un estilo de vinculación más evitativo; iv) mayor calidad de vida y menor autoestima; v) mayor satisfacción emocional y sexual; y vi) mayor neuroticismo y conciencia.”

Las parejas de las personas con TLP: i) obtuvieron un estilo de comunicación más evitativo; ii) no obtuvieron puntuaciones significativas en la agresividad íntima; iii) no obtuvieron puntuaciones significativas en vinculación; iv) obtuvieron mayor calidad de vida social y mayor autoestima; v) no obtuvieron puntuaciones significativas en satisfacción emocional y sexual; vi) obtuvieron mayor grado de neuroticismo, conciencia, extraversión y agradabilidad.

Hipótesis 3: No se confirma H3.

“Se obtendrán asociaciones entre: i) agresividad y estilo demandante de las personas con TLP con RS; ii) agresividad de las personas con TLP y comunicación evitativa de sus parejas; y iii) neuroticismo de las parejas y comunicación evitativa de las parejas.

No se hallaron asociaciones entre: i) agresividad y el estilo demandante de las personas con TLP; ii) la agresividad de las personas con TLP y la comunicación evitativa de sus parejas; y iii) el neuroticismo y la comunicación evitativa de las parejas.

6.2. Limitaciones del Estudio y Prospectiva.

6.2.1. Limitaciones del Estudio.

En primer lugar, al tratarse de un estudio transversal no se pueden establecer relaciones causales entre la psicopatología de las personas con TLP y las variables relacionales de sus RS. En este sentido, no es posible conocer el estatus sentimental actual de los participantes de las muestras, ni determinar la evolución de la RS en el grupo TLP con pareja estable.

En segundo lugar, el tamaño de la muestra ha sido menor al calculado en el inicio del proyecto. Esta característica limita y dificulta la generalización y la fiabilidad de los resultados y conclusiones de este estudio.

En tercer lugar, la generalización de los hallazgos y conclusiones obtenidas también están limitadas debido a que la muestra está exclusivamente constituida por mujeres heterosexuales con TLP.

En cuarto lugar, las parejas de las personas con TLP no fueron evaluadas a nivel categorial (trastornos psiquiátricos del Eje I y del Eje II). Se emplearon únicamente instrumentos autoaplicados de naturaleza dimensional.

En quinto lugar, algunos de los datos reportados (*p.e.*, historia de trauma en la infancia) son de carácter retrospectivo y sin informante externo. De esta manera, el riesgo de sesgo es mucho mayor debido al componente subjetivo y reconstructivo del recuerdo en personas con TLP, hecho especialmente relevante en la fiabilidad de la información en esta muestra clínica (Kremers, Van Giezen, Van der Does, Van Dyck & Spinhoven, 2007).

En sexto lugar, hubiera sido interesante evaluar a nivel de Eje I la presencia de TEPT en la infancia como potencial variable que modulara, mediara o contaminara los hallazgos obtenidos de esta investigación (Masland *et al.*, 2019).

En séptimo lugar, en un cuestionario se utilizó una versión traducida por profesionales nativos bilingües en vez de emplearse las versiones validadas en muestras españolas, ya que aún no se ha publicado la versión actualizada en español (SCID 5-PD, Personality Disorders (First, *et al.*, 1997).

6.2.2. *Prospectiva.*

La presente tesis doctoral ha sido de carácter descriptivo con la finalidad de ampliar el conocimiento científico sobre el ámbito de las RS en personas con TLP. A continuación, se mostrarán las principales líneas de investigación enfocadas a mejorar y complementar esta investigación.

En primer lugar, es importante ampliar el tamaño muestral con el objetivo de aumentar la fiabilidad y la generalización de los datos. Además, sería interesante incluir hombres con TLP en futuras investigaciones ya que de este modo se podrían estudiar las diferencias de género en la manifestación de la sintomatología TLP (en especial la agresividad) en el área de las RS.

En segundo lugar, dado el carácter evaluativo de esta investigación, serían necesarios otros tipos de estudios que evaluaran otras características psicopatológicas y relacionales de las personas con TLP. Para empezar, sería de interés clínico dilucidar la influencia del TEPT en las personas con TLP en sus RS dado la alta tasa de episodios traumáticos en la infancia (45%) (Masland *et al.*, 2019). También serían necesarias futuras investigaciones que contribuyeran a explicar el factor protector ante la agresividad en personas con TLP con trauma infantil en la construcción de los esquemas desadaptativos tempranos (*p.e.*, dependencia emocional y privación emocional). Además, serían necesarios más estudios longitudinales que evaluaran la evolución de las RS en las personas con TLP. De esta manera, se podría obtener mayor información clínica y unos resultados más sólidos sobre la incidencia de la psicopatología del TLP y el estatus de la RS. También, serían necesarios más estudios transversales que contrasten los patrones relacionales de las personas con TLP y sus parejas con otro grupo control que presenten otros trastornos de la personalidad o controles sanos.

Finalmente, son necesarias investigaciones que profundicen en el estudio de las parejas de personas con TLP. Concretamente, sería determinante conocer la incidencia de trastornos psiquiátricos del Eje I y Eje II, trauma en la infancia y esquemas desadaptativos tempranos en las parejas. Dichos resultados podrían aportar información clínica relevante para dilucidar con más claridad un patrón relacional entre las personas con TLP y sus parejas.

6.2.3. Principales hallazgos de la investigación.

Concluyendo, en el presente apartado se mostrarán los principales hallazgos de esta investigación en base a los objetivos mencionados anteriormente.

- En comparación a sus homologados sin RS, las personas con TLP con RS presentaron mayor agresividad, mayor incidencia de trauma en la infancia, una peor salud física y peor autoestima. No obstante, también presentaron una mejor salud psicológica.
- La agresividad de las personas con TLP es el predictor más significativo de su estatus sentimental.
- En las personas con TLP y RS, la autoestima está asociada positivamente con la agresividad.
- Las personas con TLP presentaron un estilo de comunicación más demandante y un estilo de vinculación más ansioso que sus parejas. En cambio, sus parejas presentaron un estilo de comunicación más evitativo.
- Las parejas de las personas con TLP presentan un rol de contención emocional ante la hiperdemanda de las personas con TLP. Además, también presentaron mejores relaciones sociales y autoestima en comparación a las personas con TLP.
- La satisfacción de las personas con TLP se asocia a la conciencia (rigidez, contención) de las parejas.

REFERENCIAS

- Allen, G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington, New York: American Psychiatric Publishing.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships, 14* (1), 45–63.
- American Psychiatric Association. (2nd ed.) (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, New York: DC.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (1st ed.) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, New York: DC.
- Andreu, J., Peña, E., & Graña, J. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema, 14*, 476-482.
- Armenti, N., & Babcock, J. (2018). Borderline personality features, anger, and intimate partner violence: an experimental manipulation of rejection. *Journal of Interpersonal Violence*, doi: 10.1177/0886260518771686.
- Atkins, C., Eldridge, A., Baucom, H., & Christensen, A. (2005). Infidelity and behavioral couple therapy: Optimism in the face of betrayal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (1), 144-150.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes two years later. *Journal of Abnormal Psychology, 113* (2), 279–288.
- Ball, S., & Links, P. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports, 11* (1), 63–68.
- Barnow, S., Limberg, A., & Stopsack, M. (2012). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 42* (4), 783–94.
- Barraca, J. (2015). Integrative couple therapy (IBT) as a third-wave therapy. *Psicothema, 27* (1), 13-18.

- Barrero, J. (2008). La Terapia marital integrativa: una propuesta para la intervención del conflicto marital. *Revista Digital de Psicología*, 3 (4), 95-111.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226–244.
- Baschnagel, S., Coffey, F., & Hawk, W. (2013). Psychophysiological assessment of emotional processing in patients with borderline personality disorder with and without comorbid substance use. *Personality Disorders*, 4 (3), 203–13.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36–51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. United States: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166 (12), 1355–1364.
- Battle, C., Shea, M., Johnson, D., Yen, S., Zlotnick, C., & Zanarini, M. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Personality Disorders*, 18 (2), 193–211.
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulter-Herbrüggen, O., Lammers, C., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26 (3), 368-380.
- Baucom, D., Shoham, V., Muesser, K., Daiuto, A., & Sticle, T. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 53-88.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioural marital therapy*. Washington, New York: Mazel.
- Bergeret, J. (1975). *Manual de psicología patológica*. Barcelona: Toray-Masson.

- Bernstein, P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bhatia, V., Davila, D., Eubanks, C., & Burckell, A. (2013). Appraisals of daily romantic relationship experiences in individuals with borderline personality disorder features. *Journal of Familiar Psychology, 27*, 518–524.
- Blatt, J., & Levy, N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry, 23* (1), 102–150.
- Bleuler, E. (1924). *Textbook of psychiatry*. New York: Macmillan.
- Bornovalova, M., Huibregtse, B., Hicks, B., Keyes, M., McGue, M., & Lacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits; a longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology, 122* (1), 180-194.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy, 35* (4), 446-455.
- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports, 11* (1), 55-62.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bradford, R., & Zanarini, M. (2008). Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders, 22* (6), 564–572.
- Breukelen, G., & Lobbestael, J. (2019). Borderline personality disorder traits and affect reactivity to positive affect induction followed by a stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 65*, 101-497.
- Brierer, L., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A., Silverman, J., & Siever, L. (2003). Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectrum, 8* (10), 737-54.

- Brigas, N., Godbout, N., Hébert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptoms complexity. *Journal of Sexual Medicine, 14* (3), 444-454.
- Brown, Z., Comtois, A., & Linehan, M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111* (1), 198.
- Buss, H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63* (3), 452-459.
- Cano-Prous, A., Martín, R., Moyá, J., Beunza, M., Lahortiga, F., & García-Ramos. (2014). Psychometric properties of a spanish versión of the dyadic adjustment scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14* (2), 137-144.
- Cano- Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza, I., Lahortiga, F., & García, M. (2014). Psychometric properties of a spanish version of the dyadic adjustment scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 137-144.
- Cavazzi, T., & Becerra, R. (2015). Psychophysiological research of borderline personality disorder: review and implications for biosocial theory. *Europe's Journal of Psychology, 10* (1), 185-203.
- Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Barcelona: Médica Panamericana S.A.
- Cordero, A., Pamos, A., Cubero, N., & Avia, M (2008). *NEO-PI-R Inventario de personalidad NEO revisado: Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Conde, V., & Useros, E. (1976). El inventario para medir la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina, 12*, 217-236.
- Chabrol, H., Ducongé, E., Carine, C., & Roura, C. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive borderline symptomatology. *Addictive Behaviors, 30* (4), 829-40.

- Chapman, L., & Dixon-Gordon, L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide Life Treatment Behavior, 37* (5), 543–552.
- Chapman, A., Leung, W., & Lynch, R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22* (2), 148–164.
- Choi-Kain, L.W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1127-1135.
- Christensen, A., & Sullaway, M. (1984). *Communication pattern questionnaire*. Los Angeles: California University
- Christensen, A. (1987). *Detection of conflict patterns in couples. Understanding major mental disorder: The contribution of family interaction research*. New York: US Family Process Press.
- Christensen, A., Jacobson, N., & Babcock, J. (1995). *Integrative behavioral couple therapy. Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Atkins, D., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78* (2), 225-235.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry, 164* (6), 922–928.
- Collins, L., Guichard, C., Ford, B., & Feeney, C. (2004). *Working models of attachment: New developments and emerging themes; Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York, NY: Guilford Press.
- Colman, R., & Wildom, C. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect, 28* (11), 1133-51.
- Crowell, A., Treboux, D., Gao, Y., Fyffe, C., Pan, H., & Waters, E. (2002). Assessing secure base behavior in adulthood: development of a measure, links to adult

attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Development Psychology*, 38, 679– 693.

Cyders, A., Combs, J., Fried, E., Zapsolski, B., & Smith, G. (2009). *Emotion-based impulsivity and its importance for impulsive behavior outcomes. Impulsivity: causes, control and disorders*. United Kingdom, UK: Nova Biomedical Books.

Cyders, A., Smith, T., Spillane, S., Fischer, S., Annus, M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: development and validation of a measure of positive urgency. *Psychology Assessments*, 19, 107–18.

Daley, E., Burge, H., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 451–460.

Davis, H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1), 113-126.

DellOsso, L., Cremone, M., Carpita, B., DellOste, V., Muti, D., Massimetti, G., Barlati, S., ...Gesi, C. (2019). Rumination, posttraumatic stress disorder, and mood symptoms in borderline personality disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, (15), 1231-1238.

Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *The Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.

Dimeff, A., & Linehan, M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science and Clinical Practice*, 4 (2), 39-47.

Donegan, N., Sanislow, A., & Blumberg, P. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54(11), 1284–93.

Dozier, M., Stovall-McClough, C., & Albus, E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood; in Cassidy J, Shaver PR (eds): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.

- Eckhardt, I., & Crane, A. (2015). Cognitive and aggressive reactions of male dating violence perpetrators to anger arousal. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 1348-1368.
- Ehrensaft, K., Cohen, P., & Johnson, G. (2006). Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 474-83.
- Engell, D., Haxby, V., & Todorov, A. (2007). Implicit trustworthiness decisions: automatic coding of face properties in human amygdala. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*, 1508–19.
- Federn, P. (1947). Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. *American Journal of Psychotherapy, 1*, 129-139.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology, 21*, 1355-1381.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (1st ed.) (2004). *Affect regulation, metallization, and the development of the self*. London: Karnac Books.
- Fraley, C., Waller, G., & Brennan, A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78* (2), 350–365.
- Frías, A., Palma, C., Farriols, N., González, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personal and Mental Health, 10*, 274-284.
- Geer, H., & Cohen, J. (2018). Partners of individuals with borderline personality disorder: A systematic review of the literature examining their experiences and supports available to them. *Harvard Review of Psychiatry, 26* (4), 185-200.
- Geschwind, N., Breukelen, G., & Lobbestael, J. (2019). Borderline personality disorder traits and affect reactivity to positive affect induction followed by a stressor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi: 10.101/6101497.

- Goldstein, S. (2003). Romantic relationships and borderline personality formation: A prospective longitudinal analysis. Poster presented at the Annual Meeting of the Society for Research in Child Development, *Tampa*, 24–27.
- Gómez-Beneyto, M., Villar, M., Renovell, M., Pérez, F., Hernández, M., & Cuquerella, M. (1994). The diagnosis of personality disorders with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 8, 104-110.
- Gottman, M., & Notarius, I. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*, 41, 159–197.
- Greeff, P., & Bruyne, T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 321–334.
- Glick, D., Clarkin, F., & Kessler, R. (4th ed). (2000). *Marital and family therapy*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Grinker, R. (1968). *The Borderline syndrome*. New York: Basic Books.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., & Weissman, M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162, 53-60.
- Gunderson, G., Stout, L., McGlashan, H., Shea, T., Morey, C., Grilo, C., & Skodol, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder. Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68, 827-837.
- Gunderson, K., (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- Gunderson, J., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-development model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 22–41.
- Gunderson, G. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1-10.

- Hall, K., & Moran, P. (2019). Borderline personality disorder: an update for neurologists. *Practical Neurologist*, doi: 10.1136-002292.
- Herpertz, C., & Bertsch, K. (2015). A new perspective on the pathophysiology of borderline personality disorder: a model of the role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 172 (9), 840–51.
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D., Gaviria, A., Labad, A., ...Gutiérrez-Zotes, J. (2012). Initial validation of the spanish childhood trauma questionnaire-short form: Factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, doi: 10.1177/0886260512468240.
- Hiraoka, R., Crouch, J., Reo, G., Warner, M., Milner, J., & Skowronski, J. (2016) Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse and Neglect*, 52, 177-184.
- Hill, J., Stepp, D., Wan, W., Hope, H., Morse, Q., Steele, M.,Pilkonis, A. (2011). Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 25, 789–805.
- Hoch, P., & Pollatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatry*, 23, 248-276.
- Horowitz, M., Rosenberg, E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549–560.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, C., Herron, K. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 728–740.
- Hudson, W., Harrison, F., & Crosscup, C. (1981). A short-form scale to measure sexual discord women. *Journal of Sex Research*, 17, 157-174.
- Hull, W., Clarkin, F., & Kakuma, T. (1993). Treatment response of borderline inpatients. A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 503-508.

- Iglesias, P., Sierra, J., García, M., Martínez, A., Sánchez, A., & Tapia, M. (2009). Índice de satisfacción sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 259-273.
- Jankowiak, J., & Fisher, H. (1992) A cross-cultural perspective of romantic love. *Ethos*, 31, 19-155.
- Jennifer, S., Sophie, A., & Nathaniel, R. (2014). Interpersonal partner choices by individuals with elevated features of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 28, 594–606.
- Jørgensen, R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 618-644.
- Jørgensen, R. (2010). Invited essay: identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 24, 344-364.
- Jørgensen, C., Kjøbye, M., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., & Andersen, D. (2009). Level of functioning in patients with borderline personality disorder. The Risskov-I study. *Nordic Psychology*, 61, 42-60.
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2019). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1111/papt.12248.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1st ed.) (1976). *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson. Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kernberg, O. (2006). Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanalysis*, 75, 969-1004.

- Koenigsberg, W., Fan, J., & Ochsner, K. (2009). Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: a study of patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, *66* (9), 854–63.
- Knight, P. (1953). Borderline States. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *17* (1), 1-12.
- Krause-Utz, A., Ezgi, V., Broussianou, S., Christian, G., & Bernet, E. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*, *5*, 6-6.
- Kremers, I., Van Giezen, A., Van der Does A., Van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38* (1), 1-10.
- Krueger, F., Eaton, R., Derringer, J., Markon, E., & Watson, F. (2011). Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *Journal of Personal Assessment*, *93*, 325–331.
- Kuo, R., & Linehan, M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, *118* (3), 531-44.
- 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.
- Lassri, D., Luyten, P., Cohen, G., & Shahar, G. (2016). The effect of childhood emotional maltreatment on romantic relationships in young adulthood: A double mediation model involving self-criticism and attachment. *Psychological Trauma: Theory, research, practice and policy*, *8*, (4), 504-11.
- Leppänen, V., Hakko, H., Sintonen, H., & Lindeman, S. (2016). Comparing effectiveness of treatments for borderline personality disorder in communal mental health care: The Oulu BPD Study. *Community Mental Health Journal*, *52*, 216-227.

- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *377*, 74-84.
- Levy, N., Johnson, N., Clouthier, L., Scala, W., & Temes, M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology*, *56*(2), 197–207.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*, 453–461.
- Linehan, M., Heard, L., & Armstrong, E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *50* (12), 971-974.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., Ortiz-Tallo, M., & Arnor, P. (2012). Propiedades psicométricas de la conflicto tactics scales (CTS-2) en una muestra española de agresores de pareja. *Psicothema*, *24* (1), 142-148.
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders* *27*, 320-336.
- Lynch, R., Morse, Q., Mendelson, T., & Robins, J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, *11* (1), 33-45.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K. & Power, M. (2011) Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults. *Aging and Mental Health*, *15*, 595-604.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermonte, R. (2016). The assessment of mentalization, *PLoS One*, *11* (7), 120-134.
- Maguire, E. (1995). *Wicked. The life and times of the wicked witch of the west*. New York: Booket.
- Masland, S., Cummings, M., Null, K., Woynowskie, K., & Choi-Kain, L. (2019). Changes in post-traumatic stress disorder symptoms during residential treatment for borderline personality disorder: a longitudinal cross-lagged study. *Borderline Personality Disorders and Emotional Dysregulation*, *6*, 15-25.

- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PLoS One*, *11* (6), 75-94.
- McCrae, R., & Costa, T., (2nd ed.) (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. New York: Guilford Press.
- Miano, A., Groselli, L., Roepke, S., & Dziobek, I. (2017). Emotional dysregulation in borderline personality disorder and its influence on communication behavior and feelings in romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, *95*, 148-157.
- Millon, T. (1999). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Minzenberg, J., Fan, J., New, S., Tang, Y., & Siever, J. (2007). Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study. *Psychiatry Research*, *155* (3), 231–43.
- Mitchell, H., Zvolensky, M., Marshall, E., Bonn-Miller, M., & Vujanovic, A. (2007). Incremental validity of coping-oriented marijuana use motives in the prediction of affect-based psychological vulnerability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*, 277-288.
- Montes-Berges, B. (2009). Communication pattern, differentiation and satisfaction in couple relationships: Validation and analysis of these scales in spanish samples. *Anales de Psicología*, *25* (2), 288-298.
- Noel, A., Murphy, S., & Tragesser, L. (2018). Borderline personality disorder features and drinking, cannabis, and prescription opioid motives: Differential associations across substance and sex. *Addictive Behaviors*, *87*, 46-54.
- Oldham, J. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163* (1), 20-6.
- Oliver, M., Perry, S., & Cade, R. (2008). Couples therapy with borderline personality disordered individuals. *Family Journal*, *16*, 67–72.

- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., Vega, I., Montes, A., & Carrasco, J. (2016). Comorbilidad con el eje II y funcionalidad en pacientes graves con trastorno límite de la personalidad. *Actas de Psiquiatría*, 44 (6), 212-21.
- Paz, C., Palento, M., & Olmos de Paz, T. (1976). *Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Pérez-Albéniz, A., Pául, J., Etxebarria, J., Pa, M., & Torres, E. (2003). Adaptación del interpersonal reactivity index (IRI) al español. *Psichothema*, 15 (2), 267-272.
- Preissutti, C., & Barraca, J. (2013). Integrative behavioral couple therapy vs, traditional behavioral couple therapy: A theoretical review of the differential effectiveness. *Clinica y Salud*, 24 (11), 11-18.
- Porcelli, J., Cogan, R., & Hibbard, S. (2004). Personality characteristics of partner violent men: A Q-sort approach. *Journal of Personality Disorders*, 18, 151–162.
- Ramirez, D., Garcia, C., Guell, F., Fernandez, J., Bernacer, J., & Morón, I. (2019). Frustration tolerance and personality traits in patients with substance use disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 390-421.
- Rappaport, D., Gill, M., & Schafer, R. (2nd ed.) (1945). *Diagnostic psychological testing*. Chicago: Year Book.
- Rellini, A., & Meston, C. (2007). Sexual function and satisfaction in adults based on the definition of child sexual abuse. *Journal of Sexual Medicine*, 4, 1312–1321.
- Ribeiro, M., Conceição, E., Vaz, R., & Machado, P. (2014). The prevalence of binge eating disorder in a sample of college students in the north of Portugal. *European Eating Disorders Review*, 22, 185– 97.
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in borderline personality disorder: Evidence from network analysis. *PLoS One*, 17, (12), 10.
- Robins, C. J. & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 73-89.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roisman, I., Masten, S., Coatsworth, D., & Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child Development, 75*, 123–133.
- Rusbult, E., & Buunk, P. (1993). Commitment processes in close relationships: An interdependence analysis. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*, 175–204.
- Said, P., Baron, S., & Todorov, A. (2009) Nonlinear amygdala response to face trustworthiness: contributions of high and low spatial frequency information. *Journal of Cognitive Neuroscience, 21* (3), 519-28.
- Sanislow, C., Grillo, C., Morey, L., Bender, Skodol, A., Gunderson, J., Shea, ...McGlashan, T. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry, 159* (2), 284-290.
- Sansone, A., & Sansone, L. (2011). Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innovation Clinical Neuroscience, 8*, 14–18.
- Sansone, A., & Sansone, A. (2011). Personality pathology and its influence on eating disorders. *Innovation Clinical Neuroscience, 8*, 14–18.
- Sansone, A., Hahn, S., Dittoe, N., & Wiederman, W. (2011). The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 15*, 275–279.
- Safer, L., Telch, F. & Agras, S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry, 158* (4), 632-634.
- Sar, V., Aliöglu, F., Akyuz, G., Tayakisi, E., Ogulmus, F., & Dogus, S. (2017). Awareness of identity alteration and diagnostic preference between borderline personality disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma Dissociations, 18* (5), 693-709.

- Schmid, A., Leonard, N., Ritchie, A., & Gwadz, M. (2015). Assertive communication in condom negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *Journal of Adolescence Health, 57* (1), 94–99.
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current Psychiatry Reports, 15* (2), 339.
- Senn, T., Carey, M., & Coury, P. (2011). Self-defining as sexually abused and adult sexual risk behaviour: Results from a cross-sectional survey of women attending an STD clinic. *Child Abuse & Neglect, 35* (5), 353–362.
- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T., Livesley, W., & Siever, L. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biology of Psychiatry, 51* (12), 936-950.
- Skodol, E., Clark, A., Bender, S., Krueger, F., Morey, C., Verhuel, R., Alarcon, D., ...Oldham, J. (2011). Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5. I. Description and rationale. *Personality Disorders Theory Research and Treatment, 2*, 4–22.
- Sharp, C., Venta, A., Vanwoerden, S., Schramma, A., Ha, C., Newlin, E., ...Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 64*, 4–11.
- Spanier, B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38*, 15–28.
- Stanley, B., & Siever, J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry, 167* (1), 24–39.
- Stepp, D., Smith, D., Morse, Q., Hallquist, N., & Pilkonis, A. (2012). Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *Journal of Interpersonal Violence, 27*, 103–124.

- Straus, A., Hamby, L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues, 17* (3), 283–316.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., ...Pascual, C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry, 14*, 13-139.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Agarwalla, P., Benecke, C., Schwald, O., Kuchenhoff, J., ...Dammann, G. (2015). Change in identity diffusion and psychopathology in a specialized inpatient treatment for borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 22*, 559-569.
- Sollberger, D., Gremaud-Heitz, D., Riemenschneider, A., Kuchenhoff, J., Dammann, G., & Walter, M. (2012). Associations between identity diffusion, axis II disorder, and psychopathology in inpatients with borderline personality disorder. *Psychopathology, 45*, 15-21.
- Spitzer, L., & Endicott, J. (1999). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin, 5*, 95-104.
- Starcevic, V., & Janca, A. (2018). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: replacing confusion with prudent pragmatism. *Current Opinion in Psychiatry, 31* (1), 69-73.
- Stepp, S., Smith, T., Morse, J., Hallquist, M., & Pilkonis, P. (2012). Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *Journal of Interpersonal Violence, 27* (1), 103-24.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly, 7*, 467-89.
- Sternberg, R. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Vallencourt-More, M., Godbout, N., Sabourin, S., Briere, J., Lussie, Y., & Runtz, M. (2016). Adult sexual outcomes of child sexual abuse vary according to relational status. *Journal of Marital and Family Therapy, 42* (2), 341-56.

- Vázquez, J., Jiménez, R., & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica Española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255.
- Webermann, R., Maldonado, A., Singh, R., Torres, S., Buchee, S., & Murphy, M. (2019). Centrality of traumatic events and men's intimate partner violence perpetration. *Psychology of Trauma*. doi:10.1037/tra0000497.
- Weinstein, Y., Gleason, M., & Oltmanns, T. (2012). Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle age. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 692–698.
- Wekerle, C., Leung, E., Wall, A., MacMillan, H., Boyle, M., Trocme, N., & Weachler, R. (2009). The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*, 33 (1), 45-58.
- Winston, S., Strange, B., O'Doherty, J., & Dolan, R. (2002). Automatic and intentional brain responses during evaluation of trustworthiness of face. *Nature Neuroscience*, 5, 277–83.
- Wishman, A., Weinstock, M., & Tolejko, N. (2006). *Marriage and depression; Women and depression: A handbook for the social behavioral and biomedical sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Whiteside, P., & Lynam, R. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30 (4), 669–689.
- Young J., Klosko, S., & Weishaar, E. (2003): *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
- Young, J. & Klosko, J. (2007). *Terapia de esquemas. Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Zanarini, M., Laudate, C., Frankenburg, F., Reich, F., & Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of Self-mutilation in Patients with Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-up Study. *Journal of Psychiatry Research*, 45(6), 823–828.

- Zanarini, C., Parachini, A., & Frankenburg, R. (2003). Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 479–482.
- Zanarini, M., Yong, L., & Frankenburg, F. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 381–387.
- Zaheer, J., Links, P., & Liu, E. (2008). Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *The Psychiatry Clinics of North America, 31* (3), 527-43.
- Zimmerman, M., & Morgan, A. (2013). Problematic boundaries in the diagnosis of bipolar disorder: The interface with borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 15* (12), 422.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcomes in a 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 103–107.

ANEXOS

ANEXO 1: ROMANTIC RELATIONSHIPS OF PEOPLE WITH BORDERLINE PERSONALITY: A NARRATIVE REVIEW. PSYCHOPATHOLOGY.

Psychopathology

Review

Psychopathology 2017;50:175–187
DOI: 10.1159/000474950

Received: September 12, 2016
Accepted after revision: April 1, 2017
Published online: May 19, 2017

Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review

Sara Navarro-Gómez^a Álvaro Frías^{a,b} Carol Palma^{a,b}

^aBlanquerna Faculty of Psychology, Education and Sports Sciences, University of Ramon-Llull, Barcelona, and ^bAdult Outpatient Mental Health Centre, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Spain

Keywords

Borderline personality disorder · Borderline traits · Romantic relationships · Intimacy · Review

Abstract

Background: Romantic relationships are one of the most interesting areas of interpersonal functioning in people with borderline personality. The aim of this narrative review was to synthesise empirical findings on this issue. **Sampling and Methods:** The PubMed and PsycINFO databases were searched for pertinent materials published between 1980 and March 2016. Thirty articles met the inclusion criteria. **Results:** Several longitudinal and cross-sectional studies showed that people with borderline personality disorder (BPD) or BPD traits had more – but less prolonged – romantic relationships than people without BPD. The stable relationships of people with BPD or with BPD traits were also less satisfying and more hostile than those of people without BPD. People with BPD or BPD traits had relationships characterised by insecure attachment and passive-aggressive communications. Personality disorders and anxious attachment were more prevalent among the partners of people with BPD or with BPD traits when compared with partners of people without BPD. **Conclusion:** Unstable and chaotic romantic

relationships are at the core of interpersonal dysfunction in BPD. More longitudinal research is needed to delineate the relationship between BPD symptoms and romantic relationship dysfunction, including the modulating role of the partner's clinical features in such an association.

© 2017 S. Karger AG, Basel

Borderline personality disorder (BPD) is a severe mental disorder observed in 1–2% of community samples [1]. It is more prevalent in psychiatric samples: more than 10% in psychiatric outpatients and 15–20% in psychiatric inpatients [2–4].

During the last 2 decades, researchers and clinicians have paid great attention to the main symptoms of this personality disorder. Most of these studies have been focused on delineating the clinical characteristics of emotional dysregulation among people with BPD [5–9]. Similarly, other BPD symptoms such as chaotic relationships, fear of abandonment, or rejection have been the subject of significant amounts of research by psychodynamic and phenomenological approaches [8–14]. During the last decade, the study of the interpersonal BPD symptoms cited above has not been merely confined to individual models of psychopathology. Instead, a more holistic and

KARGER

© 2017 S. Karger AG, Basel

E-Mail karger@karger.com
www.karger.com/psp

Sara Navarro-Gómez
Adult Outpatient Mental Health Centre
Consorci Sanitari del Maresme
Cirera road, ES-08304 Mataró (Spain)
E-Mail sarang1@blanquerna.url.edu

systemic approach, which includes other members engaged in close relationships with people with BPD, is taking shape [15].

The study of interpersonal functioning among people with BPD is noteworthy because of the great presence of interpersonal psychopathology in this personality disorder. With regard to this issue, several longitudinal studies have shown that people with BPD display greater interpersonal dysfunction (e.g., conflicts with peers) than people without BPD [9, 16]. In addition, there are also studies suggesting that factors such as fear of abandonment, emotional dysregulation, impulsivity and hostility predict interpersonal dysfunction in people with BPD [10, 14, 15, 17]. Several psychological theories have been used in attempts to explain interpersonal dysfunction among BPD patients. First, attachment theories point out that childhood traumatic experiences with caregivers (e.g., emotional neglect, sexual abuse) subsequently predict a dysfunctional adult attachment style [18–22]. In fact, many authors have postulated that personality disorders in general – and BPD specifically – could be considered attachment pathologies [23]. Certainly, insecure attachment is considered the most frequent attachment style in people with BPD when compared with people with other personality disorders [17]. Also, this attachment style appears to mediate the association between BPD psychopathology (e.g., emotional dysregulation, fear of abandonment, suspiciousness) and the non-consolidation of interpersonal relationships, especially romantic relationships within this clinical population [6, 7, 24–26]. Regarding this issue, transference-focused therapy aims to deal with current transference into therapy within the patient-clinician relationship as a way to restore prior disruptive bonds [27]. Second, several cognitive approaches (e.g., scheme therapy, cognitive-interpersonal therapy, analytic-functional therapy, and dialectical behavioural therapy) assume that a dysfunctional interpersonal relationship with one's main childhood caregivers may lead to consolidation of negative interpersonal schemes in adulthood, including – but not limited to – mistrust [16, 27–32]. Third, biological models indicate that lower levels of oxytocin, greater amygdala activation and heightened stress hyper-reactivity may lead to enduring, dysfunctional interpersonal bonds among adults with BPD [33–41].

Within close relationships, several studies stress that people with BPD exhibit difficulties in engaging in healthy, romantic relationships when compared with healthy controls or people with other psychiatric diagnoses [42, 43]. It has been suggested that romantic dysfunction may be the most notorious example of the long-

standing interpersonal impairments observed in individuals with BPD [42]. The study of romantic relationships among people with BPD is of clinical and economic interest as well as theoretical interest. Several studies of people with BPD have shown that clinical relapses or emotional crises tend to be triggered by interpersonal events such as conflicts and quarrels or periods of rapid break-up and reconciliation [44–49]. Ultimately, these emotional crises are responsible for a large proportion of psychiatric emergencies and inpatient care, resulting in a direct economic cost of up to EUR 13,000 per year [4, 50].

Despite its clinical importance, empirical research about romantic dysfunction among BPD adults has thus far been somewhat neglected. The lack of research is striking despite conclusions about this issue among people from the general population. Specifically, studies in community samples show that several clinical variables such as commitment, communication, and emotional and sexual intimacy of both partners are crucial to better understanding the extent to which romantic relationships may be healthy or unhealthy [51–53]. Also, there are no up-to-date narrative reviews about romantic dysfunction in BPD which display the main findings of the last 8 years [6, 7]. Accordingly, the main aim of this narrative review was to provide an up-to-date review of research on the variables which characterise the romantic relationships of people with borderline personality (individuals with a diagnosis of BPD and individuals with BPD traits). The specific aims were as follows: (1) to determine the distinctive qualities of the romantic relationships of people with borderline personality; (2) to define the specific clinical features of people with borderline personality who become involved in romantic relationships; (3) to clinically describe couples of people with borderline personality.

Method

Research Strategy

The PubMed and PsycINFO databases were searched for relevant materials published between 1980 and March 2016. The following composite search term was used: [(borderline personality OR BPD OR borderline traits OR borderline features) AND (intimacy OR romantic relationship OR satisfaction OR dysfunctional relationship OR interpersonal relationship OR casual relationship OR current relationship OR partner OR couple)].

Study Selection

Eligible studies included groups diagnosed with BPD according to DSM-III-R [54] or DSM-IV criteria [55], or identified as having BPD traits on the basis of a questionnaire assessment. Results on clinical variables relating to individuals' romantic relationships (e.g., emotional satisfaction) were reported.

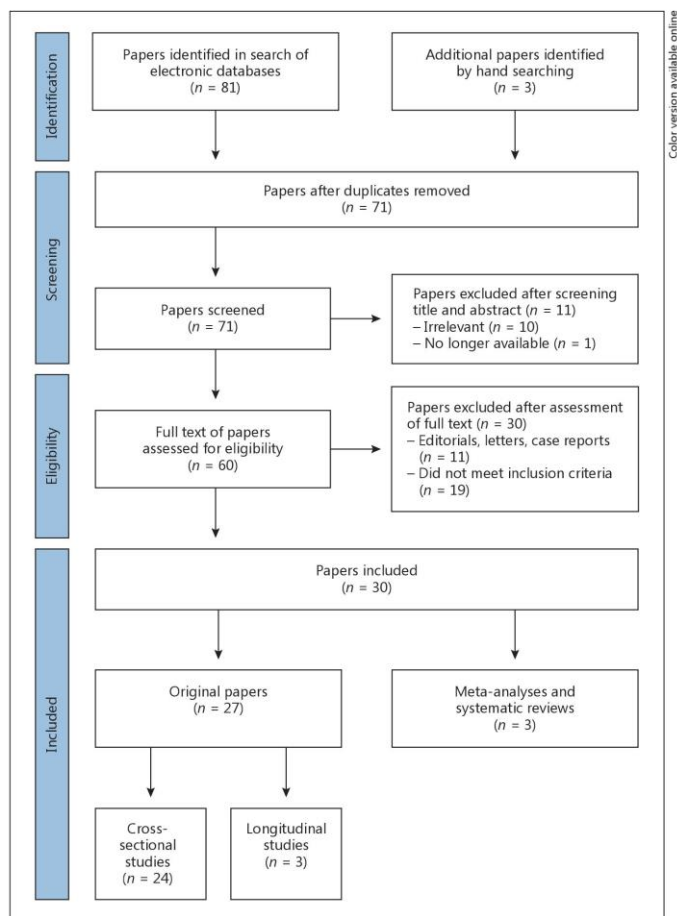


Fig. 1. Flow chart of study selection.

Studies based on case reports, letters or editorials were excluded. Duplicated papers were also removed. Figure 1 provides a detailed description of the selection process.

Data Extraction

Findings were grouped into the following categories: (1) distinctive qualities of the romantic relationships of people with borderline personality; (2) clinical features of people with borderline personality who are involved in romantic relationships; (3) characteristics of the partners of people with borderline personality. It should be noted that people diagnosed with BPD and with BPD traits are referred to throughout the current narrative review as having “borderline personality.”

Results

Distinctive Qualities of the Romantic Relationships of People with Borderline Personality

Several studies investigated the distinctive qualities of the romantic relationships of people with borderline personality. Some assessed the length of their romantic relationships, while others explored the number of romantic relationships this population has over a period of time (Table 1).

Table 1. Distinctive qualities of the romantic relationships of people with borderline personality

Study	Sample selection	Type of study	Targeted sample	Comparative group	Sample size	Assessment instruments	Main findings
Bouchard and Sabourin [6], 2009	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (18 months)	Women with BPD (DSM-IV)	HC	34 vs. 154	SCID-II ECRS PSI DAS-8 QASE	Women with BPD had more romantic partners
Bouchard et al. [5, 7], 2009	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (18 months)	Women with BPD (DSM-IV)	HC	35 vs. 35	DAS SCID-II ECRS CTS CPQ PSI	Women with BPD reported higher numbers of break-ups and reconciliations and more romantic partners
Bradford and Zanarini [62], 2008	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (10 years)	Men and women with BPD (DSM-III-R)	Psychiatric patients without BPD	290 vs. 368	DIB-R AHI SCID-I	The frequency of romantic partners was higher in the BPD group
Hill, et al. [61], 2011	Mental health services (outpatients)	Cross-sectional	Women with BPD (DSM-IV)	None	58	AAI APFA SCID-II	25% of the BPD women showed insecure attachment, which was positively associated with the clinical severity of the disorder
Hiraoka et al. [65], 2016	Community sample	Cross-sectional	Men and women with BPD traits	Subjects without BPD traits	44 vs. 90	DQ CAP MSI-BPD DERS	Subjects with BPD traits had more romantic partners. This outcome was positively associated with a history of childhood trauma
Holtzworth-Munroe et al. [59], 2003	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (3 years)	Men and women with BPD traits	Psychiatric patients without BPD traits	59 vs. 36	CTS MCMII-III GVQ	75% of subjects with BPD traits ended a romantic relationship during the course of the study. Break-ups were predicted by the hostility of the BPD partner and his or her borderline psychopathology
Korzekwa et al. [92], 2008	Community sample	Cross-sectional	Men and women with BPD traits	Subjects without BPD traits	58 vs. 44	SCID-II DIB-R	Subjects with BPD traits were involved in relationship break-ups more frequently than the comparison group
Paris and Zweig-Frank [58], 2001	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (27 years)	Men and women with BPD (DSM-III-R)	None	64	DIB-R SCID-II GAF SCL-90 SAS-SR	Break-ups were more frequent in the BPD group
Sansone et al. [66], 2011	Mental health services (outpatients)	Cross-sectional	Men and women with BPD traits	Subjects without BPD traits	250	PDQ-4 SHI	The frequency of romantic relationships was higher among subjects with BPD who had a history of childhood trauma
Zanarini et al. [67], 2003	Mental health services (outpatients)	Cross-sectional	Men and women with BPD (DSM-IV)	None	72	DIB-R CEQ-R AHI	In the BPD group, there was a positive association between emotional emptiness and reported number of romantic relationships

AAI, Adult Attachment Interview; AHI, Abuse History Interview; APFA, Adult Personality Functioning Assessment; BPD, borderline personality disorder; CAP, Child Abuse Questionnaire; CEQ-R, Childhood Experiences Questionnaire, revised; CPQ, Communication Patterns Questionnaire; CTS, Conflict Tactics Scale; DAS, Dyadic Adjustment Scale; DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale; DIB-R, Diagnostic Interview for Borderlines, revised; DQ, Demographic Questionnaire; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; GAF, Global Assessment of Functioning; GVQ, General Violence Questionnaire; ECRS, Experiences in Close Relationships Scale; HC, healthy controls; MCMII-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory III; MSI-BPD, McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder; PSI, Practice Skills Inventory; QASE, Childhood Sexual Experiences Questionnaire; PDQ-4, Personality Diagnostic Questionnaire; SAS-SR, Social Adjustment Scale; SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders; SCL-90, Symptom Check List-90; SHI, Self-Harm Inventory.

Length of Romantic Relationships in People with Borderline Personality

Overall, individuals diagnosed with personality disorders have shorter durations of romantic relationships when compared with people without personality disorders [56]. Particularly, the duration of romantic relationships in people with BPD are also shorter when compared with individuals without BPD. For instance, a longitudinal study, which followed couples for 18 months, found that 68% of couples involving an individual diagnosed with BPD (DSM-IV criteria) split up in the first 6 months, and a further 28.6% had split up by the end of the follow-up. In addition, those couples without any member diagnosed with BPD exhibited longer durations of romantic relationships [7]. Another longitudinal study, which followed 64 people with BPD (DSM-IV criteria) for up to 27 years, found that 36% of this group were divorced by the end of the study [55]. Both studies observed that break-ups in romantic relationships of people with borderline personality tended to be preceded by a period of cyclical splits and reconciliations. A retrospective study found that 75% of couples involving a person with BPD or antisocial traits (DSM-IV criteria) had split up after 3 years. Break-ups within this clinical group were greater in comparison with people without BPD traits [57]. Similarly, another retrospective study from a community setting found that people with BPD traits (DSM-IV criteria) were more likely to have break-ups relative to people without BPD [58].

To date, only one explanation has been proposed as a moderator for the association between borderline personality and duration of romantic relationships. Specifically, one cross-sectional study found that 25% of people with BPD showed insecure attachment, which in turn was associated with longer romantic relationships [58].

Number of Romantic Relationships in People with Borderline Personality

Several cross-sectional and longitudinal studies found that people with BPD or BPD traits (both DSM-IV and DSM-III-R) had a greater number of romantic relationships than people without BPD or those with other personality disorders [59–64]. Specifically, a longitudinal study reported that women with BPD had had more romantic relationships at the end of the 18-month follow-up period when compared with healthy controls [7]. Similarly, a cross-sectional study noted that people with BPD traits reported a greater number of romantic relationships than people without BPD traits [63].

Regarding clinical predictors and moderators, a cross-sectional study of people with BPD found that emotional

emptiness was positively associated with the number of romantic relationships [64]. Also, some studies reported that the relationship between borderline personality and number of romantic relationships was modulated by the presence of psychosexual problems within this clinical population. Certainly, several cross-sectional and longitudinal studies showed that people with BPD who reported less sexual satisfaction or posttraumatic symptoms as a consequence of childhood trauma or ambiguous sexual orientation also reported fewer numbers of romantic relationships [7, 62, 64, 65].

Clinical Characteristics of People with Borderline Personality Who Become Involved in Romantic Relationships

Analyses of clinical characteristics of people with borderline personality who become involved in romantic relationships have been focused on 4 variables: (1) emotional satisfaction; (2) hostility; (3) type of attachment; (4) communication style (Table 2).

Emotional Satisfaction in People with Borderline Personality

Research on this clinical outcome is relevant because several studies have reported that emotional satisfaction in people with BPD is directly associated with the perceived quality of one's romantic relationship [9, 17, 66]. Specifically, an 18-month follow-up study found that women with BPD were less likely to report emotional satisfaction than women without BPD at the end of the follow-up period [7]. Also, another longitudinal study showed that people with BPD traits felt less emotional satisfaction about their romantic relationships than did their partners at the end of the 4-month follow-up [67].

Within this clinical population, some variables have been proposed to predict emotional satisfaction and vice versa. For instance, a longitudinal study found that a cyclical pattern of break-ups and reconciliations had an adverse effect on emotional satisfaction in people with BPD traits [67]. A cross-sectional study also found that of people with BPD traits who used a passive-aggressive communication style, interpersonal abilities were positively associated with emotional satisfaction [68, 69]. A recent cross-sectional study found that emotional dissatisfaction was associated with the tendency to misread neutral situations as negative ones in the context of a romantic relationship [70]. Another cross-sectional study showed that hostile behaviours were associated with interpersonal dysfunction, which was, in turn, a predictor of emotional dissatisfaction in romantic relationships [71]. A

Table 2. Clinical features of people with borderline personality who are involved in romantic relationships

Study	Sample selection	Type of study	Targeted sample	Comparative group	Sample size	Assessment instruments	Main findings
Bathia et al. [93], 2013	Community sample	Cross-sectional	Individuals with BPD traits	None	114	PAI-BOR BDI-II PRQCI	Individuals with BPD traits tended to misread neutral stimuli as aggressive; this accounted for their emotional dissatisfaction
Bouchard et al. [5, 7], 2009	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (18 months)	Women with BPD (DSM-IV)	HC	35 vs. 35	DAS SCID-II ECRS, CTS CPQ, PSI	BPD women reported lower emotional satisfaction, and insecure attachment was more prevalent in BPD women
Christensen and Shenk [71], 1991	Community sample	Cross-sectional	Men and women with BPD traits	None	62	CPQ RIQ DAS SCID-II	Passive-aggressive communication style, hostility and poor interpersonal abilities explained emotional dissatisfaction in people with BPD traits
Goldstein [70], 2003	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (4 months)	Women and men with BPD traits	HC	175 vs. 175	CRI SCID-II	Poor interpersonal abilities and a pattern of repeated break-ups and reconciliations predicted emotional dissatisfaction in people with BPD traits
Hill et al. [61], 2011	Mental health services (outpatients)	Cross-sectional	Women with BPD (DSM-IV)	None	58	AAI APFA SCID-II	A history of childhood trauma was associated with fear of abandonment in their romantic relationships
Holtzworth-Munroe et al. [59], 2003	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (3 years)	Men and women with BD traits	Psychiatric patients without BPD traits	59 vs. 36	CTS MCMI-III	75% of subjects with BPD traits ended a romantic relationship during the course of the study; break-ups were predicted by the hostility of the BPD partner and his or her borderline psychopathology
Lawson and Brossart [79], 2013	Community sample	Cross-sectional	Women and men with personality disorders (antisocial and BPD)	HC	98 vs. 155	AAS MCTS IIP-SC MCMI-III	The emotional dissatisfaction of people with BPD or antisocial personality disorder was accounted for by their hostility and dysfunctional communication style
Meyer et al. [87], 2004	Community sample	Cross-sectional	Women and men with BPD traits	None	176	SCID-II ECRS	Insecure attachment was associated with emotional dissatisfaction; secure attachment was associated with emotional satisfaction
Stapp et al. [15], 2012	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (2 years)	Partners of men and women with BPD	Partners of women and men with other personality disorders	139 vs. 139	SCID-I SCID-II IIP CTS	Men and women with BPD showed: - higher hostility within their romantic relationships - higher domestic violence perception
Weinstein et al. [76], 2012	Community sample	Cross-sectional	Women and men with BPD traits and BPD (DSM-IV)	HC	872 vs. 1,630	CTS SIDP	People with BPD or with BPD traits displayed less "intimate communication" (expression of feelings or emotions) in their romantic relationships

AAI, Adult Attachment Interview; AAS, Adult Attachment Scale; APFA, Adult Personality Functioning Assessment; BDI-II, Beck Depression Inventory-II; BPD, borderline personality disorder; CPQ, Communication Partners Questionnaire; CRI, Current Relationship Interview; DAS, Dyadic Adjustment Scale; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ECRS, Experiences in Close Relationships Scale; HC, healthy controls; IIP(-SC), Inventory of Interpersonal Problems; MCMI-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory III; (M)CTS, (Modified) Conflict Tactics Scale; RIQ, Relationship Issues Questionnaire; PAI-BOR, Personality Assessment Inventory; PRQCI, Perceived Relationship Quality Components Inventory; PSI, Practice Skills Inventory; SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders; SIDP, Structured Interview for DSM-IV Personality.

cross-sectional study found that sexual satisfaction was positively associated with emotional satisfaction in people with BPD who were involved in a romantic relationship [64]. Finally, a cross-sectional study showed that insecure attachment style was negatively associated with emotional satisfaction in people with BPD, whereas inse-

ure attachment style in a partner was positively associated with emotional satisfaction [72].

Hostility by People with Borderline Personality

Overall, various studies have found that people with BPD or BPD traits report more physical and verbal hos-

tility than people without BPD [72, 73]. Within their romantic relationships, various cross-sectional studies have reported that the partners of people with borderline personality disorder or traits are more likely to be subjected to physical and verbal hostility than the partners of people with other personality disorders [15, 74, 75]. Also, a 4-month follow-up study found that 37% of the partners of people with borderline personality were victims of their partner's physical or psychological violence [67].

With regard to predictors of hostility in people with BPD, a cross-sectional study found that a passive-aggressive communication style and poor conflict resolution skills were associated with the use of hostile behaviours by individuals with BPD within their romantic relationships [71]. Also, a cross-sectional study reported that the emotional dysregulation of people with BPD accounted for their harassment of their partners [68].

Attachment Style in People with Borderline Personality

Several cross-sectional studies found that an anxious-ambivalent attachment style (persistent fear of abandonment combined with an ambivalent approach to intimacy in romantic relationships) was the most common attachment style in people with borderline personality who are involved in romantic relationships. Also, the frequency of this attachment style was greater when compared with controls without borderline personality [20, 58, 71]. In addition, an 18-month longitudinal study found that 37.1% of women with BPD showed anxious attachment, while 60.5% displayed ambivalent attachment in their romantic relationships at the end of the follow-up period. Both types of attachment were significantly more prevalent in the BPD group than in the non-BPD group [7]. With regard to predictors, several cross-sectional studies have reported that the presence of childhood trauma is positively associated with the development of insecure attachment in BPD adults who are involved in romantic relationships [20, 58, 71].

Style of Communication in People with Borderline Personality

Various longitudinal and cross-sectional studies have reported that there is less "intimate communication" (expression of feelings or emotions) in the romantic relationships of people with BPD than in those of people without BPD [7, 68, 71, 76]. Specifically, an 18-month follow-up study found that there was less intimate communication between women with BPD and their partners

than between women without BPD and their partners [7]. Other cross-sectional studies have reported that people with borderline pathology display either a more passive (focused on the satisfaction and interests of the other partner) or a more aggressive communication style (focused on one's own satisfaction or interests) than people without BPD who are engaged in romantic relationships [68, 76].

Characteristics of the Partners of People with Borderline Personality

Research on the partners of people with BPD or BPD traits has focused on 4 variables: (1) emotional satisfaction; (2) hostility; (3) personality traits; (4) attachment style (Table 3).

Emotional Satisfaction of Partners of People with Borderline Personality

One longitudinal study found that the heterosexual partners of women with BPD were less emotionally satisfied than the partners of women without BPD at the end of an 18-month follow-up period [7]. Another longitudinal study showed that in relationships where one partner had BPD, the non-BPD partner was less emotionally satisfied at the end of a 4-month follow-up period [67].

Hostility by the Partners of People with Borderline Personality

Within their romantic relationships, several studies reported that the perception of domestic abuse by BPD women was higher than that observed among women without BPD [7, 15]. Because of this, people with BPD or BPD traits are at great risk of revictimisation; that is, reliving childhood trauma through their adult romantic relationships [15, 74, 77].

Personality of the Partners of People with Borderline Personality

An 18-month longitudinal study found that more than 50% of the partners of people with BPD had a personality disorder at the end of the follow-up. Of these, 14–19% had been diagnosed with one of the following disorders: paranoid personality disorder, antisocial personality disorder, obsessive-compulsive personality disorder and avoidant personality disorder [7]. In addition, a cross-sectional study found that the presence of personality disorders in a partner was associated with maintenance of psychopathology in the partner diagnosed with BPD [78].

Table 3. Clinical characteristics of the stable partners of individuals with borderline personality

Study	Sample selection	Type of study	Targeted sample	Comparative group	Sample size	Assessments Instrument	Main findings
Collen et al. [80], 2008	Community sample	Cross-sectional	Partners of men and women with BPD traits or anti-social traits	None	23	CTS SCID-II	Insecure attachment protected the relationship against the extreme reactions of the partner with BPD (e.g. threats of disruptions, autolytic behaviour, substance abuse)
Bouchard et al. [5, 7], 2009	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (18 months)	Partners of women with BPD (DSM-IV)	Partners of HC women	35 vs. 35	DAS SCID-II ECRS, CTS CPQ, PSI	Partners of the women with BPD presented partly a PD (14–19%) Partners of women with BPD presented less emotional satisfaction at the end of the follow-up
Goldstein [70], 2003	Mental health services (outpatients)	Longitudinal (4 months)	Partners of women and men with BPD traits	Partners of women and men without BPD traits	175 vs. 175	CRI SCID-II	Partners of individuals with BPD traits reported less emotional satisfaction than partners of individuals without BPD traits
Lawson and Brossart [79], 2013	Community sample	Cross-sectional	Partners of women and men with personality disorders (anti-social personality disorder or BPD)	Partners of HC women and men	98 vs. 155	AAS MCTS IIP-SC MCMI-III	Partners of individuals with BPD or APD displayed insecure attachment

AAS, Adult Attachment Scale; BPD, borderline personality disorder; CPQ, Communication Patterns Questionnaire; CRI, Current Relationship Interview; DAS, Dyadic Adjustment Scale; DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ECRS, Experiences in Close Relationships Scale; HC, healthy controls; IIP, Inventory of Interpersonal Problems; MCMI-III, Millon Clinical Multiaxial Inventory III, CTS, Conflict Tactics Scale; PD, personality disorder; PSI, Practice Skills Inventory; SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders.

Attachment Styles of the Partners of People with Borderline Personality

Several cross-sectional and longitudinal studies reported that insecure/anxious attachment was the most common attachment style in the partners of people with BPD or with BPD traits [7, 71, 76]. Specifically, a longitudinal study found that 31.4% of partners reported anxious attachment at the end of the 18-month follow-up [7]. The researchers also found that anxious attachment was more frequent among the partners of women with BPD than among the partners of women without BPD. Notably, a cross-sectional study found that 95% of the partners of people with BPD displayed anxious attachment [76]. With regard to predictors, the presence of anxious attachment was partly accounted for by the severity of symptoms in the partner with BPD [77]. Another cross-sectional study found that the presence of anxious attachment in partners demonstrated their desire to prevent severe reactions from the partner with BPD (e.g., threats of a break-up, suicide attempts, substance abuse relapse) [78].

Discussion

This narrative review has summarised the main findings about the characteristics of romantic relationships involving at least 1 partner with BPD or BPD traits. The evidence suggests that, in comparison with people without BPD, the romantic relationships of people with borderline personality are characterised by: (1) shorter length; (2) greater number; (3) less emotional satisfaction for both members of the couple; (4) higher levels of hostility by both members of the couple; (5) greater probability of insecure attachment and passive-aggressive communication style for the BPD member, and (6) greater risk of having a partner with a diagnosis of personality disorder and exhibiting anxious attachment. A summary of the findings cited above is illustrated in Figure 2. Also, a proposed model for the relationship between relational variables in both members of the couple is detailed in Figure 3. This model is based on the triangular theory of love (intimacy, passion and commitment) [79].

The current narrative review reported that among people with borderline personality who are involved in a romantic relationship there is a positive association between PBD severity and insecure attachment [7]. In line with this finding, some recent experimental studies have

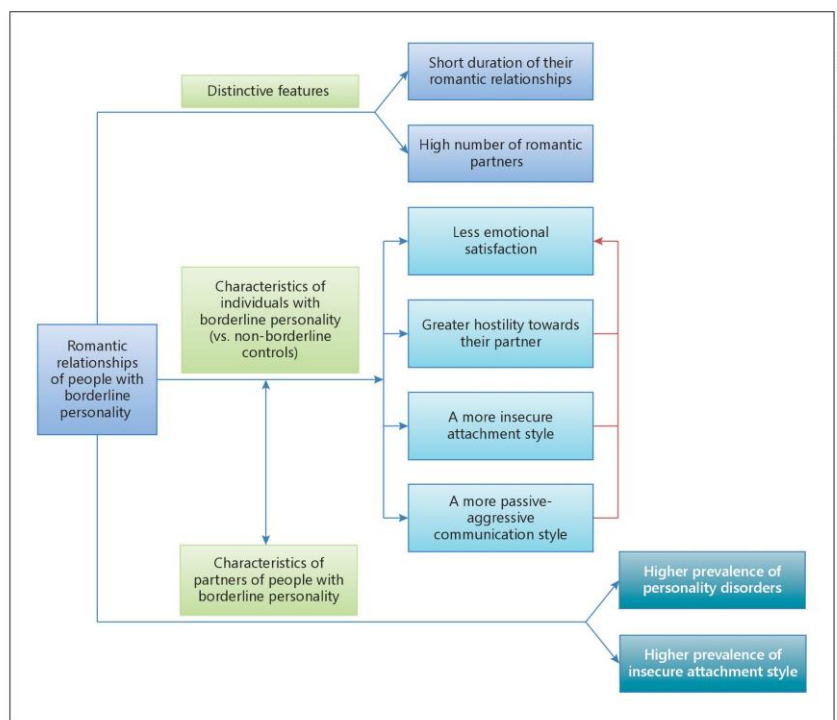


Fig. 2. Features of romantic relationships involving at least 1 partner with borderline personality.

reported that people with borderline personality perceive the faces and comments of others as more hostile and more negative than do people without borderline personality [70, 80, 81]. This suggests that poor mentalisation skills or social cognition deficits may specifically contribute to the prevalence of insecure attachments in people with BPD who are engaged in romantic relationships. Hence, this neurocognitive variable should be explored in future research on this important issue.

Another conclusion we can draw is that although people with borderline personality tend to have brief romantic relationships, a minority of them may maintain stable, romantic relationships [7, 78, 82]. This distinction should stimulate comparative research aimed at identifying the clinical variables which differentiate these 2 groups of BPD people engaged in romantic relationships. On the

one hand, it is likely that people with BPD, who have a greater tendency to be suspicious of and distrust others, may have additional difficulties in maintaining a stable, romantic relationship [8, 12]. Also, the presence of comorbid chronic, mild depression (dysthymia) may contribute to difficulties in maintaining stable, romantic relationships because of the risk of a greater tendency towards isolation. On the other hand, the presence of a more insecure attachment in a subset of people with BPD may increase the length of their romantic relationships due to the presence of greater emotional dependence and the search for approval and reassurance by the couple. In fact, some authors define this spurious stable, romantic relationship in people with BPD as a state of ambivalence called “false stability” [58, 71].

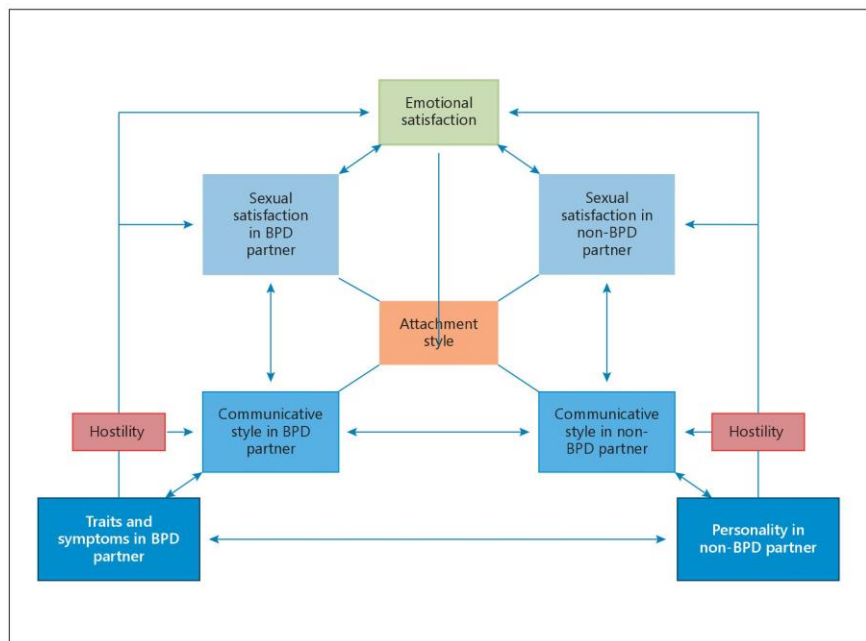


Fig. 3. Proposed relationship between clinical variables in BPD people engaged in a romantic relationship. BPD, borderline personality disorder.

As noted in the current review, hostility towards the member of the couple with BPD is another feature of their romantic relationships [9, 17]. However, so far no variables predicting whether people with BPD are more likely to suffer hostility in the context of romantic relationships have been identified. With regard to this issue, it is also possible that highly codependent people with BPD (e.g., those who sacrifice their own needs for those of another person) may be more likely to be subjected to hostility by their partner [43, 73]. Further research should determine which people with BPD are more prone to manifest or suffer hostility within their romantic relationships.

Lastly, as indicated by the current narrative review, there is growing evidence that certain relational features associated with BPD have a negative impact on the romantic relationships of people with BPD. Hence, we recommend that pilot studies aimed at developing techniques for ameliorating dysfunctional attachment

style or communication style should be carried out in this clinical population [71, 76, 83]. For instance, non-individual psychotherapies, such as couple therapy, are approaches that could be investigated as they have already been used for individuals with other psychiatric disorders (e.g., major depression) [68, 84, 85]. In addition, clinical trials could also be carried out to establish whether psychotropic drugs such as oxytocin can ameliorate romantic dysfunction by facilitating an adequate bonding in people with BPD [81, 86, 87].

Methodological Limitations

There is a dearth of longitudinal studies aimed at addressing causal relationships (uni- and bidirectional) between clinical variables in the members with BPD and their partners. Because of this, relational diagnosis of romantic dysfunction, which includes clinical variables

from both members of the couple, is almost non-existent. Particularly, functional analyses of those clinical variables in one member of the couple, which may reinforce clinical variables in the other, are lacking. For instance, there is no research examining whether high sexual desire by the member with BPD could contribute as a maintenance factor to the romantic relationship because of the increased sexual satisfaction in the other member of the couple. Also, further research is needed to better determine whether the partners without BPD exert different attachment styles as either protective or maintaining influences on their partner's BPD psychopathology. Finally, research has been limited to heterosexual partnerships in which the member with BPD was usually female. This limitation reduces the generality of the conclusions previously displayed.

Conclusions

Unstable and chaotic romantic relationships are at the core of interpersonal dysfunction in BPD. More longitudinal research is needed to delineate the possible relationship between BPD symptoms and romantic relationship dysfunction, including the modulating role of the partner's clinical features in such an association [88–91]. This research is particularly important with respect to the subpopulation of people with BPD for whom break-ups or couple conflicts are associated with risk of clinical deterioration [4].

Disclosure Statement

The authors have no conflicts of interest to disclose.

References

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, American Psychiatric Association, 2000.
- Cervera G, Haro G, Martínez-Raga J: Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Iglesias C, Hernández M: ¿Dónde está el Límite? *Actas Esp Psiquiatr* 2000;16:48–53.
- Skodol EA, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA: The borderline diagnosis. II. Biology, genetics and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951–963.
- Bouchard S, Godbout N, Sabourin S: Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *J Sex Marital Ther* 2009;35:106–121.
- Bouchard S, Sabourin S: Borderline personality disorder and couple dysfunction. *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:55–62.
- Bouchard S, Sabourin S, Lussier Y, Villeneuve E: Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *J Marital Fam Ther* 2009;35:446–455.
- Gunderson G, Stout L, McGlashan H, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE: Ten-year course of borderline personality disorder. Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:827–837.
- Gunderson J, Lyons-Ruth K: BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-development model. *J Pers Disord* 2008;22:22–41.
- Bagge C, Nickell A, Stepp S, Durrett C, Jackson K, Trull TJ: Borderline personality disorder features predict negative outcomes two years later. *J Abnorm Psychol* 2004;113:279–288.
- Bateman A, Fonagy P: *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
- Paris J: Clinical implications of biological factors in personality disorders. *Can Psychol* 2015;56:263–266.
- Zeigler-Hill V, Abraham J: Borderline personality features: instability of self-esteem and affect. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:668–687.
- Zweig-Frank H, Paris J: Predictors of outcomes in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:103–107.
- Stepp S, Smith T, Morse J, Hallquist MN, Pilonis PA: Prospective associations among borderline personality disorder symptoms, interpersonal problems, and aggressive behaviors. *J Interpers Violence* 2012;27:103–124.
- Blatt J, Levy N: Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanal Inq* 2003;23:102–150.
- Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verhulst R, Alarcon RD, Bell CC, Siever LJ, Oldham JM: Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5. I. Description and rationale. *Pers Disord Theory Res Treat* 2011;2:4–22.
- Bartholomew K, Horowitz L: Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:226–244.
- Cassidy J: The nature of the child's ties; in Cassidy J, Shaver PR (eds): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, Guilford Press, 2008.
- Collins L, Guichard C, Ford B, Feeney C: Working models of attachment: new developments and emerging themes; in Rholes WS, Simpson JA (eds): *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York, Guilford Press, 2004.
- Crowell A, Treboux D, Gao Y, Fyffe C, Pan H, Waters E: Assessing secure base behavior in adulthood: development of a measure, links to adult attachment representations, and relations to couples' communication and reports of relationships. *Dev Psychol* 2002;38:679–693.
- Levy KN: The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005;17:959–986.
- Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus E: Attachment and psychopathology in adulthood; in Cassidy J, Shaver PR (eds): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, Guilford Press, 2008.
- Helgeland M, Torgersen S: Developmental antecedents of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45:138–147.
- Oliver M, Perry S, Cade R: Couples therapy with borderline personality disordered individuals. *Fam J Alex Va* 2008;16:67–72.

- 26 Zanarini M, Yong L, Frankenburg F: Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:381–387.
- 27 Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF: *A Primer for Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale, Aronson, 2002.
- 28 Fossati A: Adult attachment in the clinical management of borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2012;18:159–171.
- 29 Hazan C, Zeifman D, Cassidy J: Pair bonds as attachments: evaluating the evidence; in Cassidy J, Shaver PR (eds): *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York, Guilford Press, 2008.
- 30 Kohlenberg J, Tsai M, Ferro García R, Valero-Aguayo L, Fernández A, Virues-Ortega J: Psicoterapia analítico-funcional y terapia de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *Health Psychol* 2005;5:37–67.
- 31 Linehan M: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
- 32 Prado-Abril J, García-Campayo J, Sánchez-Reales S: Funcionamiento de la terapia cognitivo-interpersonal en los trastornos de la personalidad: estudio de dos casos. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2013;18:139–149.
- 33 Young J: *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Guilford Press, 2003.
- 34 Baez S, Marengo J, Perez A, Huepe D, Font FG, Rial V, Gonzalez-Gadea ML, Manes F, Ibáñez A: Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *J Neuropsychol* 2015;9:203–218.
- 35 Deckers JW, Lobbstaal J, Wingen GA, Kessels RP, Arntz A, Egger JE: The influence of stress on social cognition in patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2015;52:119–129.
- 36 Jobst A, Padberg F, Mauer MC, Daltrozzi T, Bauriedl-Schmidt C, Sabass L, Sarubin N, Falkai P, Renneberg B, Zill P, Gander M, Buchheim A: Lower oxytocin plasma levels in borderline patients with unresolved attachment representations. *Front Hum Neurosci* 2016;10:125.
- 37 Mancke F, Herpertz SC, Kleindienst N, Bertsch K: Emotion dysregulation and trait anger sequentially mediate the association between borderline personality disorder and aggression. *J Pers Disord* 2016;11:1–17.
- 38 Mancke F, Herpertz SC, Bertsch K: Aggression in borderline personality disorder: a multidimensional model. *Personal Disord* 2015;6:278–291.
- 39 Mitchell AE, Dickens GL, Pischchioni MM: Facial emotion processing in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2014;24:166–184.
- 40 Niedtfield I, Defiebre N, Regenbogen C, Mied D, Fenske S, Kirsch P, Lis S, Schmah C: Facing the problem: impaired emotion recognition during multimodal social information processing in borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2016;11:1–16.
- 41 Nicol K, Pope M, Hall J: Facial emotion recognition in borderline personality: an association, with childhood experience. *Psychiatry Res* 2014;15:256–258.
- 42 Sharp C, Venta A, Vanwoerden S, Schramm A, Ha C, Newlin E, Reddy R, Fonagy P: First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Compr Psychiatry* 2016;64:4–11.
- 43 Krueger F, Eaton R, Derringer J, Markon KE, Watson F: Personality in DSM-5: helping delineate personality disorder content and framing the metastructure. *J Pers Assess* 2011;93:325–331.
- 44 Salzer S, Streeck U, Jaegger M, Masuhr O, Warwas J, Leichsenring F, Leibing E: Patterns of interpersonal problems in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2013; 201:94–98.
- 45 Brodsky B, Groves S, Oquendo M, Mann JJ, Stanley B: Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36: 313–322.
- 46 Chen H, Cohen P, Johnson G: Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *J Pers Disord* 2004;18:507–525.
- 47 Daley E, Burge H, Hammen C: Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: addressing issues of specificity. *J Abnorm Psychol* 2000;109:451–460.
- 48 Fruzzeti E, Fruzzeti R: Borderline personality disorder; in Synder D, Wishman MA (eds): *Treating Difficult Couples: Helping Clients with Coexisting Mental and Relationship Disorders*. New York, Guilford Press, 2003.
- 49 Neeleman AJF: The relevance of sexuality in the treatment of borderline personality disorder. *Tijdschriftvoor Psychiatrie* 2007;49:233–240.
- 50 Wishman M, Schonbrun C: Social consequences of borderline personality disorder symptoms in a population-based survey: marital distress, marital violence, and marital disruption. *J Pers Disord* 2009;23:410–415.
- 51 Wagner T, Fydrich T, Stiglmayr C, Marschall P, Salize H-J, Renneberg B, Flessa S, Roepke S: Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behav Res Ther* 2014;61:12–22.
- 52 Greeff P, Bruyne T: Conflict management style and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2000;26:321–334.
- 53 Rusbult E, Buunk BP: Commitment processes in close relationships: an interdependence analysis. *J Soc Pers Relat* 1993;10:175–204.
- 54 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, ed 3, revised. Washington, American Psychiatric Association, 1987.
- 55 American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*, ed 4, revised. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
- 56 Sansone A, Sansone L: Sexual behavior in borderline personality: a review. *Innov Clin Neurosci* 2011;8:14–18.
- 57 Wishman A, Weinstock M, Tolejko N: Marriage and depression; in Keyes CLM, Goodman SH (eds): *Women and Depression: A Handbook for the Social, Behavioral, and Biomedical Sciences*. New York, Cambridge University Press, 2006, pp 219–240.
- 58 Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychol* 2001;42:482–487.
- 59 Holtzworth-Munroe A, Meehan C, Herron K: Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *J Consult Clin Psychol* 2003;71:728–740.
- 60 Korzekwa M, Dell PF, Links PS, Thabane L, Webb SP: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord* 1990;4:257–272.
- 61 Hill J, Stepp SD, Wan MW, Hope H, Morse JQ, Steele M, Steele H, Pilkonis PA: Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *J Pers Disord* 2011; 25:789–805.
- 62 Bradford R, Zanarini M: Sexual orientation and relationship choice in borderline personality disorder over ten years of prospective follow-up. *J Pers Disord* 2008;22:564–572.
- 63 Carstensen L: Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Curr Dir Psychol Sci* 1995;4:151–156.
- 64 Jennifer S, Sophie A, Nathaniel R: Interpersonal partner choices by individuals with elevated features of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 2014;28:594–606.
- 65 Hiraoka R, Crouch J, Reo G, Wagner MF, Milner JS, Skowronski JJ: Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse Negl* 2016;52:177–184.
- 66 Sansone A, Hahn S, Dittoe N, Wiederman MW: The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2011;15:275–279.
- 67 Zanarini C, Parachini A, Frankenburg R: Sexual relationship difficulties among borderline patients and axis II comparison subjects. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:479–482.
- 68 Holmbeck N: Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:599–610.

- 69 Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M: Borderline personality disorder. *Lancet* 2004;364:453–461.
- 70 Goldstein S: Romantic relationships and borderline personality formation: a prospective longitudinal analysis (poster). *Annu Meet Soc Res Child Dev*, Tampa, 2003, pp 24–27.
- 71 Christensen A, Shenk L: Communication, conflict, and psychological distance in non-distressed, clinic, and divorcing couples. *J Consult Clin Psychol* 1991;59:458–463.
- 72 Horowitz M, Rosenberg E, Bartholomew K: Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:549–560.
- 73 Bhatia V, Davila D, Eubanks C, Burckell LA: Appraisals of daily romantic relationship experiences in individuals with borderline personality disorder features. *J Fam Psychol* 2013;27:518–524.
- 74 Meyer B, Pilkonis P: An attachment model of personality disorder; in Clarkin JF, Lenzenweger MF (eds): *Major Theories of Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 2005.
- 75 Gardner D, Leibenluft F, O'Leary K, Cowdry RW: Self-rating of anger and hostility in borderline personality disorder. *J Nerv Mental Dis* 1991;179:157–161.
- 76 Weinstein Y, Gleason M, Oltmanns T: Borderline but not antisocial personality disorder symptoms are related to self-reported partner aggression in late middle-age. *J Abnorm Psychol* 2012;121:692–698.
- 77 Charitat H, Schmitt L: Epidemiology of personality disorders; in Féline A, Guelfi JD, Hardy P (eds): *Personality Disorders*. Paris, Flammarion, 2002.
- 78 Porcelli J, Cogan R, Hibbard S: Personality characteristics of partner violent men: a Q-sort approach. *J Pers Disord* 2004;18:151–162.
- 79 Lawson D, Brossart D: Interpersonal problems and personality features as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence Vict* 2013;28:414–428.
- 80 Collen J, Allison J, Bartholomew K, Mayseless O, Donald G, Dutton A: Love as a battlefield: attachment and relationship dynamics in couples identified for male partner violence. *J Fam Issues* 2008;29:125–150.
- 81 Stenberg RJ: A triangular theory of love. *Psychol Rev* 1986;93:119–136.
- 82 Hamberger K, Lohr M, Bonge D, Tolin DF: A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence Vict* 1996;11:277–292.
- 83 Links S, Stockwell M: Is couple therapy indicated for borderline personality disorder? *Am J Psychother* 2001;55:491–506.
- 84 Guendelman S, Garay L, Miño V: Neurobiología del trastorno de personalidad límite. *Revista Médica de Chile* 2014;142:204–210.
- 85 Herpertz C, Bertsch K: The social-cognitive basis of personality disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2014;27:73–77.
- 86 Jeung H, Herpertz S: Impairments of interpersonal functioning. Empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology* 2014;47:224–234.
- 87 Meyer B, Pilkonis P, Beevers G: What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *J Pers Disord* 2004;18:320–336.
- 88 Russell J, Moskowitz S, Zuroff C, Sookman D, Paris J: Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 2007;116:578–588.
- 89 Zanarini C, Frankenburg R, Hennen J, Reich DB, Silk KR: Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Pers Disord* 2005;19:19–29.
- 90 Bartz J, Simeon D, Hamilton H, Kilm S, Crystal S, Braun A, Vicens V, Hollander E: Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2011;6:556–563.
- 91 Siebert M, Banovic D, Goellner B, Aberle H: Drosophila motor axons recognize and follow a sidestep-labeled substrate pathway to reach their target fields. *Genes Dev* 2019;23:1052–1062.
- 92 Korzekwa M, Deli PF, Enlacs PS, Thabane L, Webb SP: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Compr Psychiatry* 2008;49(4):380–386.
- 93 Bhatia V, Davila D, Eubanks C, Burckell LA: Appraisals of daily romantic relationship experiences in individuals with borderline personality disorder features. *J Fam Psychol* 2013;27:518–524.

ANEXO 2: POSTER 1. Relaciones Sentimentales en parejas con un miembro diagnosticado de Trastorno Límite de la Personalidad: Una Revisión Teórica.



RELACIONES SENTIMENTALES EN PAREJAS CON UN MIEMBRO DIAGNOSTICADO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN TEÓRICA

S. Navarro Gómez¹, A. Frías Ibáñez^{1,2}, C. Palma Sevillano^{1,2}

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme
2. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull (FPCEE)

Objetivo

La presente revisión teórica ofrece un análisis teórico actualizado de las principales líneas de investigación sobre las relaciones sentimentales (casuales/espóricas y estable) en sujetos con personalidad límite.

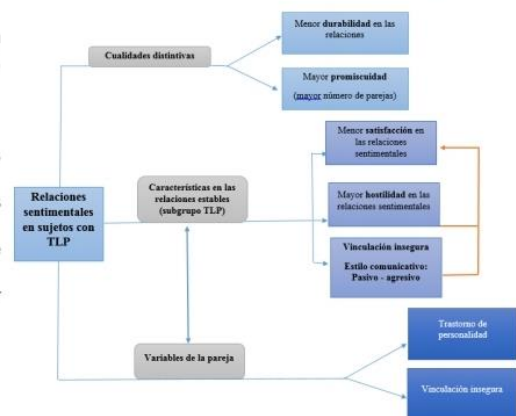
Método

Se realizó una búsqueda en las bases de datos *PubMed* y *PsycINFO* entre 1980 y marzo del 2016. Se escogieron en esta primera fase 84 artículos tras eliminar artículos duplicados. Se realizó un segundo cribaje, excluyendo por ello 54 artículos que no estaban directamente relacionados con los objetivos de la presente revisión teórica. Finalmente, 30 artículos cumplieron los criterios de inclusión; 1) sujetos diagnosticados de TLP o con rasgos límites evaluados a través de cuestionarios, 2) que mantuviesen relaciones sentimentales estables y/o espóricas y cuya 3) satisfacción emocional o calidad fuese evaluada en la relación sentimental.

Resultados

Las evidencias disponibles sugieren que los sujetos con TLP o con rasgos límites, a diferencia de los sujetos sin TLP o sin rasgos límites, presentan;

- 1) Relaciones sentimentales menos duraderas.
- 2) Mayor cambio de parejas sentimentales y una conducta sexual más promiscua.
- 3) Una menor satisfacción emocional y sexual en las relaciones sentimentales estables.
- 4) Mayor hostilidad (emitida/recibida) y mayor prevalencia de (re)victimización en las relaciones sentimentales.
- 5) Relaciones sentimentales estables con sujetos con una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad.
- 6) Mayor prevalencia de vínculos inseguros en la relación sentimental.
- 7) Un estilo comunicativo pasivo-agresivo.



Conclusiones

La presente revisión teórica evidencia que la satisfacción emocional está modulada por diferentes variables, como son; la sintomatología específica del TLP, la hostilidad en la relación sentimental, el estilo comunicativo, y variables de la pareja que pueden fomentar o contener los síntomas clínicos del trastorno.

Referencias

1. Bouchard, S., Godbout, N., & Sabourin, S. (2009). Sexual attitudes and activities in women with borderline personality disorder involved in romantic relationships. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35, 106-121.
2. Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunction. *Current Psychiatry Reports*, 11, 55-62.
3. Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 446-455.
4. Goldstein, S. (2003). Romantic relationships and borderline personality formation: A prospective longitudinal analysis. *Poster presented at the Annual Meeting of the Society for Research in Child Development*. Tampa, April, 24-27.
5. Hill, J., Stephanie, D., Stepp, S., Ming, W., Holly, H., Jennifer, Q., ... & Pilkonis, P. (2011). Attachment, borderline personality, and romantic relationship dysfunction. *Journal of Personality Disorders*, 25, 789-805.

sarang1@blanquerna.url.edu

ANEXO 3: POSTER 2. Clasificación de subtipos en pacientes con trastorno límite de la personalidad basada en los rasgos dimensionales de personalidad.



CLASIFICACIÓN DE SUBTIPOS EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD BASADA EN LOS RASGOS DIMENSIONALES DE PERSONALIDAD

A. Frías Ibáñez ^{1,2}, S. Navarro Gómez ², C. Palma Sevillano ², M. Ferre Puig ¹, N. Fariols Hernando ^{1,2}

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme
2. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull (FPCEE)

Objetivos

Los intentos para refinar la heterogeneidad del trastorno límite de la personalidad (TLP) han dado lugar a la investigación de la presencia de diferentes subtipos, basados principalmente en modelos teóricos o características clínicas en lugar de las características principales de la personalidad. Dentro de este marco, hemos tratado de determinar las características de personalidad subyacentes que se puedan distinguir entre los diferentes subtipos de TLP.

Método

Los rasgos dimensionales de la personalidad fueron evaluados en 78 pacientes ambulatorios con TLP.

Eje 1, trastornos mentales (Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Mentales), la psicopatología (Symptom Checklist-90 – Revisado (Inventario – Revisado, NEO PI-R Personalidad Neo, SCID –I y SCID –II, Cuestionario de Esquemas de Young); Inventario de Depresión de Beck; Cuestionario de Agresión; Escala de suicidio Intencional; Escala de Autoestima de Rosenberg), funcionamiento (Organización Mundial de la Salud y Calidad de Vida), y las características relacionadas con el tratamiento (la asistencia al tratamiento, la impresión clínica global de mejora de la subescala).

Primero se realizó un análisis de agrupamiento jerárquico, incluyendo las cinco dimensiones principales del NEO PI-R. Los grupos de trabajo propuestos fueron luego confirmados mediante el agrupamiento k-medias. Seguidamente se utilizó una ANOVA con comparaciones post-hoc para identificar diferencias significativas entre los grupos en las variables restantes.

Resultados

El grupo 1 (n=10): representa el 12.2% de la muestra y tiene puntuaciones medio-altas en todos los factores de personalidad (PD: 108-112), salvo afabilidad (PD: 21), que es significativamente inferior a los otros dos grupos. Estos sujetos asisten menos al seguimiento ambulatorio y presentan mayor número de intentos con letalidad suicida, así como mayor hostilidad.

El grupo 2 (n=47): representa el 57.3% de la muestra y tiene puntuaciones medias en todos los factores de personalidad (PD: 96-100), pero significativamente inferiores a las obtenidas por los otros dos grupos. No presentan puntuaciones superiores a los otros dos grupos en ningún criterio clínico.

El grupo 3 (n=21) representa el 25.6% de la muestra y tiene puntuaciones altas en todos los factores de personalidad, especialmente en apertura a la experiencia (PD: 113-122). Estas puntuaciones son significativamente superiores a las del grupo 2. Estos sujetos presentan, además, mayores niveles de paranoia, experiencias psicóticas y sugestionabilidad, así como mayor comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria.

	Clúster		
	1 N=10 (12.2%)	2 N=47 (57.3%)	3 N=21 (25.6%)
NEO_NEUROTICISMO	112 ²	96 ^{1,3}	116 ²
NEO_EXTRAVERSIÓN	114 ²	96 ^{1,3}	118 ²
NEO_APERTURA	113 ²	99 ^{1,3}	122 ² (ALTA)
NEO_AFABILIDAD	21 ^{2,3} (BAJA)	95 ^{1,3}	113 ^{1,2}
NEO_CONCIENCIA	108 ²	100 ³	114 ²

Conclusiones

Los datos preliminares de la presente investigación en curso sugieren la presencia de 3 subtipos TLP: 1) errático-impulsivos, 2) prototípicos y 3) desestructurados a nivel yoico

afrias@csdm.cat ; sarang1@blanquerna.url.edu

ANEXO 4: POSTER 3. Clinical Comparison between People with Borderline Personality Disorder with and without Romantic Relationships.



Objective

The main objective of the current study was to determine the clinical profile of people diagnosed with BPD who maintained a romantic relationship (RR) and compare it with people with BPD, but without a stable RR.

Method

- **Participants:** The final sample was comprised of 49 BPD outpatients, 23 patients with RR and other 26 patients without RR.
- **Design:** cross-sectional and comparative study.
- **Method:** Clinical features were measured through the Buss and Perry Aggression Questionnaire (AQ), The World Health Organization Quality of Life, Short-Form (WHOQOL-BREF), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), The Dyadic Adjustment Scale (DAS), The Index of Sexual Satisfaction (ISS), and The Communication Patterns Questionnaire (CPQ).

Results

People with BPD and RR presented significant differences in comparison with people with BPD without RR: 1) High level of BPD physical aggression ($F=7,29$, $p=.01$), verbal aggression ($F=7,11$, $p=.01$), and hostility ($F=6,86$, $p=.01$), 2) Worst psychological health ($F=9,43$, $p=.00$) and worst self-esteem ($F=8,35$, $p=.00$), 3) More incidence of emotional abuse ($F=11,68$, $p=.00$), sexual abuse ($F=8,09$, $p=.00$), and emotional abandonment ($F=9,36$, $p=.00$).

Variables	BPD patient with RR	BPD patient without RR	Statistics (F)	P values	P
	(N=22) mean (SD)	(N=26) mean (SD)			
BSL 23	61.68 (22.64)	48.52 (32.40)	2.53	.11	.34
AQ					
Physical Aggression	47.14 (12.49)	37.08 (12.94)	7.29	.01*	.75
Verbal Aggression	49.32 (7.64)	41.96 (10.76)	7.11	.01*	.74
Rage	26.50 (4.16)	23.68 (5.32)	4.01	.05*	.50
Hostility	18.55 (4.09)	14.60 (5.92)	6.86	.01*	.72
BDI	22.64 (5.90)	18.40 (8.80)	3.64	.06	.46
ECR					
Anxious Attachment	36.39 (6.73)	39.54 (5.34)	3.17	.08	.41
Avoidant Attachment	38.13 (4.22)	36.46 (5.88)	1.24	.27	.19
WHOQOL					
Physical Health	16.45 (4.76)	19.35 (4.75)	3.96	.05*	
Psychological Health	13.30 (3.35)	10.43 (2.76)	9.43	.00*	.49
Social Relationships	8.60 (4.53)	7.65 (3.63)	.578	.45	.85
Environment	17.80 (5.43)	17.96 (6.23)	.008	.93	.11
Self-esteem	16.40 (3.99)	20.54 (4.87)	8.35	.00*	.05
					.80

BSL 23, Borderline Symptom List; AQ, Aggression Questionnaire; BDI, Beck Depression Inventory; BPD, Borderline Personality Disorder; WHOQOL, World Health Organization Quality of Life; CTQ, Childhood Trauma Questionnaire RR, Romantic Relationship

** $p < .01$ in BPD patients with RR vs. BPD patients without RR

* $p < .05$ in BPD patients with RR vs. BPD patients without RR.

Activar W

Conclusions

The results indicate that people with BPD with RR presented a higher level of clinical symptomatology and a worse state in their RR in comparison with BPD without RR.

References

1. Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14 (4), 551-569.
2. Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunction. *Current Psychiatry Reports*, 11, 55-62.
3. Daley, S. E., Burge, D., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 451-460.

sarang1@blanquerna.url.edu



CONSORCI SANITARI
DEL MARESME

ANEXO 5: POSTER 4. Feasibility and usability of a proof-of-concept mobile phone app for self-managing emotional crises in people with borderline personality disorder: The Rapid Intervention Guidelines using Health Technology for Borderline Personality (B-RIGHT) project.



Feasibility and usability of a proof-of-concept mobile phone app for self-managing emotional crises in people with borderline personality disorder: The Rapid Intervention Guidelines using Health Technology for Borderline personality (B-RIGHT) project.

Álvaro Frías, Sara Navarro, Carol Palma, Ana Salvador, Elena Aluco, Núria Fariols, Ferrán Aliaga, Laia Solves, Sasha Sergienko, Isabel Alexandre, Fernando Rivas, and Adriana Escrivá

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme
2. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i l'Esport Blanquerna, Universitat Ramon Llull (FPCEE)

Objective

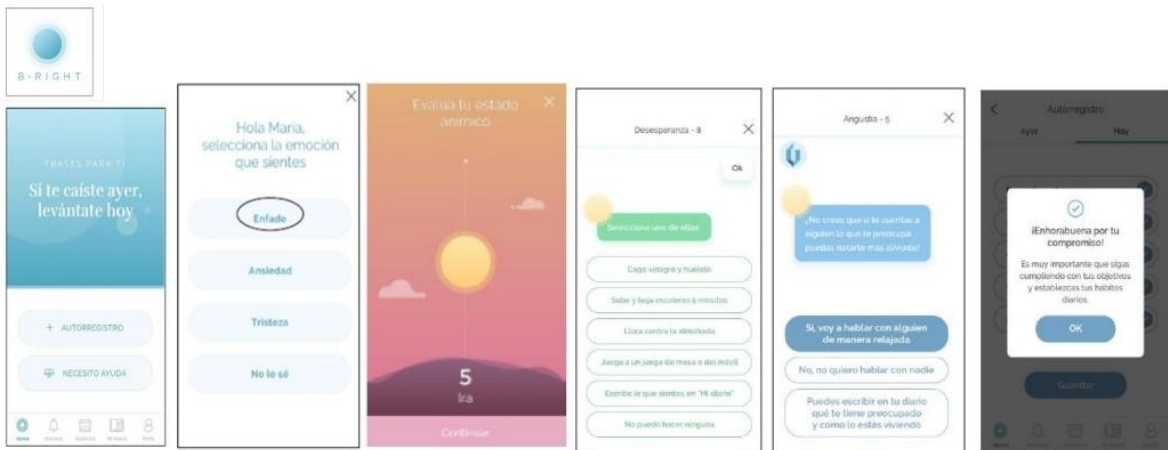
Borderline personality disorder (BPD) is a severe mental disorder characterized by emotional dysregulation and crises. To date, crisis intervention for BPD has been conducted via telephone calls and emergencies, which are associated with extra human and economic resources provided by sanitary systems. Within this context, psychotherapeutic tools provided by Apps may be an innovative way of offering effective, but also efficient treatments supporting face to face with this clinical challenge.

Method

A proof-of-concept App entitled B-RIGHT (Rapid Intervention Guidelines using Health Technology for Borderline personality) was designed using cognitive-behavioral techniques from second/third generation. Usability and satisfaction were tested through the System Usability Scale (SUS) and other questionnaires in 25 outpatients diagnosed with BPD (84% female, mean age=35.80), who were attended schema-focused group therapy. Clinical features were measured through the Borderline Symptom List, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, and the Beck's Depression Inventory.

Results

Patients with BPD considered the proof-of-concept of the App user-friendly (mean total score=4.03) and highly satisfactory (total mean score=4.02), resulting in a positive user experience (total mean score=4.09). Regarding limitations, 20% (n=5) of patients with BPD suggested that data from menstrual cycle was missing as part of the self-registration area ("My daily habits"). Higher total App usability was significantly associated with age ($r = -0.44$), education level ($\rho = 0.47$), overall emotion dysregulation ($r = 0.51$), and depression severity ($r = -0.47$).



Conclusions

The usability validation of the proof-of-concept mobile B-RIGHT App should encourage further efforts to ensure the development of a final version, which should be tested using randomized controlled trials.

Bibliography

- Bender DS, Skodol AE, Pagano ME, et al: Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatr Serv.* 57:254-257, 2006.
 Prada P, Zamberg I, Bouillault G, et al: EMOTEO: A smartphone Application for monitoring and reducing aversive tension in borderline personality disorder patients, a pilot study. *Perspect Psychiatr Care* 53:289-298, 2017

afrias@csgdm.cat



ANEXO 6: Premio a la mejor Comunicación Oral. (Frías, Navarro, Palma, Ferrer, & Farriols, 2016). *XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Toledo*



Grupo Geyseco S.L.
C/ Marina, 27
08005 Barcelona
B-65687733

Barcelona, 22 de Marzo de 2017

SARA NAVARRO GOMÉZ

*Por la presente se entrega el Premio a la mejor Comunicación Oral del área psicopatología con el título **DEFINING SUBTYPES OF PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER BASED ON UNDERLYING DIMENSIONAL PERSONALITY FEATURES** presentada durante el XI Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, celebrado en Toledo los días 26 al 28 de mayo de 2016 .*

ANEXO 7: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PERSONAS CON TLP.

Información para los participantes

Estudio: Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

La presente investigación es fruto de la colaboración entre el equipo del Centro de Salud Mental y Adicciones de Adultos (CSMA) de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) y de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (Universitat Ramon Llull).

El proyecto tiene como finalidad conocer las principales variables psicológicas relacionadas con el tipo de relación sentimental estable que presentan las personas con Trastorno Límite de Personalidad. El estudio de estas variables podría ayudar a implementar terapias individuales y/o de pareja que en una última instancia podrían optimizar el curso clínico en esta patología.

Para efectuarlo, se requerirá únicamente su colaboración para registrar algunos datos personales y valorar con algunas escalas psicométricas su situación actual.

Todos los participantes tendrán asignado un código para garantizar la confidencialidad de sus datos. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación. El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya suscitado.

Consentimiento informado

Yo, _____, mayor de edad, con DNI:
_____, actuando en nombre e interés propio.

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto “Relaciones Sentimentales en Personas Diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad” del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo.

He sido informado/a de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio. Asimismo, renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra naturaleza que pudiera derivarse del proyecto o de sus resultados.

Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto “Relaciones Sentimentales en Mujeres Diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad”
2. Que el equipo de investigación, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.
3. Que el equipo de investigación conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

Firma del participante

Firma del investigador

Mataró, de 20....

ANEXO 8: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PAREJAS DE PERSONAS CON TLP.

Información para los participantes

Estudio: Relaciones Sentimentales en Personas con Trastorno Límite de la Personalidad.

La presente investigación es fruto de la colaboración entre el equipo del Centro de Salud Mental y Adicciones de Adultos (CSMA) de Mataró (Consorti Sanitari del Maresme) y de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (Universitat Ramon Llull).

El proyecto tiene como finalidad conocer las principales variables psicológicas relacionadas con su tipo de relación sentimental estable. El estudio de estas variables podría ayudar a implementar terapias individuales y/o de pareja que en una última instancia podrían optimizar el conocimiento de las variables que afectan a las relaciones sentimentales estables.

Para efectuarlo, se requerirá únicamente su colaboración para registrar algunos datos personales y valorar con algunas escalas psicométricas su situación actual.

Todos los participantes tendrán asignado un código para garantizar la confidencialidad de sus datos. Los datos que se obtengan de su participación no se utilizarán con ningún otro fin distinto del explicitado en esta investigación. El fichero de datos del estudio estará bajo la responsabilidad del investigador principal ante el cual podrá ejercer en todo momento los derechos que establece la Ley 15/1999 de Protección de Datos Personales.

Nos ponemos a su disposición para resolver cualquier duda que la misma haya suscitado.

Consentimiento informado

Yo, _____, mayor de edad, con DNI: _____, actuando en nombre e interés propio.

DECLARO QUE:

He recibido información sobre el proyecto del que se me ha entregado hoja informativa anexa a este consentimiento y para el que se solicita mi participación. He entendido su significado, me han sido aclaradas las dudas y me han sido expuestas las acciones que se derivan del mismo.

He sido informado/a de que mis datos serán tratados de conformidad con lo que establece el Real Decreto 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento del desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, así como la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica 41/2002.

Mi colaboración en el proyecto es totalmente voluntaria y tengo derecho a retirarme del mismo en cualquier momento, revocando el presente consentimiento, sin que esta retirada pueda influir negativamente en mi persona en sentido alguno. En caso de retirada, tengo derecho a que mis datos sean cancelados del fichero del estudio. Asimismo, renuncio a cualquier beneficio económico, académico o de cualquier otra naturaleza que pudiera derivarse del proyecto o de sus resultados.

Por todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO A:

1. Participar en el proyecto “Relaciones Sentimentales en Mujeres Diagnosticadas de Trastorno Límite de la Personalidad ”
2. Que el equipo de investigación, pueda gestionar mis datos personales y difundir la información que el proyecto genere. Se garantiza que se preservará en todo momento mi identidad e intimidad, con las garantías establecidas en la ley 15/1999 de protección de datos y normativa complementaria.
3. Que el equipo de investigación conserve todos los registros efectuados sobre mi persona en soporte electrónico, con las garantías y los plazos legalmente previstos, si estuviesen establecidos, y a falta de previsión legal, por el tiempo que fuese necesario para cumplir las funciones del proyecto para las que los datos fueron recabados.

Firma del participante

Firma del investigador

Mataró, de 20....

