

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA
TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**Apego y trauma. Vinculación con el trastorno límite
de la personalidad. Una revisión bibliográfica.**

Presentado por:

Doña Andrea Lara Ruiz

Director/a:

Dra. Doña Adoración Reyes Moliner Albero

Valencia, a 12 de febrero de 2024

Andrea Lara Ruiz

**Apego y trauma. Vinculación con el trastorno
límite de la personalidad. Una revisión
bibliográfica.**

Resumen

El apego es la capacidad innata del ser humano para vincularse con aquellas personas que le pueden ofrecer protección frente a situaciones que surgen y producen malestar. Este vínculo afectivo está involucrado en el desarrollo evolutivo del niño, y se diferencian tres modalidades del mismo, el apego seguro, el apego inseguro y el apego desorganizado. El apego seguro es el estilo que contribuye a que el niño se desarrolle de forma funcional, en cambio, el apego inseguro y el apego desorganizado se caracterizan por la presencia de comportamientos negligentes por parte del adulto. Además, implican la vivencia de experiencias traumáticas tempranas, relacionándose así con la etiología del Trastorno límite de la personalidad. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica de los hallazgos más recientes sobre la relación entre apego, trauma y trastorno límite de la personalidad. La metodología empleada sigue la última edición del método PRISMA para el análisis de los documentos seleccionados de las bases de datos Web of Science y EBSCOhost (en Medline, PsycINFO y Psychology and Behavioral Sciences Collection). El trabajo presenta una recopilación de la literatura más relevante, seguida del análisis de calidad de 26 estudios. Los resultados obtenidos indican que los episodios traumáticos tempranos complejos se vivencian, generalmente, en el estilo de apego desorganizado. También se observa en los trabajos, una reiterada asociación de este estilo de apego con el desarrollo del trastorno límite de personalidad. Con todo, se contempla la necesidad de investigar con mayor profundidad aspectos como, las diferencias entre sexos por lo que se refiere al apego, la edad concreta de la vivencia del trauma, junto con posibles factores de protección frente al trastorno límite de la personalidad.

Palabras clave: apego, apego desorganizado, trauma complejo temprano, trastorno límite de la personalidad, revisión.

Abstract

Attachment is recognized as the innate capacity of the human being to bond with those people who can offer protection against situations that arise and cause discomfort. This emotional bond is involved in the child's personal growth, and there are three categories: secure attachment, insecure attachment, and disorganized attachment. Secure attachment contributes to the child's functional development; on the other hand, insecure and disorganized attachment is characterized by different negligent behaviors coming from the adult figure that entail the experience of early traumatic experiences, thus relating to the etiology of child development. Borderline personality disorder. The objective of this work is to carry out a systematic review of the most recent findings on the relationship between attachment, trauma, and borderline personality disorder. The methodology used follows the latest edition of the PRISMA method for the analysis of documents selected from the Web of Science and EBSCOhost databases (in Medline, PsycINFO and Psychology and Behavioral Sciences Collection). The work presents a compilation of the most relevant literature, followed by a quality analysis of 26 studies. The results obtained indicate that complex early traumatic episodes are generally experienced in a disorganized attachment style. A withdrawn association of this attachment style with the development of borderline personality disorder is also observed in the works. For the purposes mentioned, the need to investigate in greater depth aspects such as differences between sexes with regard to attachment, the specific age of the trauma experience, along with protective factors against borderline personality disorder, is contemplated.

Keywords: attachment, disorganized attachment, early complex trauma, borderline personality disorder, review.

Índice

1. Introducción.....	7
1.1 La teoría del apego	8
1.2 Estilos de apego	9
1.3 Trauma temprano complejo	13
1.4 Trastorno límite de la personalidad.....	15
1.5 Justificación.....	18
1.6 Objetivos.....	19
2. Metodología.....	19
2.1 Estrategia de búsqueda	19
2.2 Procedimiento de selección de estudios	20
2.3 Procedimiento de extracción de datos	21
3. Resultados	23
3.1 Análisis de la calidad de las publicaciones	23
3.2 Características de la muestra	23
3.3 Instrumentos de evaluación	34
3.4 Estilo de apego y episodios traumáticos en la infancia.....	37
3.5 Trauma, periodo evolutivo y trastorno límite de la personalidad	38
3.6 Trauma y trastorno límite de la personalidad	39
4. Discusión.....	41
5. Conclusión	46
6. Referencias.....	49
7. Anexos	60
Anexo 1. Tabla 1.	60
Anexo 2. Tabla 2	63
Anexo 3. Tabla 3.	64

Anexo 4. Tabla 4	65
Anexo 5. Tabla 5.	66
Anexo 6. Tabla 6.	67

1. Introducción

Los seres humanos, al igual que otros mamíferos superiores, disponen de la capacidad innata de establecer un vínculo afectivo con sus cuidadores principales. Esta propensión instintiva recibe el nombre de apego y no se origina únicamente por necesidad fisiológica, sino también por la búsqueda de protección y refugio (Bowlby, 1980).

El adulto que asume el rol de cuidador principal, por lo general la madre, es el responsable de ofrecer un lugar seguro al niño, frente a las necesidades que surgen y transcurren a lo largo de la infancia. En el caso de que el adulto no se responsabilice de este rol y, por el contrario, se muestre como una figura de referencia inestable e imprevisible, producirá una alteración del sistema biológico de apego del niño y se desarrollará un vínculo afectivo conocido como apego desorganizado (Di Bartolo, 2016).

En este tipo de apego predomina una emoción de adaptación básica y esencial para la supervivencia, el miedo (Bowlby, 1980). El niño conecta con esta emoción cuando no identifica al cuidador principal como un refugio de protección y seguridad (Guerrero, 2018), sino como una amenaza que activa la alarma de peligro. Consecuentemente, es posible que se produzca en el niño un trauma relacional temprano (Bowlby, 1980). Así pues, también se limita el proceso de desarrollo y aprendizaje del sistema emocional del menor (Guerrero, 2018).

El apego desorganizado lleva consigo episodios de negligencia parental desde la primera infancia, fracturando la seguridad psicológica del bebé y perjudicando el resto de las etapas vitales, limitando el desarrollo funcional de la persona (Camps – Pons et al., 2014). Pero “¿Qué episodios son los que afectan al proceso psicológico?” “¿Cuáles son las repercusiones psicológicas?”

1.1 La teoría del apego

En el año 1969 emerge por primera vez la teoría del apego, originada en los estudios realizados por John Bowlby, padre de dicha teoría. Describía la conducta de apego como *“cualquier forma de conducta que tiene como resultado que una persona alcance o conserve la proximidad con otro individuo claramente diferenciado y preferido”* (Bowlby, 1980). Su investigación se complementa con la colaboración de Mary Ainsworth, indagando acerca de los efectos de la deprivación materna sobre la vinculación emocional en niños criados en orfanatos.

El sistema de apego se reconoce como un aspecto innato de supervivencia que se desarrolla desde el periodo prenatal hasta el final del ciclo vital (Bowlby, 1980). Este vínculo afectivo ejerce una función esencial en el aprendizaje que precisa una persona sobre regulación emocional, proceso que se inicia en la interacción del cuidador principal con el bebé (Belsky, 1999). Es esta figura adulta a quién el niño busca para cubrir sus cuidados básicos para sobrevivir, es decir, seguridad, protección y refugio. Mediante una predisposición genéticamente codificada, utilizan gestos, sonrisas y conductas cariñosas, con la intención de cautivar a sus cuidadores y recibir aquello que cubre sus necesidades principales (Guerrero, 2018). No obstante, de estos comportamientos no siempre se obtiene lo deseado, los cuidadores principales pueden reaccionar de múltiples formas, manifestando diferentes emociones.

La variabilidad de respuestas por parte del cuidador permite que el niño desarrolle la habilidad de adaptar su conducta a las reacciones de su figura de apego, y gradualmente creará lo que Bowlby denominó “Modelos Operativos Internos”. Estos modelos se fundamentan en la internalización de las características cognitivas y emocionales de sus primeras relaciones de apego (Bowlby, 1980). Como se ha mencionado previamente, las conductas de apego son innatas y se adaptan con el proceso de retroalimentación producido entre los estímulos del entorno del niño y de las figuras de apego, así como de la interacción entre ambos.

La influencia que ejerce la figura de apego sobre el desarrollo global del niño limita a que el número de figuras con las que se establece este vínculo no sean más de dos, siendo comúnmente una de ellas la madre, quedando establecido alrededor de los

primeros siete meses del bebé (Guerrero, 2018). El impacto de estos primeros vínculos puede perdurar en el resto de las etapas vitales, interiorizando como modelos estructurados, los patrones de apego mantenidos y reforzados por la relación paternofamiliar. A continuación, se describen los diferentes estilos de apego.

1.2 Estilos de apego

Para conocer el origen de los distintos estilos de apego, hay que remontarse al año 1970, cuando Ainsworth diseñó un experimento conocido como “*La Situación Extraña*”, con el objetivo de examinar de qué forma, niños de uno y dos años, utilizaban a los adultos para explorar el ambiente con seguridad. Para ello, se utilizaron como sujetos a sus cuidadores principales y a un extraño, con la finalidad de observar y evaluar las reacciones que el niño mostraba frente a la persona desconocida, en ausencia de su cuidador principal y cómo estas respuestas cambiaban con la presencia del cuidador. Los resultados mostraron diversos tipos de comportamientos entre los diferentes niños que fueron expuestos a la misma situación, aportando información para desarrollar inicialmente tres estilos de apego conocidos como *apego seguro*, *apego inseguro ansioso ambivalente* y *apego inseguro evitativo*, que se describen a continuación (Ainsworth, 1979).

1.2.1 Apego seguro

Características como la incondicionalidad, atención, disponibilidad, calidez y respuestas adecuadas frente a las necesidades del bebé por parte del cuidador, desarrollan un estilo de apego seguro (Guerrero, 2018). Los niños seguros exploran cuando se sienten a salvo y buscan protección en el progenitor cuando se sienten en peligro (Wallin, 2012). En el estudio de “*La Situación Extraña*” (1970) los niños mostraban altos niveles de angustia ante la separación del cuidador, y volvían a la calma con su presencia, fue ante esta reacción cuando se definió como apego seguro esta forma de interacción (Ainsworth, 1978). Así pues, dicho estilo se caracteriza por la confianza hacia el cuidador, cuya ausencia le provoca sintomatología ansiosa, y su presencia le tranquiliza (Morales, 2018).

Bowlby (1979) y Ainsworth (1979) mencionaron que el vínculo de apego establecido con el progenitor tiene una influencia considerada en cómo el niño se

relacionará en sus futuras interacciones sociales y afectivas. Griffin y Bartholomew (1994) afirman que los niños que han crecido con un apego seguro, es decir, atendidos desde una sensibilidad acorde a sus necesidades, disponen de una mayor capacidad para iniciar y mantener relaciones íntimas y afectivas con sus iguales. Además, el desarrollo cognitivo también se ve influenciado por el vínculo de apego, confirmando diferentes autores que una adecuada relación afectiva produce un mejor desarrollo intelectual (Jacobsen & Hoffmann, 1997), buenas aptitudes lingüísticas (Main & Solomon, 1986), y mayor flexibilidad y procesamiento de la información (Grossmann, 1993), entre otras.

Durante el desarrollo del niño, se van formando esquemas cognitivos que contribuyen a la configuración de experiencias y sucesos con carga emocional, y a darles un significado y respuestas adaptativas a los mismos (Botella, 1994). Es por ello, por lo que algunos autores cuestionan si el estilo de apego podría identificarse como un factor de protección frente al desarrollo de psicopatologías relacionadas con la incapacidad de integrar, comprender y trabajar las emociones y necesidades que surgen de las adversidades que se dan durante el resto de las etapas vitales (Spangler & Grossman, 1993; Jacobsen & Hoffman, 1997).

1.2.2 Apego inseguro

Los vínculos afectivos en el apego inseguro están caracterizados por significativas carencias en las respuestas del cuidador, predominando la ausencia de seguridad y protección (Seong, 2017), y se conoce que alrededor de un 40% de los niños desarrollan este estilo de apego (Guerrero, 2018).

En “*La Situación Extraña*” se observaron patrones de comunicación que surgían de la necesidad del niño de crear un vínculo de apego que le ofreciese protección y seguridad por parte de su cuidador, pese a las resistencias y vulnerabilidades que presentaban los adultos. Para obtenerlo, los niños se adaptaban al carácter que mostraban de sus cuidadores (Ainsworth, 1970). Así pues, a diferencia del apego seguro, este estilo se identificó como un factor de riesgo para desarrollar determinadas psicopatologías condicionadas por variables como la causa y duración del desequilibrio del vínculo, edad del niño en ese momento, la presencia de figuras de apego que puedan tener un papel reparador, y la resiliencia del infante (Bowlby, 1980).

Tras el experimento de Ainsworth (1970), se clasificaron como apegos inseguros el estilo de apego evitativo y el apego ansioso – ambivalente.

1.2.2.1 Apego inseguro evitativo.

El apego inseguro evitativo se caracteriza por la inhibición constante de cualquier tipo de acercamiento, tanto físico como emocional, del cuidador hacia el niño (Wallin, 2012). El cuidado se percibe como tirante, hostil y frío, y la respuesta del infante es aparentemente indiferente. Se describe como “aparentemente indiferente” porque Ainsworth (1970) pudo comprobar en su estudio, que la falta aparente de angustia y exceso de tranquilidad frente a la separación de la madre no era real. El pulso cardíaco de los niños durante estos episodios de ausencia era tan elevado que mostraban conducta ansiosa, con un aumento en el nivel de cortisol (*hormona del estrés*) comparado con el de los niños con apego seguro. Se determinó que posiblemente, estos niños se habían cansado de demandar cuidado, renunciando así a recibir cualquier tipo de afecto y protección (Spangler & Grossmann, 1993). Como consecuencia, los niños no mostraban ningún tipo de expresión al recibir muestras de cariño físico (Main & Weston, 1992).

Este estilo de apego contribuye a la aparición de creencias relacionadas con no ser merecedores de recibir cuidados y cariño por parte de otras personas. A largo plazo, sus relaciones sociales y afectivas pueden verse afectadas por lo que se mencionaba anteriormente, a saber, la interiorización del patrón de apego mantenido en la infancia (Fonagy et al., 2017). Este apego se ha relacionado con el desarrollo de psicopatología con tendencia externalizante, como el trastorno antisocial de la personalidad, y en menor medida con el Trastorno límite de la personalidad (en adelante TLP) (Mosquera & González, 2013).

1.2.2.2 Apego inseguro ansioso – ambivalente.

Este tipo de apego surge de una conexión inconsistente entre la necesidad del niño y la respuesta del cuidador principal. El adulto suele presentar dificultades para gestionar y contener sus emociones, produciendo una sensación de sobrecarga y alerta que deposita en las emociones de los niños como estrategia de regulación (González, 2023). Así pues, el cuidador ejerce un cuidado centrado en sus propias preocupaciones y desatendiendo las necesidades del niño, por lo que su comportamiento depende del estado anímico que

dicha figura muestre en cada momento (González, 2023). Consecuentemente, se forma un vínculo sostenido por la sobreprotección que repercute en el desarrollo de autonomía y exploración del niño (Causera & Peris, 2015). Ainsworth (1970) en su investigación, identificó dos tipos de niños ambivalentes, los que se enfadaban, y los que adquirirían una actitud pasiva. Ambos presentaban una alta preocupación respecto a dónde se encontraba su madre, que les impedía explorar de forma autónoma. Reaccionaron con gran angustia a la separación del cuidador principal y el reencuentro no les calmó.

Este estilo de apego se ha relacionado con el desarrollo de trastornos de ansiedad en la vida adulta, también con la presencia de dependencia en las relaciones de pareja y miedo al rechazo social (González, 2023).

1.2.3 Apego desorganizado

Veinte años después del estudio de Ainsworth (1970), se evidenció la presencia de un patrón de apego que había pasado desapercibido, el apego desorganizado (Wallin, 2012). Main y Solomon, realizaron una revisión detallada de las grabaciones de “*La Situación Extraña*” en las que aparecían conductas infantiles que no encajaban con las clasificaciones de apego conocidas hasta el momento. Aparentemente, ante la presencia del cuidador principal, los niños manifestaban reacciones inexplicables, como taparse la boca con la mano, un gesto que Darwin identificó en sus estudios con primates como “grito ahogado”. Este tipo de conductas no duraban más de treinta segundos, por lo que se considera este aspecto la justificación de que el apego desorganizado pasase inadvertido hasta entonces (Main & Solomon, 1986).

Este estilo de apego se relaciona con la ambivalencia del cuidador principal, quien puede percibirse como refugio y amenaza indistintamente. El niño, en momentos de alarma, se encuentra dividido entre impulsos contradictorios de aproximación y evitación (Main & Solomo, 1986). Se caracteriza principalmente por miedo hacia el cuidador principal y la ausencia de unos cuidados básicos que estén en sintonía con las necesidades de la infancia (Main & Solomon, 1986).

Entre los factores de riesgo que producen su aparición, se identifica el maltrato por parte de los progenitores, la ausencia de recursos económicos, la enfermedad psiquiátrica o el consumo abusivo de sustancias (Wallin, 2012). No obstante, también se observaron

conductas de apego desorganizado en niños no relacionados con dichos factores. Main (1986) justificó que la desorganización infantil, también puede darse cuando el niño percibe el temor de los padres, sin necesidad de interacción. Así, el miedo es la respuesta del progenitor frente a la demanda del niño, quedándose este en un estado similar al trance, disociado o asustado.

Este patrón de apego puede mantenerse en todas las etapas del ciclo vital, ya que, como se ha mencionado anteriormente, el desarrollo infantil contribuye a la formación de esquemas mentales de respuesta, que se ponen en marcha en las relaciones con el entorno y otras personas. Estos procesos involucran estructuras cerebrales implicadas en diferentes reacciones emocionales, y pueden desembocar en trastornos de personalidad y trastornos disociativos (Bateman & Fongay, 2016).

Main, además de descubrir el patrón de apego desorganizado, aportó a nivel metodológico una entrevista de evaluación, la *Adult Attachment Interview* (AAI), que permitió explorar el mundo interno del apego en adultos, desde los primeros años de juventud (Álvarez y Lacasa, 2022). Así pues, se pudieron identificar a adultos con posibles traumas sin resolver, por historias de apego desorganizado, además de observarse una aparente relación entre la ausencia de trauma tratado y el TLP, la presencia de disociación y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) (Wallin, 2012), aunque la presente revisión únicamente explora la relación entre el apego, el trauma complejo y el TLP.

1.3 Trauma temprano complejo

El concepto de trauma hace referencia al impacto producido por el choque entre un suceso y un individuo, sobrepasando la capacidad de la persona para afrontar lo ocurrido, es decir, lo traumático no es el suceso, sino el efecto que el impacto del mismo ejerce sobre la persona (Kolk & Bessel, 2014).

El trauma como evento clínico se formalizó en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (APA, 1980) bajo el nombre de Trastorno de estrés postraumático (TEPT en adelante). Los criterios que definían el trastorno únicamente recogían experiencias agudas y puntuales en el tiempo, que producían ansiedad en el individuo de forma inmediata, y con un menor efecto en la identidad de la persona.

Hermann (1992) observó que las personas que habían sufrido traumas tempranos, graves y continuados en el tiempo, como la negligencia parental, presentaban sintomatología y características que no encajaban en los criterios del TEPT del DSM-III (APA, 1980). Propuso entonces los conceptos de trauma complejo y TEPT complejo, para hacer referencia a los traumas caracterizados por estas condiciones. Hermann menciona seis características necesarias para realizar un diagnóstico de TEPT complejo, y estas recogen la desregulación de los afectos, la alteración de la conciencia, la alteración en la autopercepción, la alteración en la percepción del agresor, dificultades en las relaciones y problemas en el sistema de valores (Felding et al., 2021).

Actualmente, el DSM-5 -TR (APA, 2022) no incluye en su clasificación el TEPT complejo, pero en la categoría de TEPT se aluden a los diferentes criterios, como la exposición al suceso traumático, la evitación de estímulos relacionados y la presencia disociativa (Ver Tabla 1 en Anexo 1).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (en adelante CIE-11) (OMS, 2021), sí tiene en cuenta la diferencia entre ambos trastornos, y refiere que para que una persona se diagnostique de TEPT complejo ha de cumplir tres criterios del TEPT y otros tres criterios de los denominados trastornos de la organización del yo (CIE-11, 2021). (Ver tabla 2 y 3 en anexo 2 y 3). Hacer oficial por parte de la CIE -11 el diagnóstico de TEPT complejo ha supuesto una gran controversia entre los profesionales, por el solapamiento de sus síntomas con otros trastornos como el TLP y TEPT. Debido a esto, actualmente se alude en mayor medida al concepto de trauma complejo, para describir los traumas tempranos, graves y continuados en el tiempo (May, et al., 2023).

1.3.1 Trauma temprano complejo y apego

Como se ha mencionado previamente, el trauma complejo es consecuencia de un daño repetido en el tiempo, y se desarrolla principalmente a causa de negligencia, falta de cuidados, maltrato y abuso por parte de la figura de apego hacia el niño (Aguilar, 2018). Los niños perciben la amenaza en la disposición del cuidador y el peligro lo identifican en la desvinculación, alarmándose por la necesidad que presentan de mantener un vínculo con sus progenitores para sobrevivir (Aznárez, 2016).

Durante la infancia, por el estado de maduración moldeable en la que se encuentran los niños, es cuando se inicia la formación de la identidad y la personalidad de cada persona, estableciéndose los esquemas morales y de afrontamiento al mundo, imprescindibles para el resto de la vida (Cook et al., 2017).

Los niños que están contenidos en la ambivalencia de huir de la misma persona a la que recurrir para sobrevivir, generan un desorden interno que les impide desarrollar una personalidad acorde a la funcionalidad (Aguilar, 2018). Se encuentran en un estado de alerta constante, enfrentándose a las situaciones y relaciones sociales con miedo y rechazo (Cook et al., 2017).

Las consecuencias del trauma complejo no resuelto se observan en la vida adulta en forma de falta de confianza y carencia de autoestima, sensación de inseguridad frente a las relaciones con los demás y la evitación de contacto con otras personas, lugares, etc. acompañados de un sentimiento de desamparo y soledad constante (Scoglio, et al., 2018). Así, la identidad de la persona se ve alterada por un autoconcepto negativo, valorando el daño como algo natural y culpabilizándose constantemente por los sucesos ocurridos (Herazo et al., 2018). Este desequilibrio interno ha llevado a realizar estudios en los que se concluye una mayor relación entre el apego desorganizado y el TLP que la que existe entre apego desorganizado y TEPT (Herbst, et al., 2009; Aznárez, 2019).

1.4 Trastorno límite de la personalidad

El Trastorno límite de la personalidad es un trastorno específico clasificado en el DSM-5-TR (APA, 2022) dentro de los trastornos de personalidad, los cuales se encuentran incluidos tanto en la Sección II y Sección III del dicho manual DSM-5-TR. En la sección II se representa una actualización de los criterios diagnósticos descritos en el DSM-IV-TR, mientras que en la sección III se incluye un nuevo modelo de investigación propuesto para el diagnóstico de trastornos de la personalidad (APA, 2022).

En la Sección II del DSM-5-TR (APA, 2022) aparece el planteamiento categorial, el cual clasifica los trastornos de la personalidad en tres grupos. El grupo A compuesto por trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. El grupo B se forma por los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. El grupo C recoge

los trastornos de la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo – compulsivo (APA, 2022).

El TLP, incluido en el grupo B del planteamiento categorial, se define como un patrón dominante de inestabilidad en relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, y una impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta, presente en diversos contextos, y que se manifiesta en cinco (o más) de los criterios del DSM-5-TR (Ver Tabla 4 en Anexo 4).

En la Sección III del DSM-5-TR (APA,2022) se incluye un nuevo modelo dimensional, que complementa a la práctica clínica actual y describe que los trastornos de la personalidad se caracterizan por dificultades en el funcionamiento de la personalidad (en la identidad y en las relaciones interpersonales) y por la presencia de rasgos de personalidad patológicos. Los diagnósticos específicos que pueden derivarse de este modelo son los trastornos de la personalidad antisocial, evitativa, límite, narcisista, obsesivo – compulsivo y esquizotípica (APA, 2022). Desde el modelo dimensional se proponen criterios para el TLP y rasgos a valores, como son los rasgos de impulsividad, la hostilidad, y la inseguridad, entre otros. (Ver Tabla 5 en Anexo 5).

Como se describe en los criterios, este trastorno produce una gran afectación en la identidad de la persona y consecuentemente inestabilidad emocional y conflictos en las relaciones interpersonales. Son manifestaciones clínicas también presentes en el trauma complejo mencionadas anteriormente.

1.4.1 Trastorno límite de la personalidad y trauma temprano complejo

Una de las teorías sobre la relación entre trauma temprano complejo y TLP se ubica en el modelo biosocial de Linehan (1993). Este modelo confirma que la vulnerabilidad emocional de la persona y el entorno infantil conflictivo e invalidante, contribuyen al desarrollo de la sintomatología TLP en la vida adulta. Linehan hace referencia al “entorno invalidante”, como todo tipo de negligencia parental, considerando el abuso sexual como el suceso de mayor gravedad (Linehan, 1993).

La persona que crece en este ambiente no dispone de la oportunidad de aprender a regular, tolerar y compartir sus emociones de forma funcional. Consecuentemente, no puede confiar en su aprendizaje interno como una buena estrategia para desarrollarse en

el entorno, ya que las estrategias que desarrollaron en la infancia para sobrevivir y adaptarse a la negligente dinámica familiar, suponen mostrar respuestas desadaptativas frente a las situaciones diarias, reflejadas más tarde como sintomatología propia del TLP (Linehan, 1993).

Cuando Linehan desarrolló su teoría del modelo biosocial (1993) no existía suficiente información sobre los sistemas biológicos influidos por la negligencia parental, por lo que no es hasta el año 2009 cuando aparece el modelo biopsicosocial (Crowell, et al., 2009). Esta nueva teoría añade el rasgo de impulsividad como factor de riesgo biológico para el diagnóstico de TLP, aunque solo si el cuidador mantiene una relación desregulada y negligente con el menor (Crowell, et al., 2009).

Por otra parte, la investigación actual confirma que el trauma temprano complejo se encuentra causalmente relacionado con mayor vulnerabilidad a desarrollar TLP, sosteniendo que la ratio del trauma temprano complejo es más amplia en adultos con dicho trastorno, que en otros trastornos mentales (Porter, 2020). Así pues, en estudios en los que se seleccionan pacientes TLP como muestra, se encuentran porcentajes entre el 73% y el 82% que confirman haber sufrido negligencia y abuso sexual durante la infancia (Mosquera & González, 2015; Porter, 2020).

Indagando en características vinculadas, el sentimiento de confusión respecto a uno mismo y a los demás, es común en el estilo de apego desorganizado y en los problemas de identidad que surgen en el TLP (Fonagay & Luyten, 2019). Las relaciones interpersonales también mantienen un patrón de inestabilidad e intensidad, como en el vínculo desorganizado con el cuidado principal, sintiéndose constantemente incomprendidos y percibiendo los sucesos como injusticias. Los individuos con sintomatología límite presentan grandes dificultades en reflexionar sobre el significado y los motivos de las interacciones de los demás, no son capaces de regular sus reacciones frente a los otros, actúan con impulsividad por una percepción errónea de la realidad social, y generan narrativas distorsionadas sobre ellos mismos y las personas de su alrededor (Bateman & Fonagy, 2016). De este modo, se observa cómo las condiciones de funcionamiento que presentan las personas diagnosticadas de TLP, se encuentran teóricamente relacionadas con el vínculo de apego desarrollado y sus consecuencias en la formación de la identidad del niño.

1.5 Justificación

El sistema de apego se ha identificado como un elemento de gran relevancia en el desarrollo del niño (Bowlby, 1980). Este vínculo afectivo tiene un papel esencial en el aprendizaje de las diferentes áreas que engloban a una persona, como la regulación emocional o la interacción social (Belsky, 1999).

Entre los diferentes estilos de apego que se conocen, el apego desorganizado se identifica como el que ejerce una mayor influencia en la aparición de la sintomatología relacionada con el TLP (Mosquera, 2021). Los progenitores actúan como refugio y amenaza indistintamente, frente a las necesidades del niño, generando miedo y alerta constante (Main, 1996), e involucrando a diferentes estructuras cerebrales que contribuyen en el propio reconocimiento emocional (Bateman & Fongay, 2016).

Los porcentajes obtenidos en los estudios muestran una elevada cantidad de personas que han experimentado este estilo de apego durante su infancia, lo que implica la exposición a episodios negligentes y sucesos traumáticos, como el abuso sexual (Mosquera & González, 2015). Esto produce en los niños el efecto conocido como trauma temprano complejo, que limita el desarrollo de un aprendizaje seguro en las propias dimensiones que forman la personalidad, obstaculizando así adquirir una adaptabilidad funcional y creando una mayor disposición a la aparición de la sintomatología límite (Poter et al., 2020).

Debido a la información obtenida tanto en la literatura recogida como en los estudios revisados, el tema tratado en el presente trabajo toma una suma importancia. A los niños que crecen en un ambiente invalidante, se les priva de la oportunidad de desarrollar las capacidades necesarias para poder vincularse emocionalmente con otras personas, y gestionar su propia identidad (Linehan, 1993).

La motivación para realizar esta revisión bibliográfica, aparece desde la curiosidad de seguir indagando más sobre lo que sustenta la unión de estos tres factores, las variables que influyen e igual carecen de una investigación exhaustiva, como es el género o intervalos de edad, y que esto suscite la oportunidad de generar enfoques terapéuticos eficaces, que contemplen además las diferencias individuales.

1.6 Objetivos

El objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión sistemática para conocer la relación entre las vivencias traumáticas en la infancia y el estilo de apego con el desarrollo del TLP.

Del objetivo general se derivan tres objetivos específicos: (1) delimitar los instrumentos más utilizados para la valoración del apego, del trauma y del TLP, (2) indicar el tipo de apego vinculado a la presencia de episodios traumáticos en la infancia, (3) estimar si existe un momento evolutivo crítico más asociado a las situaciones traumáticas vinculadas al desarrollo del TLP, y (4) establecer cuál es el acontecimiento traumático más predominante asociado a dicho trastorno.

2. Metodología

El procedimiento seleccionado para guiar la búsqueda, elección y análisis de los documentos que incluye la presente revisión bibliográfica ha sido el método PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta – Analyses; Page et al., 2021). Es un procedimiento metodológico diseñado exclusivamente para realizar revisiones de forma precisa y definida mediante tres fases: (a) identificación de los registros tras la búsqueda en las bases de datos de referencia, con las correspondientes palabras clave, (b) valoración de los registros obtenidos mediante la aplicación de una serie de criterios que permiten delimitar la búsqueda, y (c) selección de los estudios a revisar.

2.1 Estrategia de búsqueda

Para poder responder a los objetivos planteados, se han utilizado las bases de datos EBSCOhost y Web Of Science (WoS), en las que, aplicando la ecuación de búsqueda previamente diseñada, ha permitido obtener los artículos y estudios de interés.

Para iniciar la búsqueda, se empleó el APA Thesaurus of Psychological Index Terms, una lista controlada y estructurada de términos para el análisis temático y búsqueda de documentos y publicaciones (UNESCO, 2005). Debido al lenguaje controlado que permite elaborar sobre el tema de interés, su uso ha sido esencial para

determinar las palabras clave incluidas en la primera ecuación de búsqueda, “Attachment” “Trauma” y “Borderline Personality Disorder”.

La búsqueda de primer nivel fue global, utilizando el operador booleano ‘AND’ con la finalidad de revisar el estado actual de la investigación respecto al tema de interés, *Attachment AND Trauma AND Borderline Personality Disorder*. Posteriormente, debido al amplio interés que ha suscitado la relación entre los términos de apego, trauma y TLP, se llevó a cabo una búsqueda de segundo nivel más restrictiva y focalizada. Para ello, fue preciso ampliar el rango de palabras en la ecuación de búsqueda, como “Complex trauma”, “Complex Posttraumatic Stress Disorder”, “Insecure attachment” y “Disorganized attachment”. El hecho de añadir otros términos permitió explorar de forma más detallada sobre los objetivos que motivan la redacción de la presente revisión, y reducir el ruido documental. Tras este proceso, finalmente la ecuación de búsqueda utilizada es (Attachment” OR “Attachment style” OR “Attachment theory”) AND (“Trauma” OR “Complex trauma OR “Complex Posttraumatic Stress Disorder”) AND (“Borderline Personality Disorder”).

2.2 Procedimiento de selección de estudios

Para realizar una búsqueda con la mayor calidad y actualización posible se tuvieron en cuenta una serie de criterios de inclusión y exclusión para la selección de documentos. Por un lado, los criterios de inclusión recogían los siguientes aspectos: (1) que los documentos expusiesen una relación entre el estilo de apego, vivencia traumática y TLP; (2) se utilizasen instrumentos para la medición de las variables de interés y el establecimiento de los diagnósticos pertinentes; (3) la redacción del documento estuviese en inglés o en castellano; (4) que los trabajos no tuvieran una antigüedad mayor a cinco años, a excepción de aquellos identificados como relevantes para la revisión; y (5) hubiese una disponibilidad completa al acceso del documento. Por otro lado, el criterio de exclusión considerado fue (1) la no inclusión de libros, resúmenes y tesis doctorales.

2.3 Procedimiento de extracción de datos

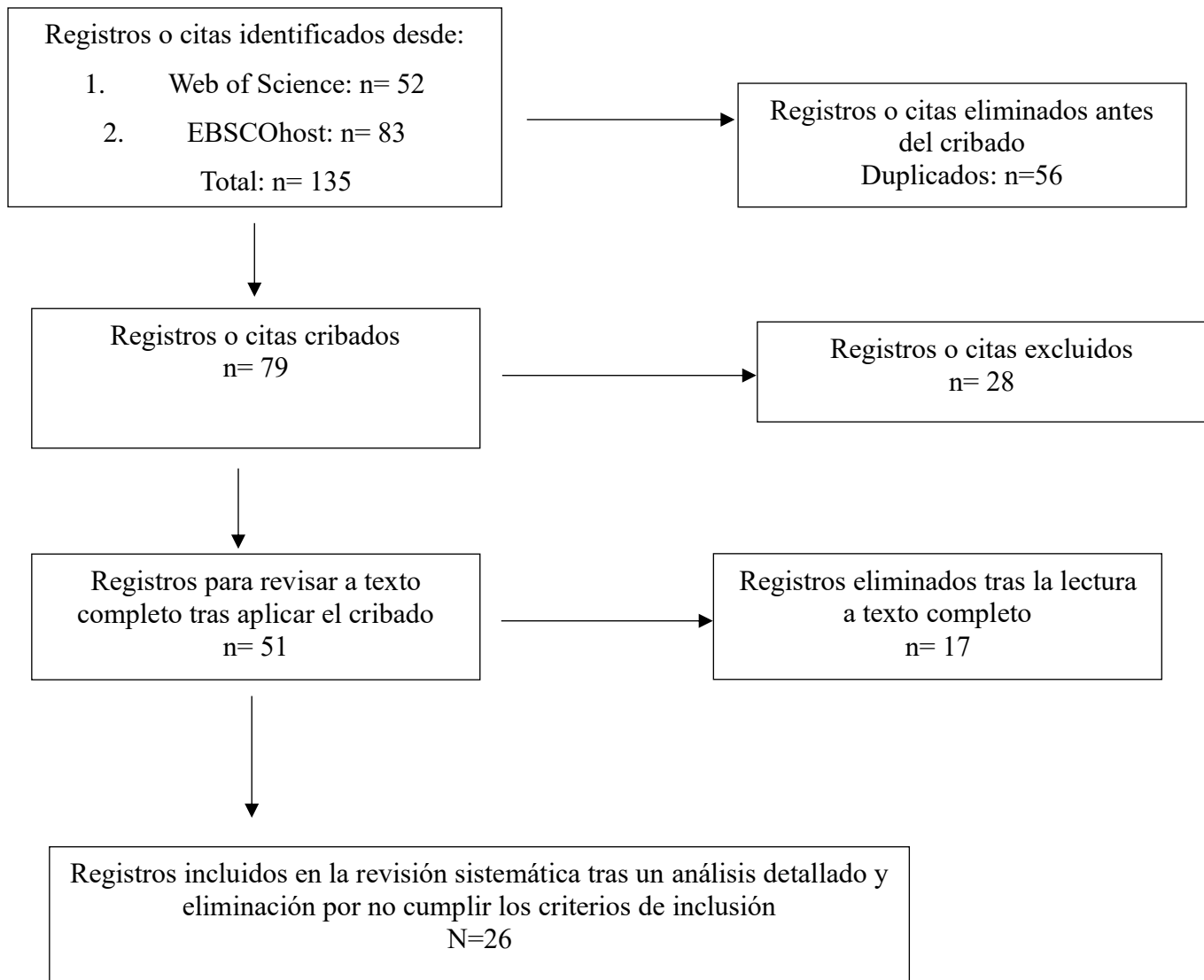
Para la extracción de datos de los artículos y estudios seleccionados, una vez aplicados los criterios de admisión, se realizó el análisis del contenido de los mismos con la finalidad de revisar detalladamente la información de cada documento. Durante la revisión exhaustiva de cada documento, los datos que se extraían eran (1) autores y año de publicación, (2) muestra objeto de estudio, (3) metodología, (4) objetivo del estudio, (5) instrumentos utilizados y (6) resultados obtenidos. Estos datos han sido recopilados en una tabla con el objetivo de presentar la metodología de forma estructurada y facilitar la presentación de los artículos.

El proceso de selección de artículos para desarrollar la presente revisión se especifica en la Figura 1 con un diagrama de flujo. Dicho diagrama tiene la finalidad de ordenar la información de forma visual y esquematizada.

Tomando los resultados obtenidos de WoS (n=52) y EBSCOhost (n=83), se obtuvieron un total de 135 resultados. Sin embargo, 56 fueron detectados como duplicados, por lo que se eliminaron antes de hacer el cribado, quedando así 79 documentos. Tras aplicar el cribado, se obtuvo un total de 51 artículos, los cuales se leyeron de forma detallada con el fin de conocer el tema tratado y poder valorar si reunían las características requeridas en la presente revisión. Finalmente, se descartaron otros 17 documentos por diferentes causas, entre las que destacan una obtención de resultados que no relacionaban la sintomatología del trastorno límite de la personalidad con traumas consecuentes del apego, como, por ejemplo, trabajos relacionados con otra psicopatología, a saber, depresión, insomnio o esquizofrenia, entre otros.

Figura 1

Diagrama de flujo



Nota: El diagrama de flujo ha sido realizado siguiendo las directrices de la versión actualizada en 2020 del método PRISMA (Page et al.,2021).

3. Resultados

Descartado 17 artículos, se procedió al análisis exhaustivo de los 26 documentos escogidos para realizar la presente revisión.

3.1 Análisis de la calidad de las publicaciones

La Tabla 6 (Anexo 6) contiene un desglose sobre el impacto de las revistas en las que se han publicado los estudios seleccionados para la presente revisión, teniendo en cuenta el impacto del año de publicación del documento, así como el actual, siendo 2022 el último año de datos actualizados.

Las revistas que aparecen en mayor medida son “Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation” con un total de tres documentos, y un impacto de Q1 tanto en el año de la publicación del documento como en la actualidad, y la “Journal of Personality Disorders”, también con un total de tres documentos y un impacto Q1 en el año de la publicación del estudio y un impacto Q2 en la actualidad. El resto de las revistas oscilan entre Q1 y Q2, lo que significa que tienen un alto impacto en su ámbito. Únicamente se ha utilizado un estudio publicado en “Journal of Research in Psychology” con impacto Q4, a causa de que la información que ofrece el documento se ajusta a los criterios establecidos para la presente revisión (Tabla 6 anexo 6).

Todos los trabajos examinados han sido extraídos de revistas sometidas a un proceso de revisión por pares antes de ser publicados. Además, de acuerdo con los criterios de inclusión, solo se han incluido los documentos publicados en los últimos cinco años, lo que garantiza un uso de la información más actualizada sobre la temática objeto de estudio.

3.2 Características de la muestra

Respecto a las características de las muestras de las investigaciones estas se detallan en la Tabla 7.

La mayoría de los estudios se han llevado a cabo con la participación de pacientes diagnosticados con TLP (Bendstrup, et al., 2021; Bernheim et al., 2022) y un segundo grupo control (Bucheimen & Diamond 2018; Dadomo et al., (2022). Una vez

seleccionados los participantes, se aplicaron los instrumentos de medición específicos para evaluar el trauma y los patrones de apego. Así pues, no se ha tenido en previa consideración a individuos que hubiesen pasado por una vivencia traumática, sino que, por lo general, las investigaciones escogen como variable esencial la sintomatología límite y, a partir de esta, se ha evaluado la presencia de las vivencias traumáticas y el estilo de apego en la infancia.

Entre las muestras utilizadas, predomina el sexo femenino frente al masculino, y las edades oscilan entre los 18 y 72 años (Ortega et al., 2020; Sekowski et al., 2022), aunque también se observan trabajos con muestras entre los 12 y los 17 años (Corral y Díaz, 2029; Obi – Obasi et al., 2023; Lee et al., 2023), e incluso Newman – Morris et al., (2020) utilizó en su estudio a madres diagnosticadas de TLP y a sus hijos entre 0 y 12 meses (Ver Tabla 7).

Tabla 7*Síntesis de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática.*

<i>Autor</i>	<i>Metodología</i>	<i>Muestra</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Instrumentos</i>	<i>Resultados</i>
Back, et al., (2022)	Ensayo aleatorizado controlado con placebo	N1= 53 mujeres no medicadas con TLP N2= 60 personas control	Examinar la interacción entre frecuencia cardíaca, la inseguridad del apego adulto autoinformada y el trauma infantil.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R).	Las pacientes con TLP mostraron mayor variabilidad en su frecuencia cardíaca, niveles más altos de inseguridad aguda en el apego y niveles más altos de trauma infantil.
Bendstrup, et al., (2021)	Estudio Descriptivo	N1 = 26 mujeres con TLP N2 = 28 mujeres controles	Examinar la coherencia de las narraciones e identificar como se relaciona esta con la presencia de episodios traumáticos durante la infancia en mujeres con TLP era más reducida que en mujeres sanas.	Adult Attachment Interviews (AAI).	Los recuerdos autobiográficos del apego en las mujeres diagnosticadas de TLP presentaban una coherencia narrativa reducida en orientación y estructura. A una mayor adversidad traumática infantil, una menor coherencia.

Bernheim et al., (2022)	Estudio Descriptivo	N1= 26 mujeres TLP N2 = 26 mujeres control	Comprobar la diferencia entre las regiones límbicas asociadas al miedo y el dolor al presentarse estímulos de apego que representan la soledad.	Adult Attachment Interviews (AAI).	Los pacientes con TLP mostraron una mayor activación en las áreas cerebrales relacionadas con miedo y dolor.
Blades, (2021)	Estudio Cualitativo	N= 50 menores de 6 a 17 años.	Identificar consecuencias psicológicas del abuso sexual evaluando el nivel intelectual, personalidad y afecto emocional.	Goodenough Test. The Koch Tree Test. Raven's Progressive Matrices.	Los resultados mostraron que la violencia sexual interfiere en el desarrollo del menor.
Bucheimen y Diamond (2018)	Estudio Descriptivo	N1= 52 pacientes TLP N2 = 40 pacientes organizados	Indagar sobre la existencia de una relación directa entre TLP y experiencias traumáticas en la infancia.	Adult Attachment Interviews (AAI).	El 84% de pacientes TLP habían sufrido un trauma no resuelto, y se identifica el apego desorganizado como agravante.

Corral y Díaz, (2019)	Estudio Descriptivo	N= 10 adolescentes entre 13 y 18 años.	Explorar la relación de las experiencias tempranas de apego inseguro y trauma infantil.	Adversity Childhood Experiences (ACE). Attachment Script Assessment (ASA).	Los resultados reflejaban el maltrato físico y psicológico, proveniente del apego inseguro, como los factores de riesgo más significativos en la presencia del trauma y, consecuentemente, conducta suicida.
Dadomo et al., (2022)	Estudio Descriptivo	N= 20 pacientes TLP N= 13 participantes control	Examinar si el trauma afecta a las estructuras cerebrales y si estas mismas se relacionan con los problemas interpersonales de los pacientes con TLP.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Zanarini rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zan-BPD).	En el grupo control, los episodios traumáticos y los problemas interpersonales no se identificaron por activación de las estructuras cerebrales, en cambio, en los pacientes con TLP se identificaron en el lóbulo temporal, amígdala y regiones del cerebelo.
Ehrental et al., (2018)	Estudio Descriptivo	N1 = 39 mujeres con TLP. N2 = 15 mujeres con criterios de TLP presentes. N3 = 59 mujeres sin síntomas de TLP.	Analizar las experiencias infantiles adversas y si estas influyen sobre las reacciones de estrés que presentan los pacientes con TLP.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Revised Experiences in Close Relationships (ECR -R). Structured Clinical Interview for DSM -IV (SCID - I).	El apego inseguro en la infancia influye sobre la capacidad de regular el estrés en el TLP.

Erkoreka et al., (2021)	Estudio Correlacional	N= 60 pacientes ambulatorios TLP.	Evaluar el apego adulto y el trauma infantil en una muestra de pacientes con TLP con la finalidad de encontrar una asociación entre los tres conceptos.	Revised Experiences in Close Relationships (ECR – R).	Los resultados indican que el apego ansioso explica el vínculo entre aspectos centrales del trastorno límite de la personalidad y el trauma infantil.
Gander et al., (2023)	Estudio Descriptivo	175 adolescentes hospitalizados. 77% mujeres 23% hombres	Examinar las diferencias de género, apego y experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo del TLP.	Adult Attachment Interviews (AAI).	Mayor porcentaje de trauma, negligencia emocional y física en adolescentes TLP.
Godbout et al., (2019)	Estudio Descriptivo	N = 954 mujeres y hombres con sintomatología TLP	Examinar el modelo integrador del maltrato infantil materno y paterno, apego inseguro y TLP.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Revised Experiences in Close Relationships (ECR -R). Inventory (TSI -2).	El maltrato materno y paterno se asociaron directamente con el TLP en mujeres, mientras que en hombres sólo se relacionó el maltrato paterno.

Kartal et al., (2022)	Estudio Descriptivo	N= 31 pacientes TLP N = 31 pacientes control	Conocer la relación entre la sensibilidad al rechazo en pacientes con TLP, los traumas mentales infantiles y los estilos de apego en pacientes TLP.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Revised Experiences in Close Relationships (ECR – R).	Los resultados revelaron que la sensibilidad al rechazo no se encuentra asociada con los traumas infantiles, indicando que sería preciso evaluar a los pacientes con otros factores biopsicosociales.
Khoury et al., (2020)	Estudio Descriptivo	N = 17 TLP N = 13 Otros trastornos N = 36 Sin diagnóstico	Analizar si el grupo TLP muestra tasas más altas de apego desorganizado que los otros grupos.	Structured Clinical Interview for DSM -IV (SCID – I). Interview for Borderlines – Revised (DIB – R).	Los individuos del grupo TLP se mostraron menos seguros y más desorganizados en las interacciones con sus cuidadores que los de los otros dos grupos.
Lee et al., (2023)	Estudio Longitudinal	N= 332 adolescentes entre 12 y 17 años.	Examinar la relación entre las dificultades individuales y la invalidación de los padres y el vínculo con la sintomatología del TLP a largo plazo.	Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). Personality Assessment Inventory (PAI-A). Invalidating Childhood Environment Scale (ICES).	Los resultados indicaron que la invalidación de los padres, la impulsividad y las dificultades para gestionar las emociones se relaciona con la desregulación emocional 6 meses después.

Martens et al., (2020)	Estudio Descriptivo Transversal	N= 120 pacientes clínicos con Trastorno de Personalidad y participantes no clínicos.	Explorar el efecto mediador del apego en la asociación entre maltrato infantil y presencia de los Trastornos de Personalidad del grupo B y grupo C.	Structured Clinical Interview for DSM -IV (SCID – II). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Schema Mode Inventory.	Los resultados obtuvieron que el abuso emocional en las relaciones de apego tuvo gran implicación en el desarrollo del TLP.
Miljkovitch et al., (2018)	Estudio Descriptivo	N1= 36 adolescentes TLP N2= 30 adolescentes sin TLP	Explorar si los adolescentes con TLP tienen mayor probabilidad de ser desorganizados con ambos padres que el grupo N2.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Entrevista de Modelo Múltiple de Apego (AMMI).	Adolescentes con TLP presentaban apego desorganizado con ambos padres y niveles más altos de abuso infantil.
Obi-Obasi et al., (2023)	Estudio Descriptivo	N= 173 pacientes TLP entre 12 y 17 años N= 294 participantes control entre 12 y 17 años	Comparar las muestras para conocer si existen diferencias respecto al estilo de apego.	Personality Assessment Inventory – Borderline Scale (PAI-BOR). Adult Attachment Scale (AAS).	Los adolescentes con TLP presentaban mayores niveles de inseguridad en el apego a ambos padres. También mayores problemas de internalización y externalización asociados a la seguridad del apego.

Ortega et al., (2020)	Estudio Cuasi – Experimental Descriptivo	N= 81 jóvenes con primeros episodios psicóticos entre 18 y 35 años. N= 33 jóvenes con estados mentales de alto riesgo.	Comparar grupos y evaluar la relación entre el maltrato infantil, psicopatología y adaptación social.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS).	Los jóvenes con alto riesgo presentaban mayor negligencia emocional y peor adaptación social. La exposición al maltrato agrava las dificultades para adaptarse socialmente e iniciar relaciones interpersonales.
Peng et al., (2020)	Estudio Descriptivo	N= 637 pacientes con trastornos psicológicos	Explorar el vínculo entre el trauma infantil, el apego inseguro y las características del TLP.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Cuestionario Diagnóstico Personalidad (PDQ). Adult Attachment Interviews (AAI).	La influencia del trauma en las características del TLP se relaciona a través del apego inseguro.
Schulze et al., (2022)	Estudio Descriptivo	N1= 1692 participantes	Analizar la interacción entre TLP, experiencias infantiles adversas, apego y apoyo social percibido.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Personality Assessment Inventory – Borderline Scale (PAI-BOR). Escala de Apego Adulto (AAS).	Abuso emocional como un puente entre las experiencias infantiles adversas y el TLP, aunque esta asociación no se explicó completamente por el apego y el apoyo social.

Skaug et al., (2022)	Estudio Descriptivo	N= 2808 gemelos entre 17 y 23 años	Examinar las consecuencias de los episodios traumáticos en los rasgos patológicos de personalidad en gemelos de 17 a 23 años.	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Structured Interview DSM - IV Personality (SIDP – IV).	Los resultados mostraron que la relación entre el trauma infantil y TLP provienen de influencias genéticas comunes.
Steele et al., (2020)	Estudio Transversal	N= 284 padres (69 con altas características TLP)	Conocer las diferencias de los niveles de estrés entre padres y la relación con episodios traumáticos en la infancia.	Personality Inventory for DSM -5 Brief Form (PID – 5 – BF). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Revised Experiences in Close Relationships (ECR-R).	La muestra con altas características TLP experimentó episodios traumáticos (abuso sexual y negligencia) en su infancia. También mayores niveles de estrés y menor competencia en su rol de padres, que la muestra con bajas características TLP.
Tschoeke et al., (2021)	Estudio Descriptivo	N= 86 pacientes ingresados con síntomas límite	Analizar en qué medida el maltrato físico y sexual infantil predice rasgos de TLP y síntomas disociativos	Childhood Trauma Questionnaire (CTQ).	Los síntomas límite sí se podían predecir por el abuso emocional y sexual, aunque el emocional estaba más relacionado con TLP y el sexual con disociación.

Van Heel et al., (2019)	Estudio Descriptivo	N= 79 pacientes TLP. N= 79 personas control.	Analizar el estilo de apego y la presencia de trauma infantil mediante el reconocimiento de emociones fáciles.	Structured Clinical Interview for DSM -IV (SCID – II). Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Experiences in Close Relationships – Revised (ECR – R), RMET.	Los pacientes con TLP obtuvieron puntuaciones más altas en el CTQ y en apego inseguro. Este mismo grupo mostró dificultades para reconocer las emociones positivas y negativas, en cambio, no hubo diferencias entre grupos en el reconocimiento de emociones neutras.
-------------------------	---------------------	---	--	---	--

3.3 Instrumentos de evaluación

La línea de la presente revisión busca la relación entre estilo de apego, trauma temprano complejo y el desarrollo del TLP como consecuencia. Para ello, los estudios seleccionados cuentan con una muestra de pacientes diagnosticados de TLP o con sintomatología límite y se evalúa el estilo de apego experimentado en su crianza y la posible presencia de trauma durante su infancia.

Los resultados que se desglosan a continuación se encuentran recogidos en la Tabla 7.

3.3.1 Trauma temprano complejo

Tras la revisión exhaustiva de los estudios seleccionados para la realización de esta revisión sistemática, el instrumento más utilizado para conocer la vivencia de episodios traumáticos durante la infancia en la vida del adulto es el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein et al., 1994), que aparecen en quince de los estudios reflejados en la Tabla 7 (Godbout et al 2020; Newman-Morris, et al., 2020; Back et al., 2022; Skaug, et al., 2022).

Bernstein, en el año 1994, desarrolló este cuestionario con el objetivo de ofrecer una evaluación simple, segura y válida de diferentes experiencias traumáticas en la infancia (Bernstein, et al., 1994). Es una medida retrospectiva de autoinforme, con escalas tipo Likert, (donde 0 es “nunca”, y 5 es “muy a menudo”) destinada a adolescentes y adultos, compuesta por setenta ítems que evalúan episodios de abuso físico, emocional y sexual, negligencia física y emocional, y otros factores que se dan en el entorno de crianza (Bernstein, et al., 1994).

Bernstein et al., (2003), propusieron una versión del CTQ más reducida, conocida como CTQ – SF. Para su desarrollo se realizó un análisis factorial, con la finalidad de averiguar cuáles eran los cinco mejores ítems que describían cada uno de los traumas evaluados, y finalmente seleccionaron veinticinco ítems, cinco por cada dimensión para las escalas de minimización y negación (Georgieva, et al., 2021). Es el instrumento que en mayor medida ha sido validado en estudios de validez durante los últimos diez años.

Se caracteriza por un uso poco complejo y de fácil aplicación, (Schmidt, et al., 2020) y se ubica dentro de los tres instrumentos con propiedades psicométricas más fiables (Saini, et al., 2019). Es por ello por lo que se ha convertido en el instrumento más utilizado para conocer y evaluar la presencia de episodios traumáticos durante la infancia (Schulze, et al., 2022, Newman, et al., 2020).

3.3.2 Apego

En el caso de la evaluación de apego, se ha encontrado una mayor variedad de instrumentos utilizados, aunque se observa un mayor uso del *Adult Attachment Interview* (AAI) (Buchheim & Diamond, 2019; Back, et al., 2022; Schulze, et al., 2022), y también del *Adult Attachment Projective Picture System* (AAP) (Gander, et al., 2023). Ambas medidas tienen como objetivo activar el inconsciente del sujeto evaluado, para poder recordar episodios que describen el estilo de apego experimentado.

La AAI es una entrevista semiestructurada diseñada por Main, George y Kaplan en el año 1984 y publicada en el 1985. (Álvarez & Lacasa, 2022). Busca evaluar los patrones de apego en personas adultas a partir de sus estados mentales. A partir de preguntas que estimulan en los sujetos la recuperación de pensamientos, componiéndose de una serie de preguntas que estimulan a los sujetos para recuperar pensamientos, sentimientos y recuerdos autobiográficos, sobre las propias experiencias tempranas de apego (Buchheim & Diamante, 2018). La información ofrecida por el individuo es grabada, se transcribe posteriormente, y se codifica según un sistema de puntuación que permitirá al examinador valorar el contenido, la incoherencia y la inconsistencia de la narración, además de la desorganización emocional (Main, et al., 1998).

Este instrumento, en relación con el estilo de apego, permite distinguir diferentes tipos de discurso (1) Seguro: caracterizado por una mayor coherencia en la narración y consciencia sobre la influencia de las experiencias parentales en su desarrollo. (2) Descartante: determinado a partir de las respuestas cortas y silencios, minimizando la relevancia del apego de sus relaciones actuales. (3) Preocupado: referido a la presencia de un discurso confuso y vago, enfocándose en detalles poco relevantes, muestran dificultades para transmitir que caracteriza a su figura de apego y transmiten enfado actual con la misma. Por último, (4) Desorganizado: en el que se observa gran desorientación

en la narración, percibida por lapsus que presentan los sujetos cuando verbalizan eventos traumáticos y pérdidas (Main, et al., 1998).

La AAP también es un instrumento diseñado para evaluar el estado mental respecto al apego de un individuo (Buchheim & Diamond, 2019; Gander et al., 2023). Utiliza un dibujo neutral, y otras siete escenas que representan situaciones relacionadas con la soledad, la enfermedad, el abuso, la negligencia, el abandono y el fallecimiento del cuidador. Las respuestas de los sujetos reflejan la evaluación de su historia, las defensas que han desarrollado, y cómo las experiencias vividas han influido en su funcionamiento actual. Se observan también las representaciones que tiene el individuo de sí mismo y de su figura de apego (Buchheim & Diamond, 2019). Sus propiedades psicométricas reflejan una fiabilidad del 90% y una buena validez concurrente con la AAI (Gander, et al., 2018). Sin embargo, entre los estudios revisados, su uso es menos común que la AAI.

3.3.3 Trastorno límite de la personalidad

Respecto a la evaluación del TLP, se ha encontrado una mayor variedad de instrumentos para valorar la presencia de dicha sintomatología. Uno de los más utilizados es la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID – I y SCID – II) (Van Heel, et al., 2019, Gander, et al., 2023). Está compuesta por ciento diecinueve preguntas que evalúan los diez trastornos de personalidad descritos en el DSM – IV (Spitzer, 1992). También se ha utilizado en varios trabajos el autoinforme BSL – 23 (Newman-Morris, et al., 2020, Peng et al., 2020). Cuenta con veintitrés ítems de tipo Likert que proporcionan información sobre la intensidad de los síntomas (Bohus, 2009). Por otra parte, destacar también el *Personality Inventory for DSM-5—Brief Form* (PID – 5 – BF) (APA, 2014). Un autoinforme desarrollado por el grupo de trabajo de Personalidad y Trastornos de la Personalidad del DSM - 5 en el cual aparecen veinticinco ítems a responder acuerdo a una escala tipo Likert (donde 4 es “mayor disfunción” y 0 es “mayor adaptación y resiliencia”) para evaluar generalmente la gravedad del trastorno de personalidad (Steel et al., 2020). Finalmente nombrar el *McLean Screening Instrument BPD* (MSI – BPD) (Zanarini et al., 2003). Es un autoinforme para detectar la presencia de TLP formado por diez elementos que se clasifican en una escala dicotómica (donde 0 corresponde a “ausente” y 1 corresponde a “presente”) (Kartal et al., 2022; Steele, et al., 2020).

3.4 Estilo de apego y episodios traumáticos en la infancia

Entre los diferentes tipos de apego previamente descritos, hay uno de ellos que se encuentra fuertemente vinculado a los problemas de identidad que se observan en los individuos diagnosticados de TLP, a saber, el apego desorganizado (Miljkovitch et al., 2018; Khoury et al., 2019; Gander et al., 2023). Destacar que dicho apego está también relacionado con el deterioro del funcionamiento cognitivo, vinculado con el trauma y produciendo una gran activación del sistema límbico (Buchheim et al., 2018).

Respecto a las características del apego desorganizado, destacan la presencia de abuso, el comportamiento agresivo y la interacción violenta, también presentes en la sintomatología clínica del TLP, y ejerciendo una alta influencia en los problemas interpersonales que presentan estos pacientes (Bernheim et al., 2022). En este sentido, algunos autores plantean que el abuso que se da en las relaciones de apego, podría ser la conexión entre los episodios traumáticos y el TLP (Erkoreka et al., 2021; Schuzle et al., 2022), ya que los individuos con TLP informan en la evaluación del apego, de una mayor número de episodios traumáticos, altas puntuaciones en negligencia parental (Ehrenthal et al., 2019; Gander et al., 2023), problemas en las relaciones interpersonales, conductas impulsivas y trastorno de identidad (Godbout et al., 2019).

Por otra parte, en la evaluación del estilo de apego en las personas con TLP, se observan narrativas autobiográficas incoherentes, elemento característico de un apego inseguro (Bendstrup et al., 2021). Destacar en este sentido que, aunque algunos autores confirman desconocer si se relaciona directamente con episodios traumáticos en la infancia (Bendstrup et al., 2021), otros afirman que la inseguridad en el apego está asociada a la presencia de trauma temprano complejo (Back et al., 2022), influyendo el mismo en la aparición del TLP (Peng et al., 2020).

Otros trabajos señalan el apego ansioso como causa de la presencia de desregulación emocional, y el comportamiento disfuncional que caracteriza el TLP, también vinculado a episodios de abuso emocional durante la infancia (Erkoreka et al., 2021). No obstante, la mayoría de los estudios seleccionados mencionan el apego desorganizado como el tipo de apego más predominante y asociado a la presencia de episodios traumáticos (Van Heel et al., 2019; Schulze et al., 2022; Obi – Obasi et al., 2023).

3.5 Trauma, periodo evolutivo y trastorno límite de la personalidad

En cada una de las etapas vitales, la presencia de sucesos estresantes puede implicar riesgos tanto para la salud psíquica como física, del individuo. Además, la investigación confirma que el impacto sobre la integridad de la persona es mayor si estos se producen en la infancia (Ortega et al., 2020). Los estudios que han sido seleccionados para la presente revisión no recogen un intervalo de edad concreto, aludiendo a la infancia de forma genérica (Cervera et al.,2020, Bendstrup, et al., 2021).

En este sentido, las investigaciones acerca de la presencia de trauma complejo en las personas diagnosticadas de TLP, sitúan las diferentes experiencias traumáticas dentro del periodo de la crianza infantil (Ortega et al., 2020; Skaug et al., 2022), e informan en mayor medida de la presencia de estos episodios, frente a otros trastornos, por ejemplo, del estado de ánimo (Bernheim et al.,2022).

Destacar también que las personas con TLP intentan verbalizar adversidades traumáticas durante su infancia cuando son evaluados al respecto, y presentan gran dificultad a la hora de mantener una estructura, coherencia y orientación en el discurso (Bendstrup, et al., 2021).

Por otra parte, cabe destacar que, en esta etapa vital, a saber, la infancia, se están desarrollando las diferentes estructuras cerebrales, por lo que la vivencia de eventos traumáticos complejos como el abuso físico o emocional durante esta etapa vital, puede modificar considerablemente la formación de dichas estructuras (Cervera et al.,2020). Así, el comienzo temprano y una duración extensa de una experiencia traumática se relacionan con un menor volumen intracraneal, una alteración del sistema nervioso central, y dificultades en el proceso del neurodesarrollo (Bernheim, et al., 2022). Consecuentemente, se producen continuos episodios de ansiedad y estrés, inatención, hipervigilancia, síntomas psicóticos y problemas de memoria y aprendizaje (Bendstrup, et al., 2021). Luyten y Fonagay (2021) también contemplaron dificultades en el funcionamiento intrapersonal e interpersonal del individuo.

3.6 Trauma y trastorno límite de la personalidad

Desde los años 90, el TLP se vincula con la presencia de traumas en la infancia (Kroll, 1993, Zanirini, 2000). Marsha Linehan, en el año 1993, menciona que el entorno infantil invalidante tiene una influencia directa con la desregulación emocional y la sintomatología del TLP, y describe el abuso sexual como una de las experiencias invalidantes más traumáticas en la infancia (Lee et al., 2023). En este sentido, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), tratamiento utilizado en la intervención del TLP, entre otros trastornos, se aborda también el trauma, recordando y procesando los hechos traumáticos (Linehan, 1993).

Un metaanálisis realizado recientemente, confirma que la invalidación de los padres se relaciona positivamente con la sintomatología límite (Lee, et al., 2023), etiquetando además el abuso sexual y el abuso emocional infantil, como factores de riesgo en la formación de la identidad de la persona, mostrando así una alta relación con el desarrollo del TLP (Godbout et al., 2019), en mayor medida que otros trastornos analizados (Pérez, et al., 2021).

Cabe señalar que, en muchas situaciones de abuso sexual, el niño conoce detalladamente el papel del abusador, ya que vive en primera persona todo tipo de movimientos, expresiones fáciles, lenguaje, etc. por parte de aquél (Wiley, 2019). Pérez (2021) menciona que los mecanismos de defensa identificados en el TLP se corresponden con las fases tempranas de la vida del niño, siendo estos funcionales en la infancia, pero desadaptativos en la vida adulta. Así, el abuso sexual afecta a la estabilidad psíquica del niño, y la persistencia de este, puede impedir el desarrollo de mecanismos de defensa más avanzados, permaneciendo los primitivos y los aprendidos durante los episodios de abuso emocional y sexual (Khoury, et al., 2019).

Mertens et al., (2020) realizaron un estudio con una muestra de 120 pacientes entre hombres y mujeres diagnosticados de TLP, a los cuales se evalúa sobre la experiencia de abuso emocional y sexual en la infancia, mediante una entrevista. Señalaron al abuso emocional, como el más asociado a la presencia de sintomatología límite.

Por su parte, Tschoeke et al., (2021), realizaron un análisis a 86 pacientes diagnosticados de TLP para conocer cómo el abuso emocional y sexual en los niños predecía las características de dicho trastorno. Con una evaluación utilizando el CTQ, concluyeron que los rasgos límites estaban vinculados a la presencia de abuso sexual en la infancia (Tschoeke et al., 2021). Así, el niño se expone a una traición relacional, donde la misma figura asume el rol de cuidador y el rol de abusador (Blades et al., 2021). La forma en que el sistema familiar gestiona el episodio de abuso suele perjudicar al menor, dando por falsa su versión de los hechos y otorgando mayor credibilidad al adulto (Carmenate et al., 2023). En estos casos, se aprecian en la víctima sentimientos de angustia, a la par que otros contradictorios, observándose conductas de aislamiento, y un fraccionamiento en sus valores morales, en la confianza y en las relaciones de seguridad. Por otra parte, se produce una integración de creencias que son disfuncionales, como el uso de la mentira para protegerse (Blades et al., 2021). Estas características, tal y como se ha indicado anteriormente, estarían asociadas también a la sintomatología del TLP.

4. Discusión

El vínculo afectivo conocido como apego es un sistema innato que actúa como base en la formación de la identidad de una persona, y mediante el cual se aprende a funcionar en el ambiente social (Bowlby, 1980). Así, el tipo de apego determina la relación del mismo con otras variables que interfieren en la funcionalidad de la persona, como el trauma o el desarrollo del TLP. La compleja red entre apego, trauma y TLP se origina en las vivencias complicadas que suceden durante la infancia (Aguilar, 2018). Mediante los estudios utilizados en la presente revisión, se ha profundizado en la interacción de estos conceptos y su influencia en el desarrollo psicológico del individuo, analizando el efecto que tienen las experiencias traumáticas tempranas en la vida de la persona.

Los trabajos aportan confirmación a lo que se describe en la literatura. En este sentido, la presencia del TLP está relacionada con la forma en que el niño se ha vinculado emocionalmente con sus progenitores, es decir, el estilo de apego se ha desarrollado en la niñez (Godbout et al., 2019). Por tanto, se identifica el apego como un aspecto fundamental en el desarrollo de la identidad de la persona (Luyten, et al., 2019; Benstrup et al., 2021), y que explica las características que describen cómo el individuo se relaciona con sus propias emociones, con otras personas y en diferentes interacciones de índole social (Gander et al., 2023). Además, dicho sistema de apego se activa frente a una amenaza (Bowlby, 1973), y, en el caso de que las figuras de apego no estén disponibles para responder ante dicha amenaza, las sensaciones de angustia y malestar se regulan de forma disfuncional (Luyten et al.2019).

Los estudios revisados también coinciden con la literatura al señalar que el apego desorganizando es el estilo de apego que mayor conexión tiene con la presencia de episodios traumáticos tempranos (Di Bartolo, 2016). Se considera, además, un factor de riesgo en el desarrollo del TLP (Buchheim & Diamond, 2018; Khoury et al., 2019; Gander et al., 2023).

Por otra parte, como nexos entre el trauma complejo y la sintomatología límite, se han identificado la presencia de abuso sexual y abuso emocional (Schulze et al., 2022; Carmenate, 2023), ambos característicos de contextos de crianza problemáticos,

asociados también a la presencia de psicopatología parental y a conductas violentas, entre otros (Erkoreka et al., 2021).

El niño que crece en un ambiente desorganizado sufre la contradicción de escapar de la misma persona a la que necesita acudir para sobrevivir, forjándose así un desorden interno que dificulta la formación de una identidad funcional (Aguilar, 2018). Así pues, como resultado de la ausencia de una figura de apego segura, el niño no contempla la existencia de herramientas útiles para gestionar y afrontar las situaciones de amenaza, experimentando un estado de alerta donde predominan las emociones de miedo y rechazo (Cook et al., 2017). En estos contextos, predomina una figura de referencia con un comportamiento inestable, que consuela y amenaza indistintamente, dejando al niño sin opción de aprender a manejar de forma adecuada las emociones intensas (Back et al., 2022). En este sentido, la literatura señala que el apego desorganizado, debido a la presencia de una figura que consuela y amenaza indistintamente, lleva al niño a mostrar un comportamiento de gran desconfianza en las relaciones con los demás, aspecto que se observa también en las características del TLP, como es la presencia del miedo intenso al abandono, las relaciones interpersonales inestables, la imagen inestable acerca de uno mismo, y la impulsividad, entre otras (Linehan, 1993; Kartal et al., 2022).

El ambiente invalidante, como se menciona en el modelo biosocial (Linehan, 1993), engloba todo tipo de negligencia parental, considerando el abuso sexual como el suceso de mayor gravedad. Es uno de los traumas infantiles más asociados al desarrollo del TLP, y también se observan áreas cerebrales que apoyan dicha relación (Dadomo et al., 2022), como las redes de recompensa (social) y empatía (Buchheim & Diamond, 2018). Esto se refleja en características como la gran sensibilidad que muestran las personas con TLP al rechazo social y la desconfianza general hacia los demás, esperando que les hieran emocionalmente. Así pues, perciben expresiones faciales neutrales como amenazantes, y sus propias expresiones, en las interacciones sociales, también se perciben como inciertas (Herpertz & Bertsch, 2015).

Por otra parte, señalar que, tras la revisión realizada, no se puede concluir que existe un intervalo de edad concreto donde el efecto sea más grave y determinante. Así, se alude a la infancia en general, como etapa del desarrollo evolutivo, sin precisar más. (Blades, 2021).

También, la revisión ha permitido identificar la presencia de episodios de abuso sexual en pacientes TLP con tendencia suicida y comportamientos autolesivos, que durante la evaluación, reflejaban estados de conciencia no integrados y contradictorios por lo que respecta al apego (Buchheim & Diamond, 2018).

Además, se ven afectadas las áreas emocionales y conductuales del individuo con grandes consecuencias psicológicas como la aparición del trauma complejo (Blades, 2021), sin observarse en este sentido diferencias en cuanto al sexo. No obstante, algunos autores sí han diferenciado las consecuencias en función del sexo del progenitor que ejecuta el abuso. Así, Carmenate (2023) menciona que cuando el abuso sexual proviene de la figura paterna hacia su hija, esta desarrolla en el futuro, una actitud que se podría etiquetar como “seductora” frente a cualquier obstáculo para conseguir socializarse con los varones. Este hecho se podría explicar en el sentido que la primera relación que tienen las niñas con el sexo opuesto se ubica en el sistema familiar con el progenitor masculino, quien sirve de modelo para futuras relaciones con otros varones. Si dicha relación en la infancia es disfuncional, las niñas carecen de un patrón de referencia adecuado.

Por otra parte, el abuso emocional también se ha vinculado con la presencia de TLP, ya que, mediante los diferentes ataques a la identidad del individuo, se producen consecuencias en el razonamiento, la conducta y la personalidad, así como en la presencia de inseguridad y un estilo de afrontamiento a las amenazas que se podría señalar como desadaptativo, caracterizado por comportamientos de evitación y/o retirada social, que permanecen hasta la edad adulta incluso cuando el peligro ha disminuido (Martens et al., 2020).

También, la ausencia de un sistema de apego seguro interfiere en la posibilidad de poder y saber compartir experiencias emocionales con los progenitores (Miljkovitch et al., 2018). En este sentido, en la presente revisión no se ha encontrado ninguna relación de causalidad entre el apego seguro y el TLP (Khoury et al., 2019), parece así que el apego seguro podría ser un factor de protección frente a la psicopatología (Ehrenthal et al., 2018).

Destacar que, a partir de los instrumentos utilizados, entre ellos el AAI (George et al., 1985), se constata la presencia de conductas inadecuadas, asociadas a actitudes

hostiles y de devaluación (Khoury et al., 2019). Todo ello se vincula al concepto de invalidación parental que aborda la teoría biosocial del TLP (Linehan, 1993). Miljkovitch (2018) señala en su trabajo que la presencia de una comunicación emocional restringida frente a la figura materna, predice de manera más significativa la aparición de sintomatología TLP, en comparación con la figura paterna.

Recopilando los diferentes estudios y conocidas las altas tasas de trauma temprano complejo no resuelto en pacientes con TLP, se observa cómo el trauma tiene repercusión en la formación de la identidad del individuo, en la calidad de las estrategias para crear relaciones interpersonales, y en la capacidad para regular las emociones (Peng et al., 2020, Schulze et al., 2022). La forma en la que un individuo se mira a sí mismo puede estar distorsionada por las características del estilo de apego con el que le criaron, porque la identidad se forma en las primeras relaciones y se configura con las figuras significativas (González, 2017). Cuando el niño convive con la dualidad del apego desorganizado, manifestará esta misma ambivalencia ante la situación de intimar con otros en el resto de las etapas vitales, sintiendo miedo por la supuesta amenaza que percibe y atacando para protegerse de la misma.

Por otra parte, los resultados de esta revisión aportan información sobre las diferentes herramientas de evaluación más utilizadas en la actualidad. Algunos de los estudios seleccionados siguen utilizando el SCID – I y el SCID – II, instrumentos clínicos para los trastornos de personalidad del DSM – IV (APA, 1994). Autores como Khoury (2019) y Martens et al (2020), los utilizan para un primer diagnóstico de TLP, y excluir la presencia de otros trastornos, aunque para conocer los síntomas actuales de los pacientes y la gravedad de estos, se utilizan otros instrumentos más específicos como el *Zanarini rating for Borderline Personality Disorder (ZAN – BPD)* (Dadomo et al., 2020, Bendstrup et al., 2021).

Frente a la diversidad de herramientas empleadas en la evaluación del apego, quince de los veintiséis estudios revisados utilizan el CTQ (Bernstein et al., 1994) o su versión reducida CTQ – SF (Bernstein et al., 2003), identificado por algunos autores como el instrumento más utilizado para evaluar experiencias traumáticas en la infancia (Godbout et al., 2019), ya que se ha adaptado a varios idiomas, entre ellos al castellano por Hernández et al., (2013). Es posible administrarlo tanto al grupo clínico como al grupo

control, por lo que permite hacer fácilmente comparaciones entre los mismos (Kartal et al., 2022). No obstante, algunos autores como Van Heel, (2019) subrayan la importancia de tener en cuenta las limitaciones que este instrumento presenta. Así, al tratarse de una medida de autoinforme, las puntuaciones de los participantes pueden estar distorsionadas por el sesgo del recuerdo.

Señalar también el uso de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (Main et al. 1984), que también aparece en diferentes estudios junto al Sistema de Imágenes Proyectivas de Apego Adulto (APP), aunque esta última en menor medida, ya que algunos autores tienden a describirla como compleja de interpretar si no hay posibilidad de observar su efecto en las áreas cerebrales implicadas (Bernheim, et al., 2022).

Es importante indicar que, según lo abordado en la presente revisión, el trauma complejo no resuelto parece ser un alto indicador del TLP (Gander et al., 2023), reconociendo el abuso emocional como elemento característico de ambos términos (Ehrenthal et al., 2018) y también el abuso sexual (Miljkovitch et al., 2018). No obstante, hay que tener en cuenta que otras variables que pueden estar asociadas al desarrollo del TLP, no han sido analizadas, como los factores biológicos, que también pueden estar influyendo en el desarrollo del TLP (Khoury et al., 2019).

5. Conclusión

Linehan (1993), en el modelo biosocial, hace referencia a la relación entre trauma temprano complejo y TLP, confirmando que el entorno conflictivo e invalidante donde se desarrolla el niño puede contribuir a la presencia del TLP.

El objetivo de esta revisión sistemática ha sido identificar cuáles son los tipos de apego que provocan la aparición del trauma temprano complejo durante la infancia, y como consecuentemente se desarrolla el TLP. Por otra parte, comprobar si los resultados obtenidos, permitirían señalar una relación entre dichos aspectos.

Los resultados obtenidos, confirman que el trauma temprano complejo experimentado en las relaciones de apego durante la infancia influye en el desarrollo del TLP (Bucheimen & Diamond, 2018; Godbout et al., 2019; Steele et al., 2020). En este sentido, la investigación se ha centrado en conocer qué estilo de apego está asociado a las experiencias traumáticas, y el tipo de episodio traumático temprano que está más asociado al desarrollo de la sintomatología límite.

Además, otros factores han sido utilizados para poder llevar a cabo dicha revisión como identificar las herramientas de evaluación más utilizadas y el periodo evolutivo más vulnerable, aunque se han encontrado algunas limitaciones relacionadas con estos aspectos.

Los instrumentos de evaluación con mayor uso, AAI y CTQ, utilizan el recuerdo de la persona para examinar la presencia de episodios traumáticos y el estilo de apego en la infancia, por lo que puede haber variables que impidan una fiabilidad real de lo que aporta la persona evaluada, como ausencia o distorsión de recuerdos Van Heel, (2019). Por ello, sería de interés valorar la creación de otros instrumentos que subsanen estas limitaciones.

Respecto al periodo evolutivo, la ausencia de datos sobre las consecuencias del trauma complejo en función de la edad en la que se experimenta el mismo, también ha supuesto una limitación. Los trabajos revisados identifican la infancia como el periodo con mayor vulnerabilidad, debido a los procesos de formación personal que se establecen (Bendstrup

et al., 2021), pero carecen de datos más específicos e intervalos concretos. Sería relevante, para futuras investigaciones, estudiar los episodios traumáticos vivenciados teniendo en cuenta la variable edad o edades dentro del periodo de la niñez.

Otros aspectos que fueron considerados previamente importantes a mostrar e incluirlos en la revisión, se han identificado como una limitación al no reflejar suficiente información, como en el caso de posibles diferencias entre sexos, por lo que a las variables estudiadas se refiere. Las muestras de los estudios seleccionados, en mayor medida estaban compuestas bien por mujeres (Bendstrup et al., 2018, Khoury et al., 2019) o mujeres y hombres, pero con un porcentaje muy reducido de estos (Schulze et al., 2022, Steel et al., 2020).

Los porcentajes, en general, refieren que aproximadamente un 75% de las personas diagnosticadas de TLP son mujeres (Ehrenthal et al., 2018; Gander et al., 2023). Investigaciones más recientes señalan que la proporción de hombres que presentan este trastorno podría equipararse al de las mujeres (Jorquera, 2020). Como futura línea de investigación sería interesante conocer los factores que podrían explicar las diferencias de diagnóstico entre sexos, indagando también entre otras variables que influyen en las mismas.

Siguiendo con las líneas de trabajo futuras, sería importante plantear el estudio del proceso de mentalización, el cual ofrece a la persona la capacidad de entender aspectos subjetivos, como los sentimientos de otras personas (Fonagy, 1996). Dicho proceso parece estar vinculado con la presencia de trauma y el TLP, por lo que sería una principal aportación para entender los mecanismos implicados en el desarrollo en esta población. Algo similar ocurre con la presencia de la disociación, reconocida esta como un mecanismo de defensa que utiliza la mente para evitar la integración de vivencias dolorosas en la conciencia y preservar el vínculo con sus figuras de apego (Akbej, 2019). En este caso, los instrumentos SCID – I y SCID – II, que presentan una alta fiabilidad para la evaluación del TLP, no discriminan trastornos disociativos, por lo que podría estar ignorándose su presencia, y por consiguiente, la intervención sobre el mismo (Akbej, 2019).

Por otro lado, cabe señalar también la conveniencia del estudio de factores de protección frente al TLP o la gravedad de su sintomatología. Algunos estudios mencionan el apego seguro (Godbout et al., 2019), pero sin presentar una justificación sólida, por lo que podría resultar interesante explorar más sobre este punto, y contemplarlo en posibles programas de prevención y tratamiento dirigidos tanto a los cuidadores, como a la población infantil.

Numerosos trabajos, apuntan a que la educación socioemocional, también es un factor con alto valor preventivo. El estilo de crianza que se castigan las conductas inapropiadas, y que no cuenta con un espacio dedicado a la educación emocional, puede ocasionar una autoinvalidación de sus emociones, que se integrará en el niño formando creencias que le acompañaran a lo largo de sus etapas vitales. Así, una comunicación emocional restringida entre padres e hijos se identifica como suceso influyente en la presencia del TLP (Miljkovitch, 2018).

Para concluir, la literatura evidencia que las primeras relaciones del ser humano son determinantes en la naturaleza y gestión de relaciones futuras (Di Bartolo, 2016), y que los niños muestran una gran disposición a adquirir cualquier estrategia de supervivencia en el contexto, debido a su vulnerabilidad. Los progenitores y el sistema de apego son un factor necesario para el desarrollo funcional del niño (Aguilar, 2018)., convirtiéndose así la infancia en una etapa vital decisiva para el desarrollo de la identidad del individuo, su relación con el ambiente y la posible presencia de psicopatología.

6. Referencias

- Aguilar, (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances en Psicología*, 26 (2), 135-144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932–937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Akbey, Z. Y., Yildiz, M. y Gündüz, N. (2019). Is There Any Association Between Childhood Traumatic Experiences, Dissociation and Psychotic Symptoms in Schizophrenic Patients? *Psychiatric Investigation*, 16(5), 346-354. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.10.2>
- Álvarez-Segura, M., & Lacasa, F. (2022). Evaluación del vínculo de apego en la infancia y adolescencia. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 39(2), 41-58. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v39n2a5>
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (3rd ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780521315289.dsm-iii>
- American Psychiatric Association (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aznárez, B. (2019). Historia, cualidad, clínica y realidad del trauma psíquico. *Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 9(Nº1).

- Back, S. N., Schmitz, M., Koenig, J., Zettl, M., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2022). Reduced vagal activity in borderline personality disorder is unaffected by intranasal oxytocin administration but predicted by the interaction between childhood trauma and attachment insecurity. *Journal of Neural Transmission*, 129(4), 409-419. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02482-9>
- Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 249–264). The Guilford Press.
- Bendstrup, G., Simonsen, E., Kongerslev, M., Jørgensen, M. S., Petersen, L. S., Thomsen, M. S., & Vestergaard, M. (2021). Narrative coherence of autobiographical memories in women with borderline personality disorder and associations with childhood adversity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00159-5>
- Bernheim, D., Buchheim, A., Domín, M., Mentel, R., & Lotze, M. (2022). Neural correlates of attachment representation in patients with borderline personality disorder using a personalized functional magnet resonance imaging task. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.810417>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02080-000>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., & Wolf, M. (2008). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1159/000173701>

- Buchheim, A., & Diamond, D. (2018). Attachment and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 651-668. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.010>
- Blades, J. (2021). Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. *Revista de Investigación en Psicología / Journal of Research in Psychology*, 4(1), 7-27. <http://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/152/160>.
- Boon, S. (2015). Vivir con disociación traumática. Desclée de Brower.
- Bowlby J. (1986). *El Vínculo Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Paidós Ibérica.
- Bowlby J. (1989). *Una base segura*. Paidós Ibérica
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifren, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud* [online]. 2014, vol.25, n.1, pp.67-74. ISSN 2174-0550. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>.
- Carmenate, E. (2023). El abuso sexual infantil intrafamiliar, una mirada desde la *Psicología. Avances*, 25(1), 3–19. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8953048.pdf>
- Causera, I. P., & Peris, M. R. (2015). Tras las huellas «Borderline»: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad. *Redes: revista de psicoterapia*.

Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019/2021, <https://icd.who.int/browse11>

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M. Cloitre, M., ... y Van der Kolk, B. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric annals*, 35 (5), 390-398.

Corral-Proano, V. J., & Díaz-Mosquera, E. (2019). Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica*, 8(1), 48-61. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204>

Crowell, S., Beauchaine, T., y Linehan, M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>

Dadomo, H., Salvato, G., Lapomarda, G., Çiftçi, Z., Messina, I., & Grecucci, A. (2022). Structural features predict sexual trauma and interpersonal problems in borderline personality disorder but not in controls: a Multi-Voxel Pattern analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2022.773593>

Di Bártolo, I. (2016). *El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos: clínica, investigación y teoría*,

Ehrental, J.C Levy, K. N., Scott, L. N., & Granger, D. A. (2018). Attachment-Related regulatory processes moderate the impact of adverse childhood experiences on stress reaction in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(Supplement), 93-114. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.93>

Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodríguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I., Arrúe, A., Zumárraga, M., & González-Torres, M. Á. (2021). Attachment anxiety

- as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *WILEY*, 29(2), 501-511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2640>
- Felding, S. U., Mikkelsen, L. B., y Bach, B. (2021). Complex PTSD and personality disorder in ICD-11: when to assign one or two diagnoses? *Australasian Psychiatry*, 29(6), 590-594. <https://doi.org/10.1177/10398562211014212>
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217–233
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 5966. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Gander, M., Buchheim, A., & Sevecke, K. (2023). Personality disorders and attachment trauma in adolescent patients with psychiatric disorders. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01141-1>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Georgieva, S., Tomás, J. M., & Navarro-Pérez, J. (2021). Systematic Review and Critical Appraisal of Childhood Trauma Questionnaire — short form (CTQ-SF). *Child Abuse & Neglect*, 120, 105223. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105223>
- Godbout, N., Daspe, M., Runtz, M., Cyr, G., & Briere, J. (2019). Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific

Structural equation Models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 90-98. <https://doi.org/10.1037/tra0000403>

Gonzalez, A. (2023). *¿Por dónde se sale?: Cómo deshacer el miedo, aliviar el malestar psicológico y adquirir un apego seguro*. Editorial Planeta.

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>

Guerrero, R. (2018). *Educación emocional y apego. Pautas prácticas para gestionar las emociones en casa y en el aula*. Libros Cúpula.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery. The Aftermath of Violence--From Domestic Abuse to Political Terror*. Hachette UK.

Herpertz, S. 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), 840-851. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15020216>

Jacobsen, T., & Hofmann, V. (1997). Children's attachment representations: Longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 33(4), 703–710. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.703>

Kaess, M. (2019). Childhood adversity in Borderline Personality Disorder—a call for a more systemic approach to early intervention and prevention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 3-5. <https://doi.org/10.1111/acps.13138>

Kartal, F., Uğur, K., Mete, B., Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2022). The relationship between the oxytocin level and rejection sensitivity, childhood traumas, and

attachment styles in borderline personality disorder. *Psychiatry Investigation*, 19(3), 239-246. <https://doi.org/10.30773/pi.2021.0358>

Khoury, J. E., Zona, K., Bertha, E., Choi-Kain, L. W., Hennighausen, K., & Lyons-Ruth, K. (s. f.). Disorganized Attachment Interactions Among Young Adults with Borderline Personality Disorder, Other Diagnoses, and No Diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 34(6), 764-784. <https://doi.org/10.1521/pe di 2019 33 408>

Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy*. Norton

Kolk, V. D., & Bessel, A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BB19708339>

Kong SS, Kang DR, Oh MJ, Kim NH. Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *J Trauma Dissociation*. 2018 Mar-Apr;19(2):214-231. <https://doi.org/10.1080/15299732>.

Lee, S. S. M., Keng, S., & Hong, R. Y. (2023). Validating the biosocial model of borderline personality disorder: Findings from a longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 1-11. <https://doi.org/10.1017/s0954579423001116>

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

Luyten, P., Campbell, C., & Fonagy, P. (2019). Borderline personality disorder, complex trauma, and problems with self and Identity: a social-communicative approach. *Journal of Personality*, 88(1), 88-105. <https://doi.org/10.1111/jopy.12483>

- Luyten, P., & Fonagy, P. (2021). Integrating and Differentiating Personality and Psychopathology: A Psychodynamic perspective. *Journal of Personality*, 90(1), 75-88. <https://doi.org/10.1111/jopy.12656>
- Main, M. y Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification systems*. University of California at Berkeley: Dept. of Psychology. Manuscrito no publicado.
- May, A., Balzan, R., Williams, A. S., Wade, T. D., & Paranjothy, S. M. (2023). Interventions for Perinatal Borderline Personality Disorder and Complex Trauma: A Systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 26(3), 295-309. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01313-4>
- Mertens, Y. L., Yilmaz, M., & Lobbstaël, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104445>
- Miljkovitch, R., Deborde, A., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescence as a generalization of disorganized attachment. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el Trastorno Límite de Personalidad [EMDR therapy in Borderline Personality Disorder]. *Acción Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7036>
- Newman-Morris, V., Simpson, K., Gray, K. M., Perry, N., Dunlop, A., & Newman, L. (2020). Evaluation of early relational disturbance in high-risk populations: borderline personality disorder features, maternal mental state, and observed interaction. *WILEY*, 41(6), 793-810. <https://doi.org/10.1002/imhj.21880>

- Obi-Obasi, O., Cano, K., & Sharp, C. (2023). Specificity of insecure attachment in adolescents with borderline personality disorder in Psychiatric Inpatient and Community-Dwelling Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 37(6), 751-760. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.6.751>
- Ortega, L., Montalvo, I., Solé, M., Creus, M., Cabezas, Á., Gutiérrez-Zotes, A., Sánchez-Gistau, V., Vilella, E., & Labad, J. (2020). Relationship between childhood trauma and social adaptation in a sample of young people attending an early intervention service for psychosis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 13(3), 131-139. <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2020.08.002>
- Peng, W., Liu, Z., Liu, Q., Chu, J., Zheng, K., Wang, J., Hao, W., Zhong, M., Ling, Y., & Yi, J. (2020). Insecure attachment and maladaptive emotion regulation mediating the relationship between childhood trauma and borderline personality features. *Depression and Anxiety*, 38(1), 28-39. <https://doi.org/10.1002/da.23082>
- Pérez, I. M. C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Sáez, M. C., Fernández-Fernández, V., & Pérez, A. S. (2020). consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del psicólogo*, 41(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2019). Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6-20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Saini, S. M., Hoffmann, C. R., Pantelis, C., Everall, I., & Bousman, C. (2019). Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Psychiatry Research*, 272, 106-113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.068>
- Schulze, A., Cloos, L., Zdravkovic, M., Lis, S., & Krause-Utz, A. (2022). On the interplay of borderline personality features, childhood trauma severity, attachment types, and social support. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00206-9>

- Scoglio, A. A. J., Rudat, D. A., Garvert, D. W., Jarmolowski, M., Jackson, C., & Herman, J. L. (2015). Self-Compassion and Responses to Trauma: The Role of Emotion Regulation. *Journal of Interpersonal Violence*, *33*(13), 2016-2036. <https://doi.org/10.1177/0886260515622296>
- Skaug, E., Czajkowski, N. O., Waaktaar, T., & Torgersen, S. (2022). Childhood trauma and borderline personality disorder traits: A discordant twin study. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, *131*(4), 365-374. <https://doi.org/10.1037/abn0000755>
- Spangler, G., & Grossman, K. (1993). Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants *Child Development*, *64*(5), 1439 – 1450. <https://doi.org/10.2307/1131544>
- Spitzer, R. (1992). *The Structured Clinical Interview for DSM (SCID)*. Biometrics Research Department.
- Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2020). Parenting stress and competence in borderline personality disorder is associated with mental health, trauma history, attachment, and reflective capacity. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *7*(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00124-8>
- Tschoeke, S., Bichescu-Burian, D., Steinert, T., & Flammer, E. (2020). History of Childhood Trauma and Association with Borderline and Dissociative Features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *209*(2), 137-143. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001270>
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Van Heel, M., Luyten, P., De Meulemeester, C., Vanwalleghem, D., Vermote, R., & Lowyck, B. (s. f.). Mentalizing Based on External Features in Borderline

Personality Disorder Compared with Healthy Controls: The Role of Attachment Dimensions and Childhood Trauma. *Journal of Personality Disorders*, 33(6), 736-750. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_373

Wallin, D. (2012). El apego en psicoterapia. Desclee de Brouwer.

Wojtynkiewicz, E., & Sękowski, M. (2022). Relations between attachment, Identity and Borderline Personality Disorder symptom severity in male inpatients with alcohol use disorder. *Personality and Mental Health*, 16(4), 309-318. <https://doi.org/10.1002/pmh.1545>

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101. [http://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](http://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568-573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>

7. Anexos

Anexo 1. Tabla 1.

Criterios del Trastorno del Estrés Postraumático DSM – 5 -TR.

Criterios	Definición	Características
A	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más formas.	<ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o amigo4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático
B	Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumáticos que comienza después del suceso(s).	<ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s)3. Reacciones disociativas en las que el sujeto actúa como si se repetiese el suceso4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan un aspecto del suceso
C	Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s) que comienza tras el suceso.	<ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o asociados al suceso2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o asociados al suceso

- D Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s) que comienzan o empeoran después del suceso por dos o más características.
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo.
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias.
 4. Estado emocional negativo persistente.
 5. Disminución importante de interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- E Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático que comienza o empeora después del suceso, como se pone de manifiesta por dos o más características.
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuestas de sobresaltos exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño.
- F La duración de la alteración es superior a un mes.
- G La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Anexo 2. Tabla 2

Criterios del TEPT para el diagnóstico de TEPTc (OMS, 2020).

Criterios	Definición
A	Reexperimentación del evento traumático.
B	Evitación de las situaciones o recuerdos del acontecimiento.
C	Sensación permanente de amenaza en forma de hipervigilancia y/o reacción de sobresalto aumentada.

Anexo 3. Tabla 3.

Criterios de los trastornos de la organización del yo para el diagnóstico de TEPTc (OMS, 2020).

Criterios	Definición
A	Problemas de regulación del afecto.
B	Sentimiento respecto a uno mismo de estar disminuido, derrotado o sin valor, vergüenza, culpa o fracaso.
C	Dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de otras personas.

Anexo 4. Tabla 4

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad– Sección II (APA, 2021)

Criterios	Definición
1	Esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado.
2	Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistencia de la autoimagen y del sentido del yo.
4	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
5	Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o de conductas autolesivas.
6	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.
7	Sensación crónica de vacío.
8	Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.
9	Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Anexo 5. Tabla 5.

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad– Sección III (APA, 2022).

Criterios	Definición	Áreas / Rasgos
A	Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas.	<ol style="list-style-type: none">1. Identidad2. Autodirección3. Empatía4. Intimidad
B	Cuatro o más de los siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser impulsividad, la toma de riesgos o hostilidad.	<ol style="list-style-type: none">1. Labilidad emocional2. Ansiedad3. Inseguridad de separación4. Depresión5. Impulsividad6. Asunción de riesgos7. Hostilidad

Anexo 6. Tabla 6.*Impacto de las Revistas de los Estudios Incluidos en la Revisión Sistemática.*

<i>Autores</i>	<i>Revista</i>	<i>Impacto de la revista en el año de la publicación</i>	<i>Impacto de la revista en 2022</i>	<i>Revisión por pares</i>
Back, et al. (2022)	Journal of Neural Transmission.	Q2	Q2	Sí
Bendstrup et al., (2021)	Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.	Q1	Q1	Sí
Bernheim et al., (2022)	Frontiers in Human Neuroscience.	Q2	Q2	Sí
Blades, (2021)	Journal of Research in Psychology.	Q4	Q4	Sí
Buchheim et al., (2018)	Psychiatric Clinics of North America.	Q2	Q2	Sí
Corral & Díaz, (2019)	Revista CienciAmérica.	Q1	Q2	Sí
Dadomo et al., (2022)	Frontiers in Human Neuroscience.	Q2	Q2	Sí
Deborde et al., (2018)	Frontiers in Psychology.	Q1	Q2	Sí
Ehrenthal et al., (2018)	Journal of Personality Disorder.	Q1	Q2	Sí

Erkoreka et al., (2021)	Clinical Psychology and Psychotherapy.	Q1	Q1	Sí
Gander et al., (2023)	Research on child and adolescent psychopathology.	Q1	Q1	Sí
Godbout et al., (2018)	Psychological Trauma – Theory Research Practice and Policy.	Q1	Q1	Sí
Kartal et al., (2022)	Psychiatry Investigation. Psychiatry and Mental Health.	Q2	Q2	Sí
Khoury et al., (2020)	Journal of Personality Disorder.	Q1	Q2	Sí
Lee et al., (2023)	Development and Psychopathology.	Q1	Q1	Sí
Mertens et al., (2020)	Journal Elsevier.	Q1	Q1	Sí
Miljkovitch et al., (2018)	Frontiers in Psychology.	Q1	Q2	Sí
Newman – Morris et al., (2020)	Infant Mental Health Journal.	Q2	Q2	Sí
Obi-Obasi, et al., (2023)	Journal of Personality Disorder.	No publicado	Q2	Sí
Ortega et al., (2020)	Revista de Psiquiatría y Salud Mental.	Q2	Q1	Sí

Peng et al., (2020)	Anxiety and Depression Association of America.	Q1	Q1	Sí
Schulze et al., (2022)	Borderline Personality Disorder and Emotion.	Q1	Q1	Sí
Sekowski et al., (2022)	Dysregulation. Personality and Mental Health.	Q2	Q2	Sí
Skaug et al., (2022)	Journal of Psychopathology and Clinical Science.	Q1	Q1	Sí
Steel et al., (2020)	Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation.	Q1	Q1	Sí
Van Heel et al., (2019)	Journal of personality disorders.	Q1	Q2	Sí