

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t



ADSCRITA A LA **UAB**

CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

Escuela Universitaria de Enfermería

Gimbernat

Trabajo final de Grado

Curso académico 2015-2016

**ANÁLISIS DE LA LITERATURA CIENTÍFICA:
RELACIÓN ENTRE LOS TRAUMAS EN LA
INFANCIA Y EL DESARROLLO DEL
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Autores

Quim Ibáñez Castaño, Andrea Serrano Martínez

Tutor

Antonio Vaquerizo Cubero

Sant Cugat del Vallès, Junio 2016

INFERMERIA



escoles universitàries
g i m b e r n a t



ADSCRITA A LA **UIMB** CEI
CAMPUS D'EXCEL·LÈNCIA
INTERNACIONAL

ESCOLES UNIVERSITÀRIES GIMBERNAT

GRAU D'INFERMERIA

PRESENTACIÓ TREBALL FINAL DE GRAU

Nom i Cognoms autor/a: Quim Ibáñez Castaño & Andrea Serrano Martínez

Títol treball: Análisis de la literatura científica: Relación entre los traumas en la infancia y el desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad.

Nom i cognoms tutor: Antoni Vaquerizo Cubero

Autoritzo a que aquest sigui presentat el proper mes de juny de 2016

(signatura)

Sant Cugat del Vallès , 22 de Maig de 2016

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
- Generalidades del Trastorno Límite de la Personalidad.....	6
- Epidemiología, curso clínico y pronóstico.....	8
- Etiología.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	11
OBJETIVOS.....	12
METODOLOGÍA.....	13
- Diseño y búsqueda de fuentes de información.....	13
- Criterios de inclusión y exclusión.....	13
- Análisis de la calidad metodológica y selección de la literatura científica.....	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	21
LIMITACIONES.....	25
CONCLUSIONES.....	26
BILIOGRAFÍA.....	28
ANEXOS.....	36

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas que han estado a nuestro lado durante todo el proceso de realización de este trabajo. En especial a nuestros padres y familias, ya que sin ellos este proyecto no habría sido posible. También agradecer la atención de nuestro tutor que ha sido nuestro referente y que nos ha resuelto tantas dudas y nos ha guiado durante todo el proceso. Por último, a nuestros compañeros de universidad y de trabajo en el Centro de Salud Mental Benito Menni.

RESUMEN

Diversos autores han investigado la relación existente entre experiencias traumáticas durante la infancia y el desarrollo posterior de psicopatologías como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

El objetivo del estudio es verificar la relación existente entre los traumas sufridos en la infancia y el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en la edad adulta.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en Medline, con el objetivo de ofrecer una revisión actualizada, acotada a los últimos 5 años, de los estudios publicados en inglés y español sobre la relación existente entre los traumas en la infancia y posterior desarrollo del TLP, teniendo en cuenta el título, el impacto de los autores, los objetivos descritos en el resumen y los resultados expuestos. Finalmente se seleccionaron 20 publicaciones científicas.

Los resultados obtenidos sugieren que el trauma en la infancia no es una causa primaria del desarrollo del TLP, aunque sí se ha visto relación, de forma más significativa con el abuso emocional, considerándolo un factor de riesgo para el desarrollo de la sintomatología límite.

Se ha evidenciado que hacen falta más estudios para confirmar la relación entre traumas vividos en la infancia y desarrollo de TLP.

Palabras clave: Trastorno Límite Personalidad, Trauma infantil, Relación

ABSTRACT

Several authors have investigated the relationship between childhood trauma experiences and the subsequent development of psychopathology as the Borderline Personality Disorder (BPD).

This work aims to verify the relationship between the trauma suffered in childhood and the development of Borderline Personality Disorder (BDP) in adulthood.

A bibliographical exhaustive search was done in Medline, aiming to offer an updated revision, bounded to the five years of published studies in English and Spanish on the relationship between the childhood trauma and the development of BPD, taking into account the title, authors, objectives in the abstract and the results of the selected articles. Finally 20 scientific publications were selected.

These results suggest that childhood trauma is not a primary cause of BPD development, although it has been observed a relationship, most significantly with emotional abuse, being a risk factor for the development of the borderline symptoms.

It has been evidenced that more studies are needed to confirm the relationship between childhood trauma and development of BPD.

Key words: Borderline Personality Disorder, Childhood trauma, Relationship

INTRODUCCIÓN

- GENERALIDADES DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) es un manual que proporciona un formato para organizar y comunicar información clínica, captar la complejidad de las situaciones clínicas y describir la heterogeneidad de los individuos que presentan un mismo diagnóstico.

En él se incluyen los Trastornos de la Personalidad (TP), los cuales consisten en un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de cultura del sujeto; es un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, con inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y da lugar a un malestar o deterioro¹.

En función de las características similares de un trastorno o patología, los TP se dividen en 3 clusters (A, B y C). El clúster A lo conforman los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, siendo personas a las cuales se las considera de forma generalizada extrañas o excéntricas. El clúster B, se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista y generalizando, se consideran personas dramáticas y/o erráticas. El grupo C está compuesto por los trastornos de la personalidad dependiente, de evitación y obsesivo-compulsivos, considerándose a estas personas de forma generalizada como ansiosas y/o inhibidas¹.

En el siguiente trabajo analizaremos exclusivamente el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), incluido en el clúster B como hemos visto anteriormente.

El Trastorno Límite de la Personalidad, está definido como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen, con escaso control de impulsos¹.

Los criterios diagnósticos que se utilizan para su diagnóstico según el DSM-V vienen descritos a continuación:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

Para que un paciente sea diagnosticado de TLP, el clínico debe observar 5 de los 9 criterios diagnósticos expuestos anteriormente. Además de reunir este mínimo de 5 ítems, otro de los requisitos es que estas características limítrofes sean de larga duración (entendiendo como larga duración años), persistentes e intensas y que interfieran de manera importante en la calidad de vida de estas personas¹.

El conjunto de criterios diagnósticos para el TLP, da como resultado 151 - posibles y diferentes- combinaciones de criterios para realizar su diagnóstico. Ante esto, algunos modelos cognitivos proponen entender al TLP como un espectro en el que habría que distinguir pacientes con personalidad: a) límite evitativa/dependiente, b) límite histriónica/narcisista, y c) límite antisocial/paranoide².

- EPIDEMIOLOGÍA, CURSO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

Los estudios realizados en poblaciones clínicas han mostrado que dicho trastorno es el más frecuente, ya que entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastornos de la personalidad, padecen TLP. Según los datos, se estima que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios, entre el 18 y 32% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas y entre el 25 y 50% en la población reclusa³.

Respecto a la distribución por sexos, es más frecuente en mujeres, siendo un 75% más prevalente que en el género masculino¹. Cuando se realiza el diagnóstico, los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio³.

Existen pocos estudios sobre la prevalencia del TLP en personas jóvenes; afecta entre el 0,9 y 3% de la población comunitaria con menos de 18

años, entre el 22% en pacientes ambulatorios adolescentes y un 49% en adolescentes hospitalizados³.

En referencia al curso clínico, el TLP se caracteriza por su inestabilidad y variabilidad. Es posible que existan episodios de reagudización del trastorno, es decir, episodios de descontrol afectivo e impulsivo, que son los que corresponden con la demanda de atención sanitaria¹.

Estas crisis suelen caracterizarse por síntomas y conductas tales como autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, síntomas psicóticos transitorios y comportamientos impulsivos, como enfados y agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos y atracones o purgas, con importante carga afectiva³.

A pesar de que algunas de las conductas de sintomatología limítrofe acompañan a las personas que lo sufren a lo largo de su vida, se ha observado mediante estudios longitudinales en pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, que después de unos 10 años casi el 50% de las personas no presenta patrones que cumplan con los criterios de diagnóstico de la personalidad borderline¹.

En cuanto al pronóstico, la evolución de los pacientes con este trastorno es variable, con tendencia a la mejoría³. Zanarini et al, llevaron a cabo el seguimiento de 290 pacientes que cumplían con los criterios de TLP: en el 34,5% de los casos, la sintomatología había remitido a los 2 años, el 49,4% a los 4 años, el 68,6% a los 6 años y el 73,5% a lo largo de todo el seguimiento. Solo el 5,9% mostraron recaídas. En este seguimiento quedó plasmado que la sintomatología impulsiva tuvo la evolución más favorable, en especial las autolesiones. En segundo lugar, la sintomatología cognitiva y las relaciones interpersonales. Los síntomas que menor remisión mantuvieron fueron los afectivos⁴.

Dado que este estudio y otros como el de Biskin⁵ muestran que la intensidad sintomatológica, en general, termina por remitir con los años, se puede poner en entredicho la estabilidad de este diagnóstico en el

tiempo, debido a que los pacientes dejarían de cumplir los criterios diagnósticos³.

- ETIOLOGÍA

Tal como se describe en la Guía de Práctica Clínica del NICE⁶ las causas del TLP son complejas e indefinidas, y no se han podido reunir todas las hipótesis etiopatogénicas. Encontramos en la literatura diversos factores que pueden estar implicados en la etiología del TLP.

Estos son: vulnerabilidad genética, alteración de los neurotransmisores y disfunción neurobiológica de la regulación emocional y el estrés, factores psicosociales; y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, concretamente, del proceso de apego⁶.

Estos determinantes etiológicos del TLP no son suficientemente relevantes debido a su poca investigación empírica que avale su contribución de cada uno de ellos en la aparición del trastorno³.

Algunos autores como Siever, Torgersen et al, resaltan la importancia de los rasgos genéticos de la personalidad⁷ y su papel como factores de riesgo o protectores respecto a la sensibilidad al contexto⁸.

Otros han relacionado la sintomatología límite con relaciones de apego temprano^{11, 12, 13}. Otros autores, como veremos más adelante, destacan una alta prevalencia de trauma temprano grave y crónico entre los pacientes con sintomatología límite¹⁴.

Diversos estudios han analizado la comorbilidad existente entre el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT) y el TLP^{15, 16}. Otro trastorno que se encuentra frecuentemente comórbido al TLP resulta el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)^{17, 18}. Estos dos trastornos respaldan la causalidad entre trauma en la infancia y desarrollo de TLP.

Después de analizar la etiología del TLP, nuestro trabajo se basará en la revisión de la evidencia empírica de la relación entre los traumas en la infancia y los síntomas límite.

JUSTIFICACIÓN

Hemos escogido el tema de la relación entre los traumas vividos en la infancia y posterior desarrollo de TLP debido a que ambos autores del estudio trabajamos en el ámbito de la Salud Mental y tras conocer las diferentes patologías existentes, la que nos suscitaba más interés era el Trastorno Límite de la Personalidad.

Uno de los datos que más nos hizo decantarnos por esta patología fue su alta prevalencia en relación a los demás Trastornos de la Personalidad (30-60%) y su alta demanda de atención sanitaria.

El paciente con TLP usa los servicios de salud mental más que los otros grupos de pacientes de este ámbito (a excepción de los pacientes con esquizofrenia), y representa el 10% de las consultas en centros ambulatorios de salud mental y en torno al 15-20% de los pacientes ingresados³.

Al realizar una búsqueda en relación al TLP, uno de los aspectos que más nos llamó la atención fue la disparidad en cuanto a los estudios que tratan los factores etiológicos del trastorno. Este hecho nos hizo centrar nuestro estudio, finalmente, en la relación existente entre los traumas sufridos en la infancia y el posterior desarrollo de TLP.

OBJETIVOS

- **General:**

Verificar la relación existente entre los traumas sufridos en la infancia y el desarrollo de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en la edad adulta.

- **Secundarios:**

Analizar el tipo de maltrato infantil prevalente en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Identificar los principales trastornos de personalidad que también guardan relación con la vivencia de traumas en la infancia.

METODOLOGÍA

Diseño y búsqueda de fuentes de información

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica realizando una primera búsqueda exhaustiva, entre los meses de septiembre y diciembre de 2015, y se seleccionaron aquellas publicaciones centradas en los traumas vividos durante la infancia y el posterior desarrollo de TLP acotando a los últimos 5 años. Se consultó la base de datos Medline, utilizando los siguientes descriptores Mesh: “Borderline Personality Disorder” AND “Childhood trauma”.

Por otra parte, se utilizó el buscador Google Académico para la localización de información adicional y relevante, debido a que tras el cribado de la selección de artículos de Medline las publicaciones seleccionadas no eran suficientes para la realización del análisis. Los términos y texto libre que se utilizaron fueron: “Trastorno Límite de la Personalidad”, “TLP”, “Trastorno Limítrofe”, “Trastorno Borderline”, “trauma infantil”, “trauma temprano”, “traumatización temprana”, “maltrato infantil”, “Trastorno Límite de la Personalidad relacionado con traumas infantiles”. Sólo fueron utilizados aquellos estudios que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación.

Criterios de inclusión y exclusión

Se revisaron los resultados de cada búsqueda y solo se incluyeron artículos en español o inglés.

Primera fase

- **Criterios de inclusión:**

En una primera fase, los criterios de inclusión seleccionados fueron el título, seleccionando aquellos que fueran específicos y se adaptaran a nuestros criterios de búsqueda; el impacto de los autores; el año,

seleccionando aquellos con fecha de publicación posterior a 2010; el resumen, que incluyera el objetivo de esta revisión y los resultados, que aportaran datos representativos para las conclusiones de nuestra revisión.

- **Criterios de exclusión:**

Se excluyeron todos los artículos que no cumplían con los criterios de inclusión, es decir, aquellos en el que el título no fuera específico y adaptado a nuestros criterios de búsqueda, cuya fecha de publicación fuera anterior a 2010, aquellos en los que el resumen no incluía el objetivo de esta revisión y aquellas en los que los resultados fueran inconcluyentes.

Segunda fase

La segunda fase que realizamos para incluir o excluir un artículo, consistió en la lectura crítica del documento completo, que realizamos en el apartado descrito a continuación.

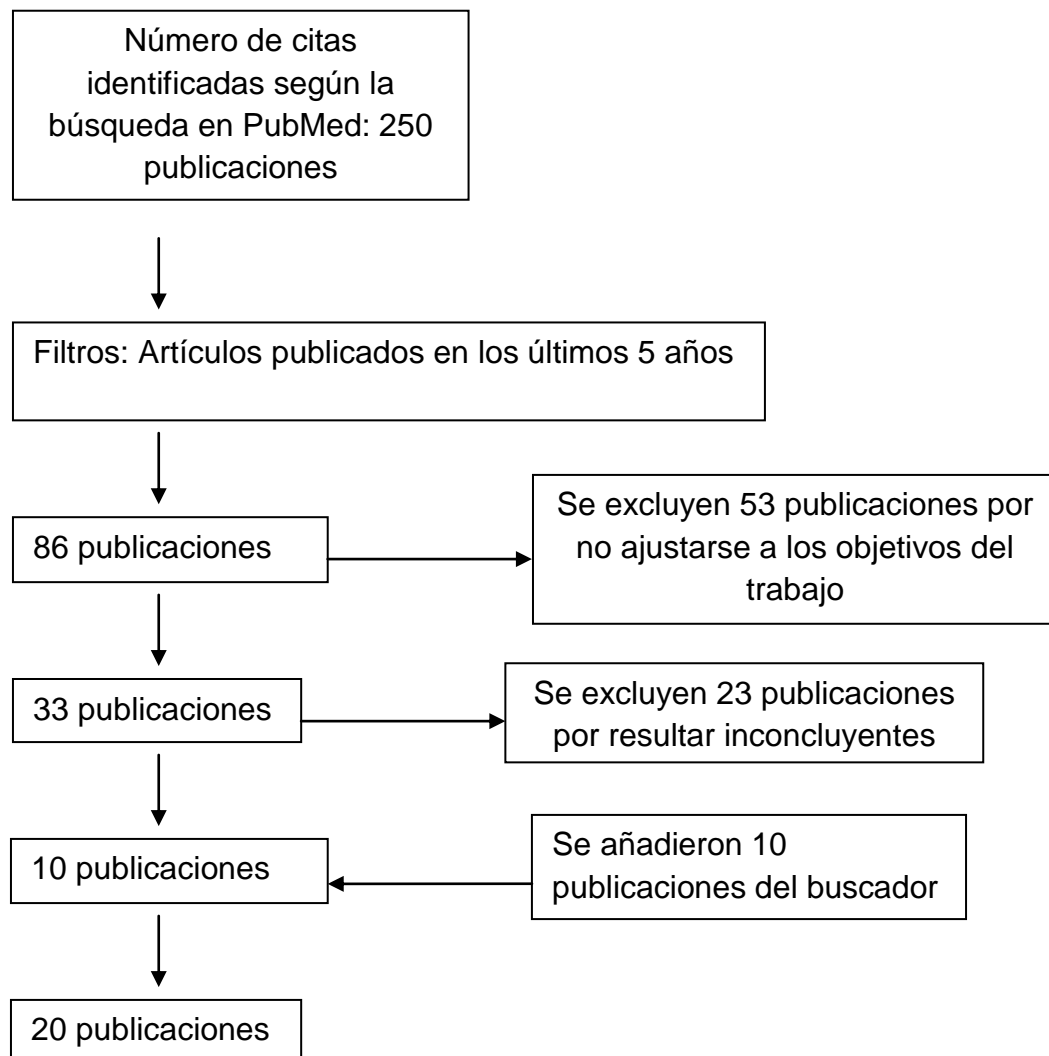
Análisis de la calidad metodológica y selección de la literatura científica

Para realizar de forma exhaustiva y completa la revisión de los artículos, destacamos los siguientes puntos a tener en cuenta a la hora de realizar dicho análisis¹⁸:

- Identificación de las características del artículo
- Literatura contemplada
- Metodología de la investigación
- Análisis de resultados
- Discusión e implicaciones
- Conclusiones y comentarios finales

El proceso de selección bibliográfica se describe en la Figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo de los estudios recuperados



Se identificaron 250 publicaciones en la base de datos Medline, según los términos de búsqueda introducidos. Se excluyeron todas aquellas publicaciones que no fueran publicadas en los últimos cinco años. Una vez valorados los resúmenes de las publicaciones encontradas, se excluyeron 53 artículos por no ajustarse a los objetivos del trabajo. De las 33 publicaciones restantes se excluyeron 23 artículos por resultar inconcluyentes. Tras esta selección, se incluyeron 10 artículos más del buscador Google Scholar. Finalmente, el número de artículos para la realización de la revisión bibliográfica fue de 20 publicaciones.

RESULTADOS

Descripción de los estudios seleccionados

El presente estudio cuenta con el análisis de 20 artículos seleccionados, siendo 13 publicaciones de investigación, 5 revisiones bibliográficas y 2 estudios descriptivos. Los estudios seleccionados se describen a continuación, dispuestos bajo orden cronológico y siendo el último de éstos el más cercano a la actualidad.

En el año 2010, Pereda¹⁹ en su revisión bibliográfica, confirma la relación entre abuso sexual infantil y el desarrollo posterior de varios tipos de problemas, entre los que se destaca el TLP (entendido como problema emocional).

Este mismo año, Lobbesteal²¹ realiza un estudio en el que encuentra que el abuso sexual, el abuso emocional y la negligencia emocional están asociados con el TLP. Dicha asociación, sugiere la importancia del maltrato emocional en estos pacientes. Los resultados de estos tipos de maltrato y el TLP fueron los más significativos de la muestra en relación con otros trastornos de personalidad también analizados.

También el año 2010 Kingdon²⁸ realiza un estudio con una muestra de 111 pacientes, 59 diagnosticados de esquizofrenia, 33 con TLP y 19 con ambas patologías. Éste señala que aquellas personas con TLP exclusivo y TLP y esquizofrenia comórbido refirieron más trauma en la infancia especialmente abuso emocional. Los resultados sugieren que todos los tipos de maltrato guardan más relación con el TLP que con otro trastorno como la esquizofrenia.

La revisión bibliográfica de Mosquera¹⁴, intenta demostrar que el trauma puede ser considerado un factor causal en el desarrollo del TLP, como parte de un modelo etiológico multifactorial. La interrelación de las posibles causas del TLP puede ser compleja y diferente en cada caso, por eso hay que tener en cuenta en qué grado influencia cada uno de los

factores (como por ejemplo el trauma infantil) en cada caso ya que es relevante para planificar un tratamiento integral individualizado de estos pacientes.

En su siguiente revisión bibliográfica en 2011, Pereda et al²⁰, señalan que no se asocia el TLP con ninguna forma específica de maltrato infantil, aunque el abuso sexual infantil es un factor predictor muy potente de la sintomatología límite. Resalta que existen otras experiencias infantiles y múltiples variables implicadas, principalmente la gravedad del abuso experimentado, que exigen el desarrollo de modelos etiológicos multifactoriales.

Van Dijke et al³⁰, analizan la asociación de los traumas infantiles en un estudio con 472 pacientes adultos psiquiátricos, 120 diagnosticados de TLP, 159 de trastorno somatomorfo y ambos diagnósticos 129 pacientes, y un grupo control de 64 personas. El TLP se asoció con el trauma emocional sufrido por los cuidadores principales en todas las épocas del desarrollo de la infancia y se asoció con la baja regulación de afecto.

El mismo autor en 2012³¹, siguiendo las mismas líneas de investigación, obtiene que el trauma en la infancia es un factor prevalente entre los pacientes psiquiátricos, siendo el TLP el más prevalente. El trauma desencadenado por el cuidador principal se da por defecto y exceso de la regulación emocional.

El mismo año, Hughes et al³⁴, concluyen que a pesar de que un gran número de personas con TLP refieren una historia de negligencia o abuso en la infancia, no está claro que el abuso sea un antecedente necesario para desarrollar posteriormente TLP aunque sí que es una clara amenaza, en caso de negligencia o abuso, que el desarrollo "normal" se vea amenazado. Aun así, es importante conocer estas historias de maltrato para entender esta patología.

En el año 2013, Roepke et al²⁹, realizan su revisión bibliográfica, en la que destacan que el abuso o negligencia física y especialmente el abuso sexual son factores de riesgo específicos en el desarrollo de TLP.

El mismo año, Zhang et al³³, realizan una investigación, en la que utilizaron una muestra de 2090 sujetos, de alto riesgo, de un centro de salud mental de Shanghai, con el objetivo de determinar la prevalencia y diversos tipos de perfil de maltrato infantil, utilizando herramientas de evaluación como el Child Trauma Questionnaire (CTQ). Los resultados indicaron que existe una alta prevalencia de negligencia emocional (44,4%) y abuso sexual (22,5%) en pacientes con TLP, reflejando así la alta prevalencia de experiencias de maltrato infantil en pacientes clínicos, con TLP.

Siguiendo las mismas líneas de estudio, en 2013 Westphal et al²⁶, realizan un estudio en el que la muestra con TLP refirió haber sufrido más trauma en la infancia que la muestra no clínica (29,8% frente al 6,5%). Afirman que los pacientes que refieren haber sufrido algún trauma tienen 8 veces más probabilidades de desarrollar TLP que los que no han sufrido maltrato en la infancia.

En cambio, Berenz et al²⁷, en 2013, realizan otro estudio ya que no consideraban clara la relación establecida entre los traumas infantiles y el desarrollo de TLP. Éstos indican la posibilidad de que esta relación se deba a factores familiares comunes. Los resultados de su estudio indicaron que la exposición a eventos traumáticos en la infancia se asocia de forma poco significativa con los trastornos de personalidad, aunque con el que más se relaciona es con el TLP. A pesar que se asocia con el TLP, el maltrato en la infancia no parece ser un factor clave para su desarrollo.

Además, Frewen et al³², en el año 2014, confirmaban que una historia de maltrato infantil supone un factor de riesgo para desarrollar TLP. El riesgo

de sufrir TLP se incrementa 6 veces en personas con historias de abuso sexual vivido en la infancia.

Apoyando la gravedad de las consecuencias que el maltrato infantil puede ocasionar, Martin-Blanco et al²⁵, realizan un estudio con una muestra de 100 participantes con TLP, en el que evalúan la relación entre el maltrato infantil y rasgos temperamentales con el desarrollo de TLP. Los resultados indican que aproximadamente el 70% de la muestra clínica refirió alguna forma de abuso o negligencia. Además confirman que el abuso emocional infantil tiene relación no solo con el desarrollo del TLP sino también con su severidad.

Por otro lado Carvalho et al²⁴, en su estudio realizado el mismo año, confirman que el abuso particularmente emocional, aumenta el riesgo de desarrollo de la sintomatología del TLP.

Cáceres²², describe que existe una mayor frecuencia de trauma infantil en pacientes con trastorno de personalidad limítrofe, en comparación con pacientes que sufren depresión y esquizofrenia. Además existe el doble de probabilidad de cometer intento suicida entre aquellos pacientes que presentaron tres o más eventos traumáticos respecto a aquellos sin dicho antecedente.

Para Ford et al³⁵, un 75% de personas con TLP refieren haber sufrido historias de maltrato por parte de su cuidador principal en la infancia (negligencia, abuso, anulación o deterioro). Muchas de ellas sufren TEPT comórbido y trastorno disociativos, pero señala que es importante que en la práctica clínica, se diferencien los diagnósticos.

En 2015, Kuo et al²³, destacan que entre las diferentes formas de abuso infantil, el abuso emocional específicamente tiene un papel fundamental en el desarrollo de la patología TLP, aunque corroboran que también existe asociación con el abuso sexual y físico infantil.

Prades y Romero³⁶, pretenden explorar los tipos de apego en adultos con diagnóstico de TLP, en especial los estilos ambivalentes y desorganizados, y como éstos tienen que ver con ciertas características sintomáticas. En su estudio, tratan de rastrear la relación entre el apego desorganizado y el trauma en la infancia. Para ello, la muestra del estudio estuvo formada por 31 personas (9 varones y 22 mujeres), de edades entre veinte y sesenta años y con diagnóstico clínico de TLP. Los resultados indican una falta de apego, que tiene su origen en las experiencias traumatizantes y carenciales vividas en la infancia, ya que las figuras paternas son decisivas en la construcción de las experiencias relacionales de “amor” en los niños; de ahí la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo del apego y las relaciones.

Finalmente, Elices et al.³⁷ realiza un estudio en el que evalúa la relación entre el maltrato infantil y rasgos temperamentales con en el TLP. En el estudio se incluyeron 100 participantes con TLP. Sus resultados proporcionan evidencia preliminar de los efectos de los rasgos temperamentales y el trauma de la infancia en las capacidades de atención en individuos TLP. Hacen falta más estudios que evidencien el impacto de traumas sufridos en la infancia y desarrollo de TLP.

Las tablas de resultados se adjuntan en el anexo 1 y 2.

DISCUSIÓN

La asociación del trauma en la infancia y el desarrollo de TLP ha sido estudiada por diversos autores.

A lo largo de la realización de este trabajo, hemos observado que el maltrato en edades tempranas, puede generar consecuencias psicopatológicas durante la edad adulta. Entendemos que es un tema complejo y creemos necesario identificar los diferentes tipos de maltrato, para destacar aquellos que más se asocian con el TLP.

En los estudios utilizados para la revisión, los traumas sufridos durante la infancia se analizan mediante la escala Childhood Trauma Questionnaire, que analiza de forma retrospectiva cinco subescalas agrupando así los diferentes tipos de trauma:

- **Abuso sexual**, cualquier contacto o conducta sexual entre un menor de 18 años y un adulto o persona mayor;
- **Abuso físico**, agresiones corporales de un adulto a un menor de 18 años, que suponga un riesgo de o resulte lesionado o herido;
- **Abuso emocional**, agresión verbal, humillación o comportamiento degradante dirigido hacia un menor de 18 años por un adulto;
- **Negligencia física**, el fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades físicas básicas del niño (alimentación, vivienda, vestimenta, seguridad y asistencia sanitaria);
- **Negligencia emocional**, el fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, incluyendo el amor, el apoyo y la crianza.

El artículo de revisión bibliográfica de Pereda en 2010¹⁹, agrupa los resultados de las consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil en distintas problemáticas: Emocionales (Dentro del cual encontramos el TLP), De relación (relaciones inestables), De conducta y adaptación social (conductas impulsivas como la delincuencia), Funcionales (trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia) y Sexuales (promiscuidad);

siendo estos otros problemas muy similares a los criterios diagnósticos de la sintomatología límite. Esto nos confirma la relación entre la experiencia de abuso sexual y el TLP.

Posteriormente, en 2011, la misma autora realiza otro artículo²⁰, en el que ofrece una revisión actualizada de los artículos publicados a nivel internacional sobre los diferentes trastornos de la personalidad (TP) en víctimas de abuso sexual infantil, agrupando los resultados en los diferentes clústers. Según la bibliografía revisada en este artículo, se manifiesta que al igual que otros trastornos el TLP no se asocia con ninguna forma específica de maltrato infantil, aunque el abuso sexual infantil es un factor predictor muy potente de la sintomatología límite. A pesar de esto, se ha visto que existe un mayor porcentaje de abuso sexual infantil en personas con TLP que en otros TP.

Otros autores²² constatan el abuso sexual infantil como un importante factor de riesgo para el desarrollo de TLP que a su vez se relaciona con mayor riesgo de depresión y/o conducta suicida. Sin embargo otros autores^{27,34} consideran que el abuso sexual infantil no es un requisito necesario ni suficiente para el desarrollo de este trastorno ya que se deben tener en cuenta múltiples variables implicadas y otras experiencias infantiles que exigen el desarrollo de modelos etiológicos multifactoriales.

El análisis de estos tipos de maltrato depende mucho de la muestra, y los resultados varían dependiendo del estudio. En el estudio de Zhang et al³³, con una muestra de 2090 sujetos analizaban qué tanto por ciento de cada tipo de trauma habían sufrido los pacientes TLP. Encontraron una alta prevalencia de negligencia emocional (44,4%) y abuso sexual (22,5%).

En cambio en la investigación de Kigndon et al²⁸, la muestra fue de 111 sujetos y los resultados fueron que el 92% de los pacientes TLP había sufrido abuso emocional, el 75% negligencia emocional, el 66% abuso sexual y el 52% abuso físico. A diferencia de Elices³⁷, donde los resultados en su muestra de 100 personas con TLP fueron abuso

emocional (63%), negligencia emocional (51%), abuso sexual (45%), negligencia física (35%) y abuso físico (20%).

Sin embargo, si agrupamos la tipología de traumas, diversos estudios señalan que hasta el 70% aproximadamente de pacientes diagnosticados de TLP refieren como antecedente haber sufrido algún trauma infantil⁵. Además, es más común encontrar pacientes que han sufrido diversos tipos de maltrato infantil, que un único tipo^{22,26}, por lo tanto analizarlos de forma conjunta resulta más significativo para nuestro trabajo.

A pesar de esto, diversos autores que han estudiado el maltrato infantil de forma general coinciden en la enfatización del abuso emocional infantil en pacientes TLP^{21,23,24,25,30,33,36,37}. Analizando estas publicaciones, la mayoría de autores comentan que el abuso emocional se asocia de forma específica con la sintomatología característica de las personas TLP (esfuerzos para evitar el abandono real o imaginado, relaciones interpersonales inestables, inestabilidad afectiva, etc) debido a que éste tipo de traumas se asocian con la incapacidad de saber gestionar las emociones y/o con la gestión disfuncional de éstas³⁷.

Otros autores han investigado la relación del trauma infantil con diferentes patologías psiquiátricas, como otros TP, la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno somatomorfo o el trastorno por estrés postraumático; aunque todos ellos han hallado mayor asociación con el TLP^{14,22,24,28,32,35}. En el estudio de Cáceres²² en concreto, se analizó la relación de traumas infantiles comparando entre pacientes con TLP, Depresión Mayor y Esquizofrenia y la prevalencia de intentos suicidas. Los resultados mostraron que existe una mayor frecuencia de traumas infantiles en pacientes con TLP en comparación con las otras dos patologías estudiadas. Además, encontraron una mayor asociación estadísticamente significativa entre intento suicida y pacientes TLP con antecedente de traumas infantiles.

En contraposición a la mayor parte de la bibliografía analizada, existen algunos autores que indican que la relación entre los traumas infantiles y el desarrollo de TLP no es significativa. Berenz²⁷ por una parte encuentra que el trauma infantil no es un factor clave en el desarrollo del TLP y por otra parte, Hughes³⁴, no considera el maltrato infantil como un antecedente necesario para la patología TLP.

LIMITACIONES

El volumen de publicaciones incluidas es reducido pero se ajustó al máximo, según el tipo de diseño escogido para la realización del estudio, ya que se disponía de un tiempo reducido para llevarlo cabo, fue desarrollado únicamente por dos autores y no se dispuso de ciertos recursos para la recuperación de publicaciones de acceso limitado.

Además, el tema escogido adquirió especial relevancia años atrás, es decir, los artículos más importantes no han podido ser incluidos en nuestra búsqueda que se acota a los últimos cinco años.

Habiendo revisado los artículos, encontramos que al analizar en la muestra los traumas infantiles, muchas de las publicaciones no tienen en cuenta la resiliencia (aquellos recursos infantiles que les permiten a los niños retomar su desarrollo a pesar de haber sufrido maltrato o negligencia)⁴¹, de forma que se da por hecho que estos eventos desencadenarán problemas en todos los casos.

Por último, añadir que el estudio retrospectivo del trauma ha supuesto en alguno de los estudios revisados una limitación ética que no ha permitido profundizar lo suficiente para extraer resultados concluyentes para ser utilizados en nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

El trauma en la infancia representa un problema grave debido a las consecuencias que conlleva, destacando en el caso de este trabajo, los posibles problemas psicopatológicos que se pueden desarrollar a posteriori.

Los estudios revisados en el presente trabajo muestran que el haber sufrido maltrato en edades tempranas constituye un factor de riesgo en el posterior desarrollo en la edad adulta de TLP, aunque no debe considerarse una causa primaria ya que las historias de abuso tienden a coexistir con otros factores de riesgo para el TLP.

Como se ha visto, el TLP está constituido por un modelo etiológico multifactorial, donde uno de los factores puede ser la vivencia de experiencias traumáticas durante la infancia (entre otros, como los factores neurobiológicos, genéticos, psicosociales, etc.) que puede afectar en mayor o menor medida en el posterior desarrollo del trastorno. Esto incluye que estas vivencias de maltrato o abuso en edades tempranas puedan ser olvidadas por la persona que lo ha sufrido posteriormente y no influyan en tanta medida en el posterior desarrollo de la patología.

Otros aspectos a tener en cuenta a la hora de analizar esta relación sería la gravedad, la cantidad y la tipología de los maltratos sufridos ya que se ha demostrado que afectaría de forma variable en la sintomatología del TLP. Es decir, la gravedad del trauma sufrido será directamente proporcional a la severidad de la sintomatología del TLP.

En cuanto a la cantidad de traumas vividos, se ha evidenciado que la mayoría de personas con TLP han sufrido diferentes tipos de maltrato o abuso en la infancia, encontrar casos de un solo tipo de maltrato aislado es menos frecuente.

En relación a la tipología, tras la realización del análisis de la literatura, se ha evidenciado que el tipo de maltrato que presenta más prevalencia,

entre los pacientes TLP con experiencia de trauma infantil, es el abuso emocional. En el análisis de estudios longitudinales, se ha visto que la tipología de traumas sufridos se relacionará con la sintomatología de forma específica. De esta manera, el abuso emocional repercutirá en la sintomatología de carácter afectivo (como la inestabilidad emocional, sensación de abandono, etc.), en el caso de maltrato físico la incidencia se dará en conductas autolíticas, ira descontrolada, peleas recurrentes, etc.

Se ha evidenciado que otros TP, como los del clúster A o C, no presentan con tanta frecuencia investigación empírica asociándose al maltrato infantil, probablemente debido a que su prevalencia no es tan alta como la de los trastornos del grupo B, al que pertenece el TLP.

A pesar de la literatura hallada para la realización del presente trabajo, y de haber dado respuesta a nuestras hipótesis, consideramos necesario un mayor número de estudios para clarificar el impacto de las experiencias traumáticas infantiles relacionadas con el TLP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Skodol A. Trastornos de la personalidad. In: Panamericana EM, editor. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ª Edición ed. Madrid: American Psychiatry Association; 2014. p. 663-6.
2. Salgado M. Dificultades en la atención del paciente con trastorno límite de la personalidad en la internación psiquiátrica. Un caso de estudio. En: VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Acta Académica [Internet] Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2014 [citado el 27/09/2015]. 127-131. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-035/198.pdf>
3. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS, coordinadores. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Libro en Internet]. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011 [citado el 27/09/2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_482_Trastorno_Limite_Personalidad.pdf
4. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. Am J Psychiatry [revista en Internet] 2003 [citado el 30/09/2015];160(2): 274-83. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
5. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry [revista en Internet] 2015 [citado el 09/10/2015]; 60(7):303-8. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4500179/pdf/cjp-2015-vol60-july303-308.pdf>

6. National Collaborating Centre for Mental Health. Borderline Personality Disorder: treatment and management [Internet]. London (United Kingdom): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2009 [citado el 13/10/2015]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
7. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. Biol Psychiatry [revista en Internet]. 2002 [citado el 20/10/2015]; 51(12): 964-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/11311380_The_Borderline_Diagnosis_III_Identifying_Endophenotypes_for_Genetic_Studies
8. Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, et al. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. J Pers Disord [revista en Internet]. 2007 [citado el 24/10/2015]; 21(4): 442-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4467781/>
9. Bakermans-Kranenburg MJ, van IMH. The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. Attach Hum Dev [revista en Internet]. 2009 [citado el 29/10/2015]; 11(3): 223-63. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/24440045_van_IJzendoorn_MH_Bakermans-Kranenburg_MJ_The_first_10_000_Adult_Attachment_Interviews_distributions_of_adult_attachment_representations_in_clinical_and_non-clinical_groups_Attach_Hum_Dev_11_223-263
10. Newman LK, Harris M, Allen J. Neurobiological basis of parenting disturbance. Aust N Z J Psychiatry [revista en Internet]. 2011 [citado el 20/11/2015]; 45(2): 109-22. Disponible en: <http://www.brazelton-institute.com/abinitio2010/art4.html>

11. Mosquera D, Gonzalez A, Leeds AM. Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* [revista en Internet] 2014 [citado el 27/11/2015];1:15. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579498/pdf/40479_2014_Article_14.pdf
12. Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, Carpenter LL. Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res* [revista en Internet]. 2009 [citado el 02/12/2015]; 165(3): 281-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671800/>
13. Scott LN1, Kim Y, Nolf KA, Hallquist MN, Wright AG, Stepp SD et al. Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology. *J Pers Disord* [revista en Internet] 2013 [citado el 10/12/2015]; 27(4): 473-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3723709/pdf/nihms456273.pdf>
14. Mosquera D, González A, Van der Hart O. Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Persona* [revista en Internet] 2010 [citado el 15/12/2015]; 10-36. Disponible en: <http://docplayer.es/8623707-Trastorno-limite-de-personalidad-trauma-en-la-infancia-y-disociacion.html>
15. Scheiderer EM, Wood PK, Trull TJ. The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* [revista en Internet]. 2015 [citado el 20/12/2015]; 2: 11. Disponible en: <http://bpded.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40479-015-0032-y>

16. Philipsen A, Limberger MF, Lieb K, Feige B, Kleindienst N, Ebner-Priemer U, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. Br J Psychiatry [revista en Internet]. 2008 [citado el 10/01/2016]; 192 (2): 118-23. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/192/2/118.full-text.pdf+html>
17. Speranza M, Revah-Levy A, Cortese S, Falissard B, Pham-Scottet A, Corcos M. ADHD in adolescents with borderline personality disorder. BMC Psychiatry [revista en Internet] 2011 [citado el 13/01/2016]; 11:158. Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-158>
18. Garcés Cano JE, Duque Oliva EJ. Metodología para el análisis y la revisión crítica de artículos de investigación. INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales [revista en Internet] 2007 [citado el 25/01/2016]; 17:184-194. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802912>
19. Pereda N. Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. Papeles del Psicólogo [revista en Internet] 2010 [citado el 31/01/2016]; 31(2):191-201. Disponible en: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1846.pdf>
20. Pereda N, Gallardo-Pujol D, Jiménez Padilla R. Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. Actas Españolas de Psiquiatría [revista en Internet] 2011 [citado el 05/02/2016]; 39(2):131-139. Disponible en: <http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/13/70/ESP/13-70-ESP-131-139-359461.pdf>
21. Lobbsteal J, Arntz A, Bernstein DP. Disentangling the relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders. J Pers Disord [revista en Internet] 2010 [citado el 08/02/2016]; 24:285-95. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44670747_Disentangling_t

[The Relationship Between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders](#)

22. Cáceres Taco E, Vásquez Gómez F. Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia. Revista de Neuro-Psiquiatría [revista en Internet] 2014 [citado el 10/02/2016]; 76(4). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/1175/1207>
23. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. Child Abuse Negl [revista en Internet] 2015 [citado el 14/02/2016]; 39:147-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.08.008>
24. Carvalho Fernando S, Beblo T, Schlosser N, Terfehr K, Otte C, Lowe B, et al. The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. J Trauma Dissociation [revista en Internet] 2014 [citado el 16/02/2016]; 15(4):384-401. Disponible en: [http://www.cog.psy.ruhr-uni-bochum.de/papers/2014/Carvalho%20Fernando_Trauma&EmotRegul_JTD\(2014\).pdf](http://www.cog.psy.ruhr-uni-bochum.de/papers/2014/Carvalho%20Fernando_Trauma&EmotRegul_JTD(2014).pdf)
25. Martin-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Perez V, et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. Compr Psychiatry [revista en Internet] 2014 [citado el 18/02/2016]; 55(2):311-8. Disponible en: <http://download.springer.com/static/pdf/657/art%253A10.1186%252Fs12888-015-0573-z.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fbmcp psychiatry.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2Fs12888-015-0573->

[z&token2=exp=1459102338~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F657%2Fart%25253A10.1186%25252Fs12888-015-0573-z.pdf*~hmac=ced3e19dbda9fd996a2ca85f35825f4facc0fe09629049126d4627731fe5f6c1](https://www.researchgate.net/publication/259152366_Borderline_Personality_Disorder_Exposure_to_Interpersonal_Trauma_and_Psychiatric_Comorbidty_in_Urban_Primary_Care_Patients)

26. Westphal M, Olfson M, Bravova M, Gameroff MJ, Gross R, Wickramaratne P, et al. Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients. *Psychiatry [revista en Internet]* 2013 [citado el 28/02/2016]; 76(4):365-80. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259152366_Borderline_Personality_Disorder_Exposure_to_Interpersonal_Trauma_and_Psychiatric_Comorbidty_in_Urban_Primary_Care_Patients
27. Berenz EC, Amstadter AB, Aggen SH, Knudsen GP, Reichborn-Kjennerud T, Gardner CO, et al. Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis. *J Abnorm Psychol [revista en Internet]* 2013 [citado el 03/03/2016]; 122(4):1070-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992260/pdf/nihms554921.pdf>
28. Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, et al. Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis [revista en internet]* 2010 [citado el 11/03/2016]; 198(6):399-403. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/44656839_Schizophrenia_and_Borderline_Personality_Disorder_Similarities_and_Differences_in_the_Experience_of_Auditory_Hallucinations_Paranoia_and_Childhood_Trauma
29. Roepke S, Vater A, Preissler S, Heekeren HR, Dziobek I. Social cognition in borderline personality disorder. *Front Neurosci [revista en Internet]* 2013 [citado el 15/03/2016]; 6:195. Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543980/pdf/fnins-06-00195.pdf>

30. van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, Van Son MJ, Van der Heijden PG, Buhning M. Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *Eur J Psychotraumatol* [revista en Internet] 2011 [citado el 22/03/2016]; 2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3402130/pdf/EJPT-2-5628.pdf>
31. Van Dijke A. Dysfunctional affect regulation in borderline personality disorder and in somatoform disorder. *Eur J Psychotraumatol* [revista en Internet] 2012 [citado el 26/03/2016]; 3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3443400/pdf/EJPT-3-19566.pdf>
32. Frewen P, Kleindienst N, Lanius R, Schmahl C. Trauma-related altered states of consciousness in women with BPD with or without co-occurring PTSD. *Eur J Psychotraumatol* [revista en Internet] 2014 [citado el 27/03/2016]; 5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138496/pdf/EJPT-5-24863.pdf>
33. Zhang TH, Chow A, Wang LL, Yu JH, Dai YF, Lu X, et al. Childhood maltreatment profile in a clinical population in China: a further analysis with existing data of an epidemiologic survey. *Compr Psychiatry* [revista en Internet] 2013 [citado el 30/03/2016]; 54(7):856-64. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144995/pdf/nihms-621370.pdf>
34. Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory. *Journal of Abnormal Child Psychology* [revista en Internet] 2012 [citado el 31/03/2016]; 40(1):21-33.

- Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3269568/>
35. Ford JD, Courtois CA. Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* [revista en Internet] 2014 [citado el 31/03/2016]; 1:9. Disponible en:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4579513/pdf/40479_2014_Article_9.pdf
36. Prades Causera I, Romero Peris M. Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad. *Redes Digital* [revista en Internet] 2015 [citado el 02/04/2016]; 32:59-70. Disponible en:
<http://redesdigital.com/index.php/redes/article/view/28/108>
37. Elices M, Pascual JC, Carmona C, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Ruiz E et.al. Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* [revista en Internet] 2015 [citado el 07/04/2016]; 15:180. Disponible en:
<http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0573-z>
38. Morelato G. Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia. *Pensamiento Psicológico* [revista en Internet] 2011 [citado el 09/04/2016]; 17(9):83-96. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a08.pdf>

ANEXO

Tabla 1: Cuadro de artículos incluidos en los resultados.

TÍTULO	AUTOR/ANO	DISEÑO	ANÁLISIS EN RELACION A LOS OBJETIVOS	CUMPLE CRITERIOS INCLUSIÓN
Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil	Pereda, 2010	Revisión bibliográfica	Confirma relación entre experiencia de abuso sexual y desarrollo de una diversidad de problemas: Emocionales (Dentro del cual encontramos el TLP) De relación (relaciones inestables), De conducta y adaptación social (conductas impulsivas como la delincuencia), Funcionales (trastornos de la conducta alimentaria como la bulimia) y Sexuales (promiscuidad); Siendo estos últimos muy similares a la sintomatología límite.	SI
Untangling the relationship between Different Types of Childhood Maltreatment and Personality Disorders	Lobbestael et al. 2010	Diseño de investigación	El abuso sexual, el abuso emocional y la negligencia emocional están asociados con el TLP. Esto sugiere la importancia del maltrato emocional en estos pacientes. Los resultados de estos tipos de maltrato, y el TLP fueron los más significativos de la muestra en relación con otros trastornos de personalidad también analizados.	SI
Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma	Kingdon et al. 2010	Diseño de investigación	El 92% de los pacientes TLP había sufrido abuso emocional, el 75% negligencia emocional, el 66% abuso sexual y el 52% abuso físico. Los resultados sugieren que todos los tipos de maltrato guardan más relación con el TLP que con otro trastorno como la esquizofrenia.	SI
Trastorno límite de la personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad	Mosquera et al. 2010	Revisión bibliográfica	La teoría de la disociación estructural de la personalidad (DIPSP) ofrece una explicación teórica amplia sobre como ciertos estilos de apego y trauma relacional, pueden generar una división de la personalidad. Esta división se manifiesta tanto en los síntomas límite como en los del trastorno disociativo.	SI
Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil	Pereda et al. 2011	Revisión bibliográfica	El TLP no se asocia con ninguna forma específica de maltrato infantil, aunque el abuso sexual infantil es un factor predictor muy potente de la sintomatología límite. Existen otras experiencias infantiles y múltiples variables implicadas, principalmente la gravedad del abuso experimentado, que exigen el desarrollo de modelos etiológicos multifactoriales	SI
Childhood traumatization by primary caretaker and affect dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder.	Van Dijke et al. 2011	Diseño de investigación	El TLP se asoció con el trauma emocional, sufrido por los cuidadores principales en todas las épocas del desarrollo de la infancia y se asoció con la baja regulación de afecto.	SI
Dysfunctional affect regulation in borderline personality disorder and in somatoform disorder	Van Dijke, 2012	Diseño de investigación	El trauma en la infancia es un factor prevalente entre los pacientes psiquiátricos, siendo el TLP el más prevalente. El trauma desencadenado por el cuidador principal se da por defecto y exceso de la regulación emocional.	SI
A Developmental Neuroscience of Borderline Pathology: Emotion Dysregulation and Social Baseline Theory.	Hughes et al. 2012	Estudio descriptivo	Un gran número de personas con TLP refieren una historia de negligencia o abuso en la infancia, sin embargo no está claro que el abuso sea un antecedente necesario para desarrollar posteriormente TLP. Aun así, es importante conocer estas historias de maltrato para entender esta patología	SI
Social cognition in borderline personality disorder.	Roespke et al. 2013	Revisión bibliográfica	Los pacientes TLP refieren más tipos de abuso en la infancia, empezando de forma más temprana y siendo repetidos en largos periodos de tiempo que el grupo control. El abuso o negligencia física y especialmente el abuso sexual son factores de riesgo específicos en el desarrollo de TLP.	SI
Childhood maltreatment profile in a clinical population in China: a further analysis with existing data of an epidemiologic survey.	Zhang et al. 2013	Diseño de investigación	Los traumas en la infancia tienen relación con el desarrollo de TLP, concretamente el abuso emocional (44,4% de la muestra) y el abuso sexual (22,5% de la muestra).	SI
Borderline personality disorder, exposure to interpersonal trauma, and psychiatric comorbidity in urban primary care patients.	Westphal et al. 2013	Diseño de investigación	La muestra con TLP refirió haber sufrido más trauma en la infancia que la muestra no clínica (29,8% frente al 6,5%). Los pacientes que refieren haber sufrido algún trauma tienen 8 veces más probabilidades de desarrollar TLP que los que no han sufrido maltrato en la infancia.	SI
Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis	Berenz et al. 2013	Diseño de investigación	La exposición a eventos traumáticos en la infancia se asocia de forma poco significativa con los TP, aunque con el que más se relaciona es con el TLP. A pesar que se asocia con el TLP, el maltrato en la infancia no parece ser un factor clave en el desarrollo de esta patología.	SI
Trauma-related altered states of consciousness in women with BPD with or without co-occurring PTSD	Frewen et al. 2014	Diseño de investigación	Confirma que una historia de maltrato infantil supone un factor de riesgo para desarrollar TLP. El riesgo de sufrir TLP se incrementa 6 veces en personas con historias de abuso sexual vivido en la infancia.	SI
Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder	Martin et al. 2014	Diseño de investigación	Aproximadamente el 70% de la muestra clínica refirió alguna forma de abuso o negligencia. El abuso emocional infantil tiene relación no solo con el desarrollo del TLP sino también con su severidad	SI
The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression	Carvalho et al. 2014	Diseño de investigación	Apoya la asociación entre abuso y negligencia emocional y dificultad de regulación emocional, que influye en la sintomatología aguda de los TLP, confirmando así que el abuso particularmente emocional, aumenta el riesgo de desarrollo de la sintomatología del TLP.	SI
Intento suicida y antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia en adultos con diagnóstico de depresión, trastorno de personalidad límite o esquizofrenia	Cáceres et al. 2014	Estudio descriptivo correlacional	Existe una mayor frecuencia de trauma infantil en pacientes con TLP en comparación con depresión y esquizofrenia; además existe el doble de probabilidad de cometer intento suicida entre aquellos pacientes que presentaron tres o más eventos traumáticos respecto a aquellos sin dicho antecedente.	SI
Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder	Ford et al. 2014	Revisión bibliográfica	Un 75% de personas con TLP refieren historias de maltrato de su cuidador principal en la infancia (negligencia, abuso, amulación o deterioro). Muchas de ellas sufren TEPT comórbido y trastornos disociativos pero es importante en la práctica clínica diferenciar los diagnósticos.	SI
An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation.	Kuo et al. 2015	Diseño de investigación	De las diferentes formas de abuso infantil, el abuso emocional es específicamente el que tiene un papel fundamental en el desarrollo de la patología TLP, aunque corrobora que también existe asociación con el abuso sexual y físico infantil.	SI
Tras las huellas borderline: rastreando el apego de personas con trastorno límite de personalidad.	Prades Caussera, 2015	Diseño de investigación	Hubo narraciones con una elevada cantidad de experiencias traumatizantes de sus infancias (abusos sexuales y físicos, abandonos paternos, padres con enfermedades mentales, principalmente alcoholismo, maltrato), que sientan las bases para el posible desarrollo en la adultez de un trastorno de personalidad.	SI
Exploring the relation between childhood trauma, temperamental traits and mindfulness in borderline personality disorder	Elices et al. 2015	Diseño de investigación	Se encontró relación entre el TLP y todos los tipos de maltrato en la infancia, aunque los más prevalentes fueron: abuso emocional (63%), negligencia emocional (51%), abuso sexual (45%), negligencia física (35%) y abuso físico (20%).	SI

Tabla 2. Cuadro de artículos no incluidos.

TÍTULO	AUTOR/AÑO	DISEÑO	CUMPLE CRITERIOS INCLUSION
Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma	Perroud et al. 2011	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Uel apego temprano al ILP	Mosquera et al. 2011	Revisión bibliográfica	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder.	Wingenfeld et al. 2011	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters.	Laporte et al. 2011	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
The relationship between childhood trauma and borderline personality symptomatology in a consecutive sample of cardiac stress test patients.	Sansone et al. 2011	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Relationship of self-mutilative behaviours with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients.	Evren et al. 2012	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Modulation of interpersonal trust in borderline personality disorder by intranasal oxytocin and childhood trauma.	Ebert et al. 2013	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Terapia EMUDK en el trastorno límite de personalidad	Mosquera et al. 2013	Estudio descriptivo	NO, resultados inconcluyentes.
Differences between patients with borderline personality disorder who do and do not have a family history of bipolar disorder.	Zimmerman et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder.	Martin et al. 2014	Diseño de investigación	No, resultados inconcluyentes.
[Negative experiences in childhood, stress and self-injurious behavior and suicidal tendencies in people with borderline personality]	Blasczyk-Schiep et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Facial emotion recognition in borderline personality: an association, with childhood experience.	Nicol et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: associations with childhood abuse and borderline personality disorder.	Thaler et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Borderline personality disorder and childhood maltreatment: a genome-wide methylation analysis	Prados et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?	Cohen et al. 2014	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Childhood trauma, midbrain activation and psychotic symptoms in borderline personality disorder	Nicol et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
The Mediating Role of Emotion Dysregulation in the Relations Between Childhood Trauma History and Adult Attachment and Borderline Personality Disorder: Features: A Study of Italian Nonclinical Participants.	Fossati et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem.	Bungert et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
Mental state identification, borderline pathology, and the neglected role of childhood trauma.	Weinstein et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
An exploratory association study of the influence of noradrenergic genes and childhood trauma in Borderline Personality Disorder.	Martin et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
Borderline Personality Disorder and Military Sexual Trauma: Analysis of Previous Traumatization and Current Psychiatric Presentation	Williams et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes y que no se adaptan a los objetivos de nuestro trabajo.
The interaction between rejection sensitivity and emotional maltreatment in borderline personality disorder.	Chesin et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.
The impact of childhood traumas, depressive and anxiety symptoms on the relationship between borderline personality features and symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder in Turkish university students.	Dalvudak et al. 2015	Diseño de investigación	NO, resultados inconcluyentes.