



Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud

ISSN: 2665-2056

Fundación Universitaria María Cano

González Marín, Esperanza María; Otálvaro, Juliana Andrea Montoya; Cadavid Buitrago, Mónica Alexandra; Gaviria Gómez, Ana Milena; Vilella, Elisabet; Gutiérrez-Zotes, Alfonso

Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática

Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud, vol. 5, núm. 1, 2023, Enero-Junio, pp. 273-293

Fundación Universitaria María Cano

DOI: <https://doi.org/10.46634/riics.174>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=673275488016>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)



Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática

Borderline Personality Disorder, Early Adverse Experiences, and Cognitive Biases: A Systematic Review

Esperanza María González Marín¹  , Juliana Andrea Montoya Otálvaro¹  , Mónica Alexandra Cadavid Buitrago¹  , Ana Milena Gaviria Gómez¹  , Elisabet Vilella^{2,3,4,5}  , Alfonso Gutiérrez-Zotes^{2,3,4,5}  

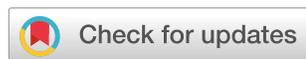
¹ Grupo de Investigación Psique & Sociedad; Programa de Psicología; Facultad de Ciencias de la Salud; Fundación Universitaria María Cano; Medellín; Colombia.

² Hospital Universitari Institut Pere Mata; Reus; Spain.

³ Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili; CERCA; Reus; Spain.

⁴ Universitat Rovira i Virgili; Reus; Spain.

⁵ Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM); Instituto de Salud Carlos III; Madrid; Spain.



Correspondencia

Esperanza María González Marín. Email: esperanzamariagonzalezmarin@fumc.edu.co

Citar así

González Marín, Esperanza María; Montoya Otálvaro, Juliana Andrea; Cadavid Buitrago, Mónica Alexandra; Gaviria Gómez, Ana Milena; Vilella, Elisabet; Gutiérrez-Zotes, Alfonso. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*. 5(1), 273-293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>

Recibido: 07/12/2022

Revisado: 07/03/2023

Aceptado: 31/05/2023

Editor:

Fraidy-Alonso Alzate-Pamplona, MSc., 

Resumen

Introducción. La investigación actual y los artículos rastreados sobre adversidad temprana y sesgos cognitivos en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) evidencian la relación entre estas variables y la gravedad de los síntomas clínicos de este trastorno.

Objetivo. Revisar sistemáticamente la evidencia de la relación entre adversidad temprana, sesgos cognitivos y agudización de los síntomas del TLP. El vacío investigativo tiene que ver con el tipo específico de adversidad temprana y su relación con el tipo específico de sesgos cognitivos y el curso del TLP de pacientes con este diagnóstico.

Metodología. Se realizó una revisión sistemática de la literatura y para reportar la evidencia se utilizó la versión 2020 de la declaración PRISMA. Las bases de datos consultadas fueron Scopus, Pubmed, Web of Science y PsycInfo. En la búsqueda también se incluyeron bases de datos de literatura gris como Google Académico, Open Gray y WorldCat.

Resultados. En total se incluyeron en el estudio 13 artículos que satisficieron criterios de originalidad, temática estudiada (adversidad temprana, funcionamiento cognitivo y sintomatología límite) y población indicada (pacientes con diagnóstico de TLP).

Conclusiones. Si bien existe evidencia de que la adversidad temprana en general es un factor de riesgo para el TLP, se necesita más investigación para comprender los tipos

Copyright

© 2023. Fundación Universitaria María Cano. La *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud* proporciona acceso abierto a todo su contenido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](#) (CC BY-NC-ND 4.0).

Declaración de intereses

Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Disponibilidad de datos

Todos los datos relevantes se encuentran en el artículo. Para mayor información, comunicarse con el autor de correspondencia.

Financiamiento

Fundación Universitaria María Cano [Código: 015010062-2021-311]

Descargo de responsabilidad

El contenido de este artículo es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa una opinión oficial de sus instituciones ni de la *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*.

Contribución de los autores

Esperanza María González Marín: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, escritura: borrador original, escritura: revisión y edición.

Juliana Andrea Montoya Otálvaro: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, escritura: borrador original, escritura: revisión y edición.

Mónica Alexandra Cadavid Buitrago: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, escritura: borrador original, escritura: revisión y edición.

Ana Milena Gaviria Gómez: metodología, escritura: revisión y edición. Elisabet Vilella: conceptualización, supervisión, validación, escritura: revisión y edición.

Alfonso Gutiérrez-Zotes: supervisión, validación, escritura: revisión y edición.

específicos de adversidad que pueden estar más fuertemente relacionados con el desarrollo del TLP. Si bien algunos estudios han identificado sesgos cognitivos en individuos con TLP, poco se conoce sobre el modo en que estos sesgos se desarrollan y cambian con el tiempo, o según la etapa de exposición del paciente a la adversidad temprana.

Palabras clave

Adversidad temprana; trastorno límite de la personalidad; sesgos; cognitivo; abuso; estrés; negligencia.

Abstract

Introduction. Current research and articles on early adversity and cognitive biases in patients with borderline personality disorder (BPD) demonstrate the relationship between these variables and the severity of the clinical symptoms of this disorder.

Objective. The aim was to systematically review the evidence of the relationship between early adversity, cognitive biases, and exacerbation of symptoms of borderline personality disorder. The research gap concerns the particular type of early adversity and its relationship with the specific type of cognitive biases and the course of BPD in patients with this diagnosis.

Methodology. We conducted a systematic literature review, and the PRISMA statement version 2020 was used to report the evidence. The databases consulted were Scopus, Pubmed, Web of Science, and PsycInfo. Gray literature databases, such as Google Scholar, Open Gray, and WorldCat, were also included in the search.

Results. We included 13 articles in the study that met the criteria for originality, studied theme (early adversity, cognitive functioning, and borderline symptomatology), and target population (patients diagnosed with a personality disorder).

Conclusions. We found that while there is evidence that early adversity, in general, is a risk factor for BPD, further research is needed to understand the specific types of adversity that may be more strongly related to the development of BPD. In addition, although some studies have identified cognitive biases in individuals with BPD, little is known about how these biases develop and change over time or according to the stage of the patient's exposure to early adversity.

Keywords

Early adversity; borderline personality disorder; biases; cognitive; abuse; stress; neglect.

Introducción

En la literatura se encuentran revisiones acerca de la sintomatología del TLP; se identifican como causas de su manifestación la adversidad temprana y, de modo específico, el abuso y abandono, pero no se ahonda de forma significativa en otros tipos de adversidades tempranas. Así entonces, existe un vacío investigativo con relación a los casos graves de esta patología en cuanto a la toma de decisiones, esto es, al procesamiento mental distorsionado que lleva a interpretaciones ilógicas y juicios inexactos de las experiencias y relaciones. Y ello se hace más evidente aún porque los sesgos cognitivos son difíciles de distinguir e incluyen procesos relacionados con esa forma particular de procesar información cognitiva, emocional, motivacional y social.

Con lo dicho, esta revisión sistemática nació del interés de los investigadores por poner a prueba una hipótesis: que los sesgos cognitivos en pacientes con diagnóstico de TLP pueden mediar en la relación entre las experiencias adversas tempranas y la gravedad de los síntomas clínicos de este trastorno, con lo que se esperaría un efecto indirecto de las experiencias adversas tempranas en el perfil sintomático a través de tales sesgos. En este orden de ideas, con la revisión sistemática se buscó identificar estudios que tuvieran en cuenta no solo la relación entre las experiencias tempranas adversas y la sintomatología límite, sino también su relación con los sesgos cognitivos y las técnicas o instrumentos que se han utilizado para evaluar experiencias adversas tempranas. A continuación, se describirán estos elementos con más detalle.

Complejidad del TLP

En la actualidad puede encontrarse en la literatura diversidad de conceptos sobre la personalidad; no hay, por tanto, una definición aceptada universalmente. Según Tintaya Condori [1 p120],

“la personalidad es la organización más compleja e integral de la vida subjetiva del ser humano, la cual solo se puede conocer y comprender a través de aspectos concretos y observables, como los hábitos, las costumbres, las conductas y las relaciones interpersonales”.

Una característica central de las definiciones más aceptadas y referidas en la literatura científica en lo que respecta al concepto de personalidad es la que enfatiza en el modo particular como los individuos interiorizan e interpretan sus experiencias de vida y cómo a partir de esta interpretación se manifiestan diferencias en los modos particulares de vivir la experiencia emocional, las formas de relación con otros y la emisión de conductas acordes a dichas interpretaciones, reflejadas en acciones cotidianas, en muchos casos disfuncionales para la convivencia y el buen desarrollo de relaciones interpersonales saludables [1]. Es así como el conjunto de rasgos de personalidad puede llegar a configurar un trastorno en este sentido, específicamente al cumplirse 3 condiciones importantes: 1) que la persona reporte dolor psicológico producto de esas formas particulares de percibir e interpretar su realidad, es decir, que haya percepción de sufrimiento; 2) que se evidencie la presencia de criterios diagnósticos cercanos a las descripciones de los manuales diagnósticos universalmente aceptados, tales como CIE 10 y el DSM V para la identificación de síntomas característicos y propios de los diferentes trastornos mentales; y 3) que los síntomas identificados y descritos como criterios diagnósticos evidencien una intensidad significativa y una permanencia en el tiempo a través del ciclo vital.

Los trastornos de la personalidad son definidos por el DSM V como un “Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo” [2 p359]. Esta definición remite inmediatamente a un aspecto central de los trastornos de la personalidad como experiencia subjetiva perdurable en el tiempo, y cuya característica principal es la evidencia de un comportamiento conceptualizado como anormal en el sentido que se aparta de lo esperado por parámetros culturales, sociales e interpersonales [2].

En cuanto al TLP, en la práctica clínica es considerado uno de los trastornos más difíciles de intervenir: ostenta una sintomatología grave y de difícil pronóstico, sobre todo en los casos en que los pacientes no han recibido una intervención adecuada y oportuna. Entre los principales criterios diagnósticos descritos por el DSM V [2] para el diagnóstico del TLP se destacan, en estos pacientes, los esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginado; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por

una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación; una alteración de la identidad entendida como inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo; y una extrema impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas —un comportamiento, actitud o amenaza recurrente de suicidio, o un comportamiento de automutilación presente—. También es posible que algunos de estos pacientes manifiesten inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo; sensación crónica de vacío existencial, enfado inapropiado e intenso que media las relaciones interpersonales caóticas, o dificultad para controlar la ira, e ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves en algunos casos [2].

El TLP es uno de los trastornos más comunes, con un porcentaje de prevalencia global del 1,6 % al 6 % en la población mundial [3]. Es de anotar que, en Latinoamérica, Colombia es uno de los países con más alta prevalencia de pacientes con este diagnóstico, el cual se estima en un 2,1 % [4]; por otra parte, según datos de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud [5] en España, entre un 2 % y un 8 % de la población padece TLP, y hasta un 20 % de la población hospitalizada por situaciones relacionadas con su salud mental está diagnosticada con dicha patología. Esta prevalencia es indicadora de la necesidad de realización de estudios que contribuyan a la comprensión de la manifestación y génesis de este trastorno, así como a la implementación de medidas que permitan un mejor diagnóstico, una mayor prevención y una intervención más oportuna y eficaz.

Experiencias adversas tempranas

Las experiencias adversas tempranas pueden definirse, según Guzmán [6 p8], como “experiencias de abuso o disfunción familiar que puede haber vivido un paciente antes de los 18 años”. Sin embargo, la adversidad temprana no se relaciona únicamente con experiencias de abuso sexual, físico o verbal; también puede asociarse a prácticas negligentes de cuidado, experiencias referenciadas y vividas tempranamente como traumáticas, maltrato infantil y experiencias vividas como estresantes durante los primeros años de vida o, en algunos casos, como el reporte de una infancia adversa, entre otras [7–9]. La evidencia sugiere que la exposición a las experiencias adversas tempranas altera el desarrollo neurológico involucrado en la regulación de las emociones [10], de tal manera que constituye un mecanismo potencial de asociación con el desarrollo de patologías mentales [11].

Sesgos cognitivos

Los sesgos cognitivos se reconocen como errores comunes en el procesamiento de información, es decir, en la forma como los seres humanos interpretan los eventos o las propias experiencias que rodean su vida. Según Torres-Salazar et al. [12], los mecanismos de distorsión de la realidad, o sesgos, se estudian para comprender la cognición del individuo en aspectos como la toma de decisiones, la forma como se percibe el futuro o la valoración de situaciones de riesgo, entre otros.

Los sesgos cognitivos se consideran respuestas intuitivas, vinculadas a mecanismos automáticos de procesamiento de la información, que ofrecen los seres humanos ante una situación que involucra una toma de decisión [13]. Por otro lado, una concepción alternativa, denominada racionalidad ecológica [14], propone analizar estas respuestas intuitivas y espontáneas desde una perspectiva que involucre la interacción del ser humano con su medio ambiente, ya que entiende que los sesgos cognitivos son mecanismos de gran utilidad ecológica y evolutiva.

En la práctica clínica, los pacientes con TLP presentan con frecuencia errores en la forma de interpretar los eventos que a diario perciben o vivencian. Entre estos errores se encuentran la intencionalidad, el catastrofismo, el pensamiento dicotómico, el salto a conclusiones y el razonamiento basado en emociones [15]. A su vez, estos sesgos o errores cognitivos producen como resultado un peor funcionamiento personal y social, ya que contribuyen a mantener patrones de relación inadecuados, favorecen el pensamiento irracional y contribuyen a la toma de decisiones basadas en interpretaciones erróneas o no soportadas en evidencia real [15].

Los antecedentes de esta revisión sistemática soportan la necesidad de llevar a cabo una investigación que evalúe la relación entre el TLP, la experiencia adversa temprana y los sesgos cognitivos, y cuyos resultados puedan aportar estrategias de intervención más integral; esto sobre la base de que la manifestación clínica del trastorno no solo está relacionada con impulsividad e inestabilidad de las relaciones, sino también con procesamiento cognitivo distorsionado, evidenciado en la toma de decisiones, lógica de juicios realizados y reconocimiento emocional y social.

Método

Tipo de estudio

Para el estudio se recurrió a una revisión sistemática de la literatura: esta radica en la implementación de un método riguroso y explícito que busca identificar, evaluar y sintetizar la evidencia obtenida. Para reportar dicha evidencia se utilizó la versión 2020 de la declaración PRISMA, la cual es una guía de publicación diseñada para garantizar la calidad y mejorar la integridad del informe de revisiones sistemáticas realizadas [16].

Términos de búsqueda

Se realizó una búsqueda completa de términos relacionados con adversidad temprana en lengua inglesa: “child* abuse”, “adverse childhood”, “child* maltreatment”, “child* trauma”, “child* adversity”, “child* neglect”, “child* sexual abuse”, “child* physical abuse”, “child* emotional abuse”, “child* mistreatment”, “early life stress” y “early life trauma”.

En cuanto a la búsqueda (sintaxis de búsqueda) de términos relacionados con sesgos cognitivos se incluyeron los siguientes términos: cognit* OR neurocognit* OR neuropsych* OR “Processing speed” OR “Attention Process” OR vigilance OR “Working memory” OR “Verbal learning” OR “Visual learning” OR “reasoning” OR “Problem Solving” OR “Social cognition”.

Por último, la búsqueda de términos relacionados con TLP tuvo en cuenta la siguiente sintaxis: “Borderline Personality Disorder” OR “BPD” OR “borderline personality features”.

Procedimiento de búsqueda

La búsqueda de artículos se realizó entre marzo del 2021 y agosto del 2022. Los artículos fueron consultados en las bases de datos científicas Scopus, Pubmed, Web of Science y PsycInfo. En la búsqueda también se tuvieron en cuenta bases de datos de literatura gris como Google Académico, Open Gray y WorldCat, en aras de identificar publicaciones ausentes de bases de datos electrónicas.

Criterio de inclusión

Con base en el acrónimo “PICOT” se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- P: personas adultas con diagnóstico de TLP y que estén en seguimiento por algún servicio de salud mental.

- I: antecedentes de experiencias adversas.
- C: N. A.
- O: sesgos cognitivos y agudización de síntomas del TLP.
- T: estudios analíticos trasversales, de casos y controles o cohortes realizados en los últimos 25 años, cuyo objetivo fuera analizar la relación entre adversidad temprana, sesgos cognitivos y TLP, este último como desenlace principal.

Criterios de exclusión

Se excluyeron: estudios con pacientes con comorbilidad que ostentaran un patrón de abuso/dependencia de sustancias o antecedentes de enfermedad neurológica; estudios cuyo objetivo principal fuera evaluar el efecto de alguna intervención; estudios que pese a tener una o varias variables de interés, tuviera un propósito diferente al de analizar la relación causal entre ellas; y estudios secundarios publicados en lenguas diferentes a español o inglés.

Selección de estudios y extracción de datos

Los artículos rastreados se buscaron, en un primer momento, sin límite; y luego, a través de la estrategia de búsqueda por título - resumen. La extracción de la información de los artículos se hizo manualmente, a través de una hoja de cálculo de Microsoft Excel®. Se logró identificar 807 400 artículos sin establecerse límites para la pesquisa; pero una vez filtrados por título - resumen, se extrajeron 318 documentos. De estos, se descartaron 174 por encontrarse duplicados; 63 por haberse identificado como no originales (es decir, no reportaban datos tomados directamente de personas, tales como revisiones sistemáticas, metaanálisis o compilaciones, y en lugar de ello se habían compuesto sobre trabajos ya publicados); 52 porque evaluaban otra temática o población; 7 por corresponder a la validación de constructos diferentes a la adversidad temprana, funcionamiento cognitivo o TLP; y 9 por no encontrarse disponible el texto completo.

Terminada la labor de descarte, se incluyeron en el estudio 13 artículos que cumplían con las condiciones establecidas en cuanto a originalidad, temática (adversidad temprana, funcionamiento cognitivo y sintomatología límite) y población —pacientes con diagnóstico de TLP— (ver [Figura 1](#)). Aunado a lo anterior, de cada trabajo incluido se extrajeron los datos correspondientes a tamaño de la muestra, país de origen, diseño del estudio, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de los datos, descripción de los participantes y principales hallazgos.

Una vez identificados e incluidos los 13 artículos en el estudio, se procedió a valorar la calidad científica de cada uno mediante la valoración de criterios de Downs and Black (ver [Anexo 1](#)), ya que estos gozan de una valoración positiva para estudios trasversales. En el análisis de cada ítem se emitía una valoración numérica de 0, 1 o 2, según su presencia (total/parcial) o ausencia. Sin embargo, no todos los criterios definidos por el instrumento (27 ítems) fueron tenidos en cuenta. Los criterios de Downs and Black número 4, 8, 9, 14, 17, 19, 23, 24 y 26 no fueron considerados ni incluidos en la revisión, dado que se utilizan para evaluar aspectos específicos de estudios de intervención o ensayos clínicos. La presente revisión tuvo por objetivo principal relacionar las experiencias adversas tempranas con los sesgos cognitivos y la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y no considero procesos de intervención. En resumen, los criterios específicos del instrumento de valoración Downs and Black dependerán de los objetivos y el enfoque específico de la revisión que se realice.

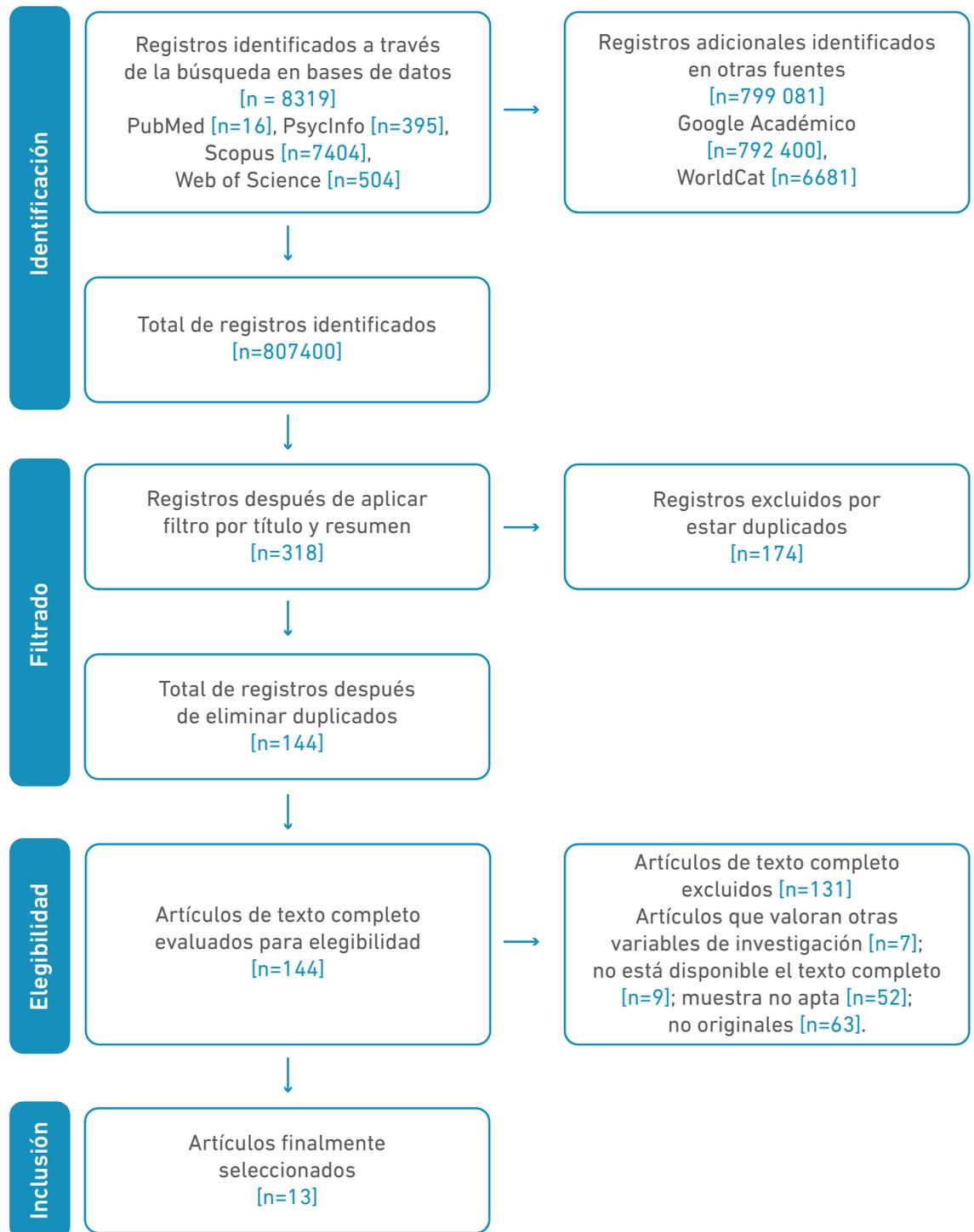


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de estudios.

Riesgo de sesgo

En aras de valorar el riesgo de sesgo, se identificaron los artículos tanto la pregunta de investigación como los objetivos del estudio, a fin de entender el contexto y el propósito de cada trabajo. Para valorar el diseño y la metodología de cada estudio se consideraron el tamaño de la muestra, la población descrita y los métodos de recopilación de los datos. Además, se valoraron la calidad de los datos y los instrumentos de medición utilizados.

Con miras a valorar la calidad de los estudios se recurrió a la herramienta de evaluación de la calidad científica de cada artículo a través de los citados criterios de Downs and Black, teniendo en cuenta que todos los estudios incluidos en la revisión son transversales. Se centró la atención en los criterios claves relevantes para la validez interna de los estudios y se asignó una puntuación numérica a cada ítem valorado. Finalmente, se otorgó a cada estudio una calificación de “bueno”, “regular” o “deficiente” siguiendo las pautas mencionadas. Cabe anotar que los criterios que indagaban por intervención no se tuvieron en cuenta en la revisión sistemática porque no tenían relación con el objetivo de esta.

Resultados

En la [Tabla 1](#) se presentan los artículos seleccionados. Allí mismo se destacan las características más relevantes de cada una de las investigaciones y sus principales hallazgos en relación con los sesgos cognitivos y las experiencias adversas tempranas.

Síntesis de resultados según la calidad de los artículos incluidos en el estudio

De los estudios, valorados según los nombrados criterios de Downs and Black para estudios transversales (ver [Anexo 1](#)), se encontró que 13 describen claramente la hipótesis u objetivo del estudio, así como los principales resultados en la introducción del texto.

11 de los artículos valorados describen claramente las características de los pacientes [[10,17,19–22,24–28](#)]. Por otro lado, en cuanto a las distribuciones de los principales factores de confusión en cada grupo de sujetos para ser comparado claramente, se encontró que 8 artículos realizan esta descripción por completo [[10,17,19,21,22,24,25,27](#)], mientras que 2 la realizan de forma somera [[20,23](#)] y 3 no la realizan [[18,26,28](#)].

Todos los artículos revisados describen con claridad los principales resultados del estudio. 12 de ellos proporcionan estimaciones de la probabilidad aleatoria de la variabilidad en los datos para los resultados principales [[10,17–24,26–28](#)]; 11 informan los valores de probabilidad reales para los resultados principales [[10,17,18,20–27](#)]; y solo 4 evidencian que los sujetos a quienes se pidió que participaran en las respectivas investigaciones eran representativos de toda la población de la que fueron reclutados [[19,21,22,26](#)].

En solo 3 de los estudios valorados se pudo determinar que el personal, los lugares y las instalaciones donde se atendió a los pacientes fueron representativos del tratamiento que recibe la mayoría de los pacientes [[19,22,24](#)]; y en ninguno se intentó cegar a quienes miden los resultados principales de la intervención.

11 de los estudios clarificaron que sus resultados se basaron en “la pesquisa de datos” [[10,17,19,21–28](#)]. En los 13 estudios se encontró que fueron apropiadas las pruebas estadísticas utilizadas para evaluar los resultados principales; y que se utilizaron las principales medidas de resultado.

Tabla 1. Características relevantes de los artículos seleccionados.

Autor/es, fecha y país	Características de la muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados sobre sesgos cognitivos	Resultados sobre experiencias adversas tempranas
Arntz et al. (1999) / Holanda [17]	16 pacientes con TLP. 12 pacientes con trastorno de personalidad se compararon con el grupo C y 15 controles sanos. Todos los sujetos eran mujeres.	Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad, cuestionario, PDBQ abreviado (después de ver un emotivo fragmento de video una semana después).	No es claro si las experiencias adversas tempranas causaron la formación de creencia centrales medidas por el PDBQ, o si estas suposiciones ya estaban presentes desde la infancia y aumentaron el riesgo de abuso.	No se puede establecer de forma concluyente una relación de causalidad entre el abuso en la infancia y el TLP.
Savitz et al. (2007) / Sudáfrica [18]	350 individuos caucásicos de 47 familias, incluidos pacientes con TLP y sus familiares afectados y no afectados. El grupo incluía individuos de ascendencia mayoritariamente africana (190) y británica (132) con una pequeña representación de personas judías (28).	Cuestionario de trauma infantil (<i>Childhood Trauma Questionary - CTQ</i>) versión corta, batería neuropsicológica (Prueba Dominio Neurocognitivo, Intervalo de dígitos (F y R), Memoria de trabajo, Prueba de asociación de palabras, Figura de Rey, Stroop, Prueba de aprendizaje auditivo-verbal de Rey Autocontrol, Wisconsin Card, Sorting, Test Flexibilidad cognitiva, Prueba de hipótesis).	El grado de abuso sexual autoinformado fue negativamente asociado con el rendimiento en la variable Memoria (p.0185). Las puntuaciones en escala CTQ no estuvieron significativamente relacionadas con el rendimiento de la memoria. El control de variables extrañas permitió establecer una relación negativa entre la memoria con el abuso sexual y el abandono (p .0505).	N. A.
Sieswerda et al. (2007) / Países Bajos [19]	16 pacientes con TLP, 18 pacientes con trastorno de la personalidad del grupo C, 16 pacientes con trastornos del eje I y 16 controles sanos.	Stroop emocional con estímulos relacionados y no relacionados con el esquemas negativos y positivos, supra y subliminales relacionados con la persona.	Los pacientes con TLP mostraron hipervigilancia tanto para las señales negativas como para las positivas, pero estaban específicamente sesgados hacia las negativas relacionadas con el esquema. Tanto en el TLP como en el trastorno del eje I, los pacientes mostraron una tendencia a un sesgo por los estímulos subliminales relacionados con el esquema negativo. Más atención a la hipervigilancia en el TLP.	Los predictores fueron esquemas de TLP, traumas sexuales infantiles y síntomas de ansiedad de TLP.
Minzenberg et al. (2008) / Reino Unido [20]	43 pacientes ambulatorios con TLP y 26 controles sanos.	Escala de experiencias en relaciones cercanas (ECR), CTQ, prueba de aprendizaje verbal, escala de memoria de Wechsler (tercera edición), Stroop Test, test de Hayling, Gambler's Test, escala abreviada de inteligencia de Wechsler.	Los pacientes con TLP tuvieron un rendimiento inferior en las pruebas memoria de corto plazo, funciones ejecutivas y de inteligencia, con respecto al grupo control. Las personas con TLP también pueden exhibir una inteligencia general más baja que las personas sanas demográficamente similares. Los déficits cognitivos pueden ser expresiones de maltrato o factores preexistentes que predisponen a los individuos a los efectos de los factores estresantes tempranos.	Las personas con TLP exhiben déficits en la memoria a corto plazo y las funciones ejecutivas, que están relacionadas con apego-ansiedad y apego-evitación, respectivamente. Una historia de abuso infantil es frecuente entre los pacientes con TLP y está relacionada con algunos de estos trastornos neurocognitivos e interpersonales, y parece contribuir a la alteración del apego adulto de una manera que es independiente e interactúa con la disfunción neurocognitiva.

Tabla 1. (continuación)

Autor/es, fecha y país	Características de la muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados sobre sesgos cognitivos	Resultados sobre experiencias adversas tempranas
Thomsen et al. (2017) / Dinamarca [21]	45 pacientes ambulatorios con TLP y 56 controles sanos.	CTQ, batería de pruebas neurocognitivas y evaluación dimensional de la personalidad.	Los pacientes con TLP mostraron principalmente déficits en comprensión verbal, atención visual sostenida, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) comórbido y elevados antecedentes infantiles de trauma físico fueron acompañados cada uno por déficits neurocognitivos más severos. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la función neurocognitiva y las dimensiones de la psicopatología de la personalidad.	N. A.
Duque-Alarcón et al. (2019) / México [22]	18 pacientes con TLP y 15 controles sanos.	Prueba de cognición social (MASC), test de lectura de la mente en los ojos (RMET), y resonancia magnética funcional en estado de reposo (RS-FMRI).	Ambos grupos mostraron que cuanto mayor era el nivel de maltrato infantil, menor era el rendimiento en la prueba MASC. Además, en el grupo con TLP hubo hipoconectividad entre las estructuras responsables de la regulación emocional y las respuestas cognitivas sociales que se han descrito como parte del circuito frontolímbico (es decir, la amígdala). También se observaron niveles diferenciales de conectividad, asociados a diferentes tipos y niveles de abuso.	Los pacientes con TLP reportaron altos niveles de maltrato infantil autoinformado. Para la subdimensión de abuso sexual no hubo diferencias entre el TLP y los grupos de control, pero hubo una correlación negativa entre las puntuaciones de MASC y los niveles totales de maltrato infantil, así como entre abuso físico, negligencia física y MASC.
Richard-Le-pourriel et al. (2019) / Suiza [23]	Se incluyeron 744 pacientes: 276 con TAB, 168 con TLP, 173 con TDAH y 47 con trastorno del control de impulsos. Otros con diagnósticos combinados: 29 con TLP, TAB, 94 con TLP y TDAH, 13 con TLP, TAB y TDAH.	Escala de impulsividad de Baratt (BIS-10), CTQ, entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) y entrevista clínica.	Los pacientes con TAB evidenciaron los mismos niveles de impulsividad que los pacientes con trastorno del control de impulsos. Cuando TLP y el TAB son comórbidos, la impulsividad fue mayor.	La impulsividad se asoció significativamente con el evento traumático de la infancia para TAB y el trastorno del control de impulsos, pero no para TLP y TDAH.
Alafia y Manjula (2020) / India [24]	34 pacientes con TLP y 34 controles sanos, con edades comprendidas entre 18 y 35 años.	Programa modificado de afectos positivos y negativos (m-PANAS), escala de dificultades en la regulación emocional abreviada (DERS), cuestionario de regulación cognitiva de las emociones breve (CERQ), cuestionario multidimensional de regulación emocional cognitiva o estrategias de afrontamiento, inventario de trauma temprano autoinforme-formulario breve (ETISR-SF), inventario de depresión de Beck-II y entrevista semiestructurada.	El grupo con TLP informó un mayor afecto negativo y un mayor uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas. La alta incidencia de abuso emocional infantil y el afecto negativo en los pacientes con TLP mostró una alta correlación con estrategias de atontamiento desadaptativas.	Los antecedentes de abuso general, castigo físico y el abuso emocional fueron significativamente más altos en el grupo con TLP.

Tabla 1. (continuación)

Autor/es, fecha y país	Características de la muestra	Instrumentos de evaluación	Resultados sobre sesgos cognitivos	Resultados sobre experiencias adversas tempranas
Villarreal et al. (2021) / Estados Unidos de América [10]	19 pacientes con TLP, 20 pacientes con trastorno depresivo mayor y 20 controles sanos.	Prueba de reevaluación cognitiva, resonancia magnética (RM) y electrocardiograma (EEG)	Se encontró acoplamiento del cerebro-autonómico en pacientes con TLP en relación con el grupo control durante la regulación emocional, por lo que una mayor actividad de las áreas del cíngulo anterior izquierdo y la circunvolución frontal superior medial se combinó con un aumento de la frecuencia cardíaca.	La exposición a las experiencias adversas tempranas se asoció con una mayor actividad de red autonómica central y componentes de la red de prominencia en pacientes con depresión mayor en comparación con pacientes de TLP durante la reevaluación cognitiva.
Hillmann et al. (2021) / Alemania [25]	80 pacientes con TLP y 41 controles sanos	Evaluación de las habilidades cognitivas y afectivas (ToM) y CTQ.	Los pacientes con TLP respondieron más lentamente en todas las condiciones experimentales en situaciones de falsas creencias, cometieron más errores en la evaluación de las habilidades cognitivas y reportaron peores estados afectivos asociados a falsas creencias.	No hay correlaciones significativas entre habilidades cognitivas y trauma infantil.
Peng et al. (2021) / China [26]	637 pacientes con trastornos psicológicos	Cuestionario diagnóstico de la personalidad (PDQ-4+), cuestionario de síntomas de TLP, CTQ, cuestionario de estilo de apego y el cuestionario de regulación cognitiva de las emociones.	N. A.	Tanto el modelo basado en la experiencia como el modelo basado en datos verificaron que hubo tres vías de mediación significativas (trauma infantil → apego inseguro/ER desadaptativo → características del TLP, trauma infantil → apego inseguro → ER desadaptativo → características del TLP; todas $p < 0,05$). El trauma infantil que influye en las características del TLP fue por apego inseguro y luego por RE desadaptativo (ponderado 53,16 %).
Gica et al. (2021) / Tuquía [27]	18 con TLP con antecedentes de abuso sexual, 18 pacientes con TLP sin antecedentes de abuso sexual y 35 controles sanos.	Inventario de personalidad límite (IBP), CTQ y batería automatizada de pruebas neuropsicológicas de Cambridge (Cantab).	El estudio actual sugiere que los antecedentes de abuso sexual tienen efectos significativos en la presentación clínica y perfiles neurocognitivos del TLP. Los antecedentes de abuso sexual conducen a deficiencias tales como toma de decisiones arriesgadas y alteraciones emocionales.	El estudio destaca la importancia de investigar el maltrato infantil, especialmente los antecedentes de abuso sexual en pacientes con TLP.
Jaworska-An-dryszewska y Rybakowski (2022) / Polonia [28]	35 pacientes con TAB (10 hombres y 25 mujeres) y 35 pacientes con TLP (9 hombres y 29 mujeres) y 71 controles sanos (22 hombres y 49 mujeres).	CTQ, versión polaca.	N. A.	En ambos grupos clínicos no se encontraron diferencias de género en cuanto a los índices de trauma infantil. Los pacientes de ambos grupos tenían trauma infantil más frecuente en comparación con los sujetos de control. Los pacientes con TLP mostraron índices de trauma infantil significativamente más altos que aquellos con TAB.

En 7 de los estudios los pacientes estaban en diferentes grupos de intervención (ensayos y estudios de cohortes) o los casos y controles (estudios de casos y controles) [10,19,21,22,25,26,28]. En 9 trabajos se encontró que hubo un ajuste adecuado de las variables de confusión en los análisis de los que se extrajeron los hallazgos principales [10,17,19–22,25,26,28].

Por último, no fue posible valorar si los estudios valorados tuvieron o no suficiente potencia para detectar un efecto clínicamente importante, donde el valor de probabilidad de que una diferencia se deba al azar es inferior al 5 %. Por tanto, se procedió a interpretar este ítem no desde el tamaño de la muestra para reportar la potencia de los estudios, sino para revisar si en cada uno simplemente se medían la potencia estadística y la posibilidad de error, o bien si se tomaba en consideración el tamaño de la muestra. Al respecto, se encontró que solo uno de los artículos valorados especifica el tamaño de la muestra como potente [20].

Síntesis según el contenido de los artículos incluidos en el estudio

Se observó un interés creciente en el estudio de la adversidad temprana y el funcionamiento cognitivo en pacientes con TLP, el cual se ha acrecentado en la última década. El continente europeo es el territorio en donde se han realizado la mayor proporción de estas investigaciones (53,8 %), seguido en menor medida por estudios desarrollados en Asia (23,1%) América (15,4 %) y África (7,7 %).

Al respecto, Pérez Longares [29 p1] expone:

“[...] siendo el trastorno límite de personalidad (TLP) una compleja y severa alteración de la salud mental que se caracteriza por altos niveles de impulsividad e inestabilidad emocional además de una marcada dificultad para establecer y gestionar relaciones interpersonales es un trastorno muy prevalente del cual existe poca información respecto a la posible etiología relacionada con él”.

En los estudios previamente revisados se pudo evidenciar que en los pacientes con TLP se identifican: alteraciones en el funcionamiento cognitivo que pueden inducir a sesgos en la interpretación de la información; limitaciones para la regulación emocional, y predisposición al uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas. Así mismo, se ha identificado en estos trabajos la manera como las experiencias adversas tempranas pueden acrecentar los indicadores clínicos del trastorno. Al respecto, el maltrato infantil y los antecedentes de abuso sexual ostentan mayor afectación para la población estudiada [20–22,25].

En algunos de los estudios revisados se muestra una relación relevante entre los pacientes con TLP y afecciones en la memoria a corto plazo, funciones ejecutivas (relacionadas con el apego, ansiedad y evitación), cambios en la estructura cerebral y déficits en la planificación y resolución de problemas, en el recuerdo y en el reconocimiento verbal. Hay un estancamiento del desarrollo cognitivo-emocional que da como resultado el pensamiento dicotómico de los pacientes límite [20–22].

Adicionalmente, un resultado importante que comparten varios de los estudios valorados radica en que los pacientes con TLP mostraron hipervigilancia para las señales negativas relacionadas con sus esquemas [19,20,24,26]. Al respecto, cabe destacar que los sesgos cognitivos que favorecen este tipo de interpretaciones sesgadas no han sido suficientemente investigados según el rastreo realizado.

Los resultados de los estudios evidencian que los déficits cognitivos pueden ser resultado de la exposición a la adversidad temprana o a factores estresantes tempranos, y derivar en

déficits neurocognitivos. Estos se manifiestan, según los estudios revisados, en dificultades en la comprensión verbal y la capacidad atencional, así como en déficits de memoria y en la velocidad de procesamiento de la información.

El instrumento más utilizado en seis de los estudios analizados para medir la adversidad temprana correspondió al CTQ [16,18,20–22,25]. Mientras que el TLP fue evaluado en la mayoría de los casos a partir de la entrevista clínica, el IBP o el cuestionario PDQ-4+ [16,20,21,25], en el caso del funcionamiento cognitivo cada estudio empleó pruebas cognitivas o neurocognitivas específicas según el rasgo particular a evaluar (cognición social, rendimiento en cuanto a procesamiento de información, capacidad de memoria y toma de decisiones, entre otros).

Discusión

El TLP es una enfermedad mental que afecta a gran cantidad de personas en todo el mundo. Aunque hay cierta evidencia de que la adversidad temprana puede ser un factor de riesgo para su desarrollo, hay muchas preguntas sin responder sobre el tipo de adversidad temprana que pueda tener mayor correlación con este trastorno. De igual forma, aunque algunos estudios han identificado la presencia de sesgos cognitivos en los pacientes límite, se necesita aún más investigación para comprender cómo se desarrollan y expresan estos sesgos con el tiempo, sobre todo en la interacción del paciente con otros según las áreas de funcionamiento en que estos participan o interactúan. En este sentido, se requiere más conocimiento sobre este trastorno y cómo se relaciona con experiencias de vida tempranas especialmente adversas, de tal manera que sea posible desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

La revisión sistemática realizada se enfocó en comprender la relación entre la adversidad temprana, los sesgos cognitivos y los síntomas propios del TLP. Al abordar estas cuestiones se alcanzó un entendimiento mayor sobre el modo en que la adversidad temprana es factor de riesgo en el desarrollo del trastorno; pero no ocurrió lo mismo respecto de la forma como los sesgos cognitivos se desarrollan con el tiempo en estos pacientes e influyen en las formas particulares de interpretación cognitiva. De modo particular, la revisión buscó arrojar luz sobre factores específicos que pudieran estar relacionados con la agudización de la sintomatología límite, lo que podría abrir nuevas posibilidades en el desarrollo de sistemas preventivos y atencionales más eficaces en relación con la atención de esta psicopatología.

Con lo anterior, el desarrollo del presente estudio plantea la necesidad de investigar y comprender mejor la relación específica entre el tipo de experiencia adversa y el tipo de sesgos cognitivos identificados y la correspondiente etapa de desarrollo en que su manifestación aparece, de modo tal que sea posible ofrecer mejores estrategias de evaluación, diagnóstico e intervención para los pacientes con TLP.

Prittwitz Sanz [30 p1] expresa que el TLP:

“[...] es una patología grave, de complejidad diagnóstica y con una elevada prevalencia en la población general. Entre los aspectos clínicos más característicos de este trastorno se encuentra la inestabilidad emocional, así como las dificultades comportamentales, tanto en la relación con ellos mismos como con terceros. Las personas con TLP buscan el riesgo, los excesos, pero también el dolor físico, el cual actúa como anestesia para calmar el sufrimiento interno. A pesar de ser un trastorno que se caracteriza por su elevada intensidad, por la variedad de síntomas y de patologías asociadas, no deja de ser un gran desafío para los profesionales con seguir comprender mejor a los que adolecen de este trastorno”.

La revisión mostrada permitió encontrar un denominador común: muchos de los pacientes con TLP reportan experiencias de abuso, cuidado negligente o maltrato en etapas tempranas de su evolución. El planteamiento de Pérez Longares [29 p37] coincide con este hallazgo:

“Aunque diferentes experiencias tempranas pueden desempeñar un papel importante en la vida adulta, se ha investigado especialmente la relación entre trauma infantil y diferentes trastornos psicológicos en la adultez. Así, el trauma infantil se ha asociado con la aparición de gran variedad de alteraciones psicopatológicas, entre ellas el trastorno límite de la personalidad”.

Algunos de los trabajos que fueron objeto de estudio en esta investigación describen la forma en que el trauma infantil influye en las características del TLP debido al desarrollo de estilos de apego inseguro, que devienen en rasgos desadaptativos de la personalidad; así mismo, muestran evidencia de que en los pacientes con TLP que reportan altos niveles de maltrato infantil existe una correlación negativa entre las puntuaciones de MASC (prueba cognitiva social) [22,26]. Lo anterior coincide con el trabajo de Herrera Huerta et al. [31], quienes afirman que en estos pacientes se han identificado alteraciones a nivel del córtex prefrontal y deficiencias en las funciones ejecutivas (FE) que se asocian con la gravedad sintomática del trastorno. Adicionalmente, la revisión mostró evidencias de que las experiencias adversas en la infancia y los subtipos particulares de adversidad, tales como el abuso y la negligencia, producen cambios estructurales y funcionales significativos en las regiones comprendidas en la red autonómica central, tales como volúmenes más pequeños del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal medial [32].

La investigación muestra que el trauma temprano conduce a deficiencias tales como toma de decisiones arriesgadas y dificultades de reconocimiento emocional, básico este último en las posteriores interacciones sociales e interpersonales; y que pacientes con TLP que han sido expuestos a experiencias tempranas adversas ven afectadas sus capacidades de adaptación y de regular adecuadamente sus emociones, al tiempo que tienen menores desarrollos a nivel de inteligencia emocional, especialmente en aspectos relacionados con la comprensión y regulación de las emociones. Ello suele acarrear dificultades en las relaciones interpersonales y se convierte en factor de riesgo para desarrollar problemas mentales y sociales en la edad adulta [24,27,33]. Por lo anterior, y a la luz de los datos recabados, se hace necesario enfocar la práctica clínica, educativa y social en la prevención de experiencias adversas en la primera infancia, y continuar realizando investigaciones que permitan evidenciar la relación entre el trauma temprano y la aparición de sintomatología de trastornos psiquiátricos.

En relación con la hipótesis planteada en la sección introductoria, la investigación de Sieswerda, Arntz, Mertens y Vertommen [19] pretendió comprender si los pacientes con diagnóstico de TLP muestran sesgos relacionados con esquemas cognitivos, para lo cual exploraron las relaciones con la infancia traumática y los síntomas del trastorno límite. Su trabajo muestra que los pacientes con TLP mostraron hipervigilancia tanto para las señales negativas como para las positivas, pero estaban específicamente sesgados hacia las primeras que se relacionaban con el esquema. Este hallazgo, sin embargo, es insuficiente para dar cuenta de sesgos cognitivos relacionados con la intencionalidad de las acciones, la toma de decisiones, el razonamiento basado en emociones o la irracionalidad del pensamiento cotidiano como característico o no de este tipo de pacientes. Al respecto, Núñez Morales et al. [34 p85] han señalado que “entre las características de este trastorno se destacan las alteraciones en la percepción de posibles amenazas y rechazo social, las emociones-cognición y alteraciones de la cognición social, la importancia del estrés social y la mentalización”.

El rastreo documental realizado pone en evidencia que, si bien existe en los estudios una clara relación entre adversidad temprana y el desarrollo de la sintomatología límite, es poca la evidencia que relacione estas dos variables con los tipos específicos de sesgos cognitivos, lo que configura una de las limitaciones de la revisión. A ello se suma el acceso a la información, dado que hay artículos no disponibles o de acceso restringido que no pudieron ser consultados.

Conclusiones

Durante la revisión de artículos se encontró que, si bien existe evidencia de que la adversidad temprana en general es un factor predisponente para el TLP, se precisa más investigación para comprender los tipos específicos de adversidad que pueden estar más relacionados con el desarrollo del TLP.

No es del todo claro el modo en que la adversidad temprana afecta el desarrollo del TLP con el transcurrir del tiempo y el curso del trastorno. Algunas personas pueden desarrollar síntomas de TLP luego de experimentar adversidad temprana, mientras que otras pueden no tenerlos hasta etapas posteriores del desarrollo, e incluso a partir de la exposición a otro tipo de experiencias o vivencias adversas. Comprender el curso de desarrollo del trastorno límite podría ayudar a identificar a las personas que se encuentran en mayor riesgo o vulnerabilidad, al tiempo que amplía la posibilidad de proponer acciones concretas en materias de prevención e intervención de la enfermedad mental y la personalidad.

Por otro lado, si bien hay producción académica y científica sobre cómo la adversidad temprana puede conducir al desarrollo del TLP, todavía queda mucho por aprender sobre los cambios o transformaciones específicas involucrados en el trastorno. Por ejemplo, algunos investigadores creen que la adversidad temprana puede interrumpir el desarrollo de las habilidades de regulación o desregulación emocional [21,22]; mientras otros sugieren que puede conducir a cambios en la función cerebral en términos anatómicos, o bien al desarrollo de estrategias de afrontamiento más disfuncionales o desadaptativas [20–22].

En cuanto a la intervención clínica en psicología, si bien existen algunos tratamientos efectivos para el TLP como la terapia cognitivo-conductual, la terapia de aceptación y compromiso y la terapia dialéctico-funcional, las propuestas de prevención y la intervención temprana se configuran en estrategias que en muchos casos son más efectivas para reducir la agudización de la sintomatología propia de este trastorno. Se hace apremiante un grado mayor de investigación para identificar estrategias efectivas en cuanto a la prevención del TLP en individuos que han experimentado adversidad temprana, y para desarrollar programas de intervención temprana que puedan ayudar a prevenir la aparición de la sintomatología límite y desfavorecer el curso y desarrollo del trastorno.

Además, describir la relación entre los diferentes tipos de sesgos cognitivos y la sintomatología del TLP —por ejemplo, analizar la relación entre el sesgo de interpretación negativa y la desregulación emocional— es de gran relevancia, dado que no es claro cómo este tipo de sesgo particular se relaciona directa o indirectamente con la presentación de algunos síntomas propios del trastorno límite. La investigación al respecto puede contribuir a aclarar estas relaciones e informar los enfoques de tratamiento más idóneos, teniendo en cuenta las particularidades del trastorno y de su génesis.

Determinar la influencia de los sesgos cognitivos en el funcionamiento interpersonal en individuos con TLP puede favorecer los procesos de intervención clínicos y mejorar el pronóstico

de la intervención en beneficio de los pacientes. La investigación al respecto podría favorecer la identificación de mecanismos más adaptativos y estrategias de afrontamiento social más funcionales, tendientes a mejorar el funcionamiento social en los pacientes con trastorno límite.

Finalmente, si bien algunos estudios han explorado la efectividad de las terapias cognitivo-conductuales para reducir los sesgos cognitivos en el TLP, se conoce poco sobre la efectividad de otras intervenciones, tales como las de tercera generación.

Referencias

1. Tintaya Condori P. Psicología y personalidad. Revista de Investigación Psicológica [Internet]. Junio de 2019;(21):115-34. Disponible en: <https://tinyurl.com/2ks7bo5j>
2. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™ [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p. Disponible en: <https://tinyurl.com/y96wp9v4>
3. Marques S, Barrocas D, Rijo D. Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. Acta Med Port [Internet]. 28 de abril de 2017;30(4):307-19. doi: <https://doi.org/10.20344/amp.7469>
4. Oviedo GF, Gómez-Restrepo C, Rondón M, Borda Bohigas JP, Tamayo Martínez N. Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. diciembre de 2016;45:127-34. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002>
5. Asociación Nacional de Informadores de la Salud. Entre el 2 y el 8% de la población padece trastorno límite de la personalidad [Internet]. Disponible en: <https://tinyurl.com/2lf6ddkq>
6. Israel Guzmán PF. Variables demográficas, clínicas y de preferencias asociadas con la disposición de los pacientes a reportar experiencias adversas tempranas durante la primera entrevista clínica [Internet] [Magíster en Psicología Clínica]. Pontificia Universidad Católica de Chile; 2019. Disponible en: <https://tinyurl.com/2kl7msuz>
7. Felitti VJ, Williams SA. Long-Term Follow-Up and Analysis of More Than 100 Patients Who Each Lost More Than 100 Pounds. TPJ [Internet]. Septiembre de 1998;2(3):17-21. doi: <https://doi.org/10.7812/TPP/98.932>
8. Arnow BA. Relationships Between Childhood Maltreatment, Adult Health and Psychiatric Outcomes, and Medical Utilization. J Clin Psychiatry [Internet]. 1 de agosto de 2004;65:10-5. Disponible en: <https://www.psychiatrist.com/read-pdf/17355/>
9. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield Ch, Perry BD, et al. The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. Abril de 2006;256(3):174-86. doi: <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
10. Villarreal MF, Wainsztein AE, Mercè RÁ, Goldberg X, Castro MN, Brusco LI, et al. Distinct Neural Processing of Acute Stress in Major Depression and Borderline Personality Disorder. Journal of Affective Disorders [Internet]. Mayo de 2021;286:123-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.055>

11. Sereno Torres LC, Camelo Roa SM. Efecto de las experiencias adversas durante la niñez sobre la actividad electroencefalográfica en reposo. *Psychol* [Internet]. 31 de diciembre de 2020;14(2):81-94. doi: <https://doi.org/10.21500/19002386.4888>
12. Torres-Salazar C, Moreta-Herrera R, Ramos-Ramírez M, López-Castro J. Sesgo cognitivo de optimismo y percepción de bienestar en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Rev colomb psicol* [Internet]. 1 de enero de 2020;29(1):61-72. doi: <https://doi.org/10.15446/v29n1.75853>
13. Kahneman D. Two Systems in the Mind. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences* [Internet]. 1 de enero de 2012;65(2):55-9. Disponible en: <https://tinyurl.com/2oc28cj5>
14. Gigerenzer G, Czerlinski J, Martignon L. How Good are Fast and Frugal Heuristics? En: Shanteau J, Mellers BA, Schum DA, editores. *Decision Science and Technology* [Internet]. Boston: Springer; 1999. p. 81-103. doi: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-5089-1_6
15. Corral Rego L. Validación del cuestionario de sesgos cognitivos para la psicosis (CBQP): relación con sintomatología, insight y neurocognición [Internet]. Universitat Rovira i Virgili; 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=267339>
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *BMJ* [Internet]. 29 de marzo de 2021;71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
17. Arntz A, Dietzel R, Dreesen L. Assumptions in Borderline Personality Disorder: Specificity, Stability and Relationship with Etiological Factors. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. Junio de 1999;37(6):545-57. doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00152-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00152-1)
18. Savitz J, Van der Merwe L, Stein DJ, Solms M, Ramesar R. Genotype and Childhood Sexual Trauma Moderate Neurocognitive Performance: A Possible Role for Brain-Derived Neurotrophic Factor and Apolipoprotein E Variants. *Biological Psychiatry* [Internet]. Septiembre de 2007;62(5):391-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.10.017>
19. Sieswerda S, Arntz A, Mertens I, Vertommen S. Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. Mayo de 2007;45(5):1011-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.012>
20. Minzenberg MJ, Poole JH, Vinogradov S. A Neurocognitive Model of Borderline Personality Disorder: Effects of Childhood Sexual Abuse and Relationship to Adult Social Attachment Disturbance. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2008;20(1):341-68. doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579408000163>
21. Thomsen MS, Ruocco AC, Carcone D, Mathiesen BB, Simonsen E. Neurocognitive Deficits in Borderline Personality Disorder: Associations With Childhood Trauma and Dimensions of Personality Psychopathology. *Journal of Personality Disorders* [Internet]. Agosto de 2017;31(4):503-21. doi: https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_265

22. Duque-Alarcón X, Alcalá-Lozano R, González-Olvera JJ, Garza-Villarreal EA, Pellicer F. Effects of Childhood Maltreatment on Social Cognition and Brain Functional Connectivity in Borderline Personality Disorder Patients. *Front Psychiatry* [Internet]. 29 de marzo de 2019;10:156. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00156>
23. Richard-Lepouriel H, Kung AL, Hasler R, Bellivier F, Prada P, Gard S, et al. Impulsivity and its Association with Childhood Trauma Experiences Across Bipolar Disorder, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. Febrero de 2019;244:33-41. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.060>
24. Alafia J, Manjula M. Emotion Dysregulation and Early Trauma in Borderline Personality Disorder: An Exploratory Study. *Indian Journal of Psychological Medicine* [Internet]. Mayo de 2020;42(3):290-8. doi: https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_512_18
25. Hillmann K, Neukel C, Krauch M, Spohn A, Schnell K, Herpertz SC, et al. Cognitive and Affective Theory of Mind in Female Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders* [Internet]. Octubre de 2021;35(5):672-90. doi: <https://doi.org/10.1521/pe.2020.34.490>
26. Peng W, Liu Z, Liu Q, Chu J, Zheng K, Wang J, et al. Insecure Attachment and Maladaptive Emotion Regulation Mediating the Relationship Between Childhood Trauma and Borderline Personality Features. *Depression and Anxiety* [Internet]. Enero de 2021;38(1):28-39. doi: <https://doi.org/10.1002/da.23082>
27. Gica S, Kaplan B, Atar AT, Gulec MY, Gulec, H. Investigation of the Effects of Childhood Sexual Abuse on Disease Severity and Cognitive Functions in Borderline Personality Disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2021; 34(2):141-50. doi: <https://doi.org/10.14744/dajpns.2021.00132>
28. Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski J. Higher Indexes of Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder Compared with Bipolar Disorder. *Psychiatr Pol* [Internet]. 27 de febrero de 2022;56(1):7-18. doi: <https://doi.org/10.12740/PP/140537>
29. Pérez Longares P. Revisión de los factores de riesgo que influyen en el trastorno límite de la personalidad [Internet] [Tesis]. 2021. Disponible en: <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/1879>
30. Prittwitz Sanz CU. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de un caso con trastorno límite de la personalidad [Internet] [Tesis de maestría]. 2022. Disponible en: <http://titula.universidadeuropea.com/handle/20.500.12880/2343>
31. Herrera Huerta CA, Magallanes Cano EM, Soto Briseño AI, Orozco Zagal E, Camarena Robles E. Trastorno límite de la personalidad: funciones ejecutivas y severidad sintomática. *Psicosomática y Psiquiatría* [Internet]. 28 de abril de 2022;21. doi: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum210401>
32. McLaughlin KA, Weissman D, Bitrán D. Childhood Adversity and Neural Development: A Systematic Review. *Annu Rev Dev Psychol* [Internet]. 24 de diciembre de 2019;1(1):277-312. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-121318-084950>

33. Burgal Juanmartí F, Segura Bernal J, Fernández Puig V, Sánchez Matas M. Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [Internet]. 2019;19(2):229-38. Disponible en: <https://tinyurl.com/2fzlasnv>
34. Núñez Morales N, Sancho M, Granados Martínez B, Gibert Rahola J. Trastorno límite de la personalidad (TLP): características, etiología y tratamiento. *Psiquiatría Biológica* [Internet]. septiembre de 2019;26(3):85-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.10.001>
35. Downs, SH., & Black, N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *Journal of epidemiology & community health*, (1998). 52(6), 377-384. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.6.377>

Anexo 1. Valoración de la calidad de artículos a través de criterios de Downs and Black.

Criterios de Downs and Black	Villarrreal et al. [10]	Arntz et al. [17]	Savitz et al. [18]	Sieswerda et al. [19]	Minzenberg et al. [20]	Thomsen et al. [21]	Duque-Alarcón et al. [22]	Richard-Le-pouriel et al. [23]	Alafia y Manjula [24]	Hillmann et al. [25]	Peng et al. [26]	Gica et al. [27]	Jaworska-An-dryszewska y Rybakowski [28]
1. ¿Se describe claramente la hipótesis/meta/objetivo del estudio?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. ¿Están claramente descritos los principales resultados a medir en las secciones de introducción o métodos?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. ¿Se incluyen las características de los pacientes?	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
5. ¿Están descritas las distribuciones de los principales factores de confusión en cada grupo de sujetos para ser comparado claramente?	2	2	0	2	1	2	2	1	2	2	0	2	0
6. ¿Están claramente descritos los principales hallazgos del estudio?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. ¿Proporciona el estudio estimaciones de la probabilidad aleatoria de la variabilidad en los datos para los resultados principales?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
10. ¿Se informaron los valores de probabilidad reales (p. ej., 0,035 en lugar de <0,05) para los resultados principales, excepto cuando el valor de probabilidad es inferior a 0,001?	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0
11. ¿Los sujetos a los que se pidió que participaran en el estudio son representativos de toda la población de la que fueron reclutados?	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0
12. ¿Los sujetos que estaban preparados para participar eran representativos de toda la población de la que fueron reclutados?	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
13. ¿El personal, los lugares y las instalaciones donde se atendió a los pacientes fueron representativos del tratamiento que recibe la mayoría de los pacientes?	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0

Anexo 1. (continuación)

Crterios de Downs and Black	Villarrreal et al. [10]	Arntz et al. [17]	Savitz et al. [18]	Sieswerda et al. [19]	Minzenberg et al. [20]	Thomsen et al. [21]	Duque-Alarcón et al. [22]	Richard-Le-pouriel et al. [23]	Alafia y Manjula [24]	Hillmann et al. [25]	Peng et al. [26]	Gica et al. [27]	Jaworska-An-dryszewska y Rybakowski [28]
15. ¿Se intentó cegar a quienes miden los resultados principales de la intervención?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16. Si alguno de los resultados del estudio se basó en "la pesquisa de datos", ¿se aclaró?	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
18. ¿Fueron apropiadas las pruebas estadísticas utilizadas para evaluar los resultados principales?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20. ¿Se utilizaron las principales medidas de resultado?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21. ¿Estaban los pacientes en diferentes grupos de intervención (ensayos y estudios de cohortes) o los casos y controles (estudios de casos y controles) se reclutaron de la misma población?	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
22. ¿Se incluyeron sujetos de estudio en diferentes grupos de intervención (ensayos y estudios de cohortes) o se reclutaron casos y controles (estudios de casos y controles) durante el mismo período de tiempo?	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0
25. ¿Hubo un ajuste adecuado de las variables de confusión en los análisis de los que se extrajeron los hallazgos principales?	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1
27. ¿Tuvo el estudio suficiente potencia para detectar un efecto clínicamente importante donde el valor de probabilidad de que una diferencia se deba al azar es inferior al 5 %?	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota. Para más información de los criterios Downs and Black, revisar el artículo de Downs y Black (1998) [35].