

## **CUIDADOS PARENTALES EN LA INFANCIA Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Ekaterina Kokoulina Cherevach<sup>1</sup> y Rafael Fernández Martínez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro médico "El Castro", Vigo; <sup>2</sup>Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Vigo (España)

### **Resumen**

La inestabilidad en las relaciones interpersonales es un rasgo central del trastorno límite de la personalidad (TLP). Las condiciones adversas dentro del entorno familiar en la infancia/adolescencia, como es el rechazo y negligencia parentales, así como las distintas formas de maltrato, interfieren en la formación y mantenimiento de vínculos afectivos seguros. La inseguridad en el apego podría ser un precursor relevante en las trayectorias vitales de las personas con TLP. El objetivo del estudio es comparar un grupo de pacientes con TLP ( $n= 31$ ) y un grupo de pacientes con distintas psicopatologías ( $n= 278$ ) en la experiencia autoinformada en la infancia-adolescencia (hasta los 17 años) de cuidados parentales negativos así como de haber sufrido maltrato físico, emocional, abuso sexual y presenciar violencia doméstica. Los resultados indican una mayor carga de adversidad familiar entre los pacientes con TLP, siendo la antipatía paterna, maltrato físico y abuso sexual las experiencias con mayor peso en la predicción del trastorno. Discutimos los resultados dentro del marco de la psicopatología del desarrollo y la teoría del apego de Bowlby (1989).

**PALABRAS CLAVE:** *trastorno límite de la personalidad, cuidados parentales, maltrato, psicopatología del desarrollo, teoría del apego*

### **Abstract**

Instability in interpersonal relationships is one of the central features of the borderline personality disorder (BPD). Adverse conditions in the family environment in childhood/adolescence, such as parental rejection and neglect and the various forms of abuse, interfere with the formation and maintenance of secure attachment. These difficulties could be an important precursor in the life trajectories of people with BPD. The aim of the study is to compare a group of patients with BPD ( $n= 31$ ) and a group of patients with various psychopathological conditions ( $n= 278$ ) in self-reported experiences in childhood and adolescence (up to 17 years) of negative parental care and physical maltreatment, emotional abuse, sexual abuse and witnessing domestic violence. The results indicate a greater burden of family adversity among patients with BPD, who showed father antipathy and physical and sexual abuse as the self-reported experiences with a greater weight in predicting the disorder. We discuss the results within the framework of Bowlby's attachment theory (1989).

KEY WORDS: *borderline personality disorder, parental care, maltreatment, developmental psychopathology, attachment theory.*

## Introducción

Uno de los focos de la psicopatología del desarrollo es identificar las clases de experiencias y los mecanismos a los que se asocian patrones individuales de adaptación o desadaptación a lo largo del ciclo vital (Cicchetti, 2006). Las conexiones de experiencias de riesgo con resultados psicopatológicos implican transacciones complejas y dinámicas entre el organismo y su ambiente (O'Connor, 2006). Así, la exposición a determinados acontecimientos estresantes puede aumentar la probabilidad de síntomas psicopatológicos diferentes (multifinalidad) y al mismo resultado de desadaptación puede llegarse atravesando vías o patrones de exposición de riesgo diferentes (equifinalidad). También refleja la complejidad el que los factores de riesgo no se den aisladamente sino en contextos particulares que pueden modular su impacto.

Tres clases de experiencia parecen tener particular importancia (Rutter, 2005). En primer lugar, la falta de relaciones continuas, armoniosas y comprometidas como ocurre muchas veces en los cuidados institucionales. Segundo, cuando las relaciones son profundamente negativas (como el rechazo, ser chivo expiatorio o la negligencia) y, tercero, cuando las relaciones son de una clase que engendra incertidumbre e inseguridad. De modo coherente con ello, la evidencia acumulada indica que el maltrato y las disfunciones familiares en la infancia son un factor de riesgo no sólo para los trastornos psicológicos (Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; Johnson, Cohen, Chen, Kasen y Brook, 2006) sino también que se asocian con una mayor morbilidad somática y mortalidad en la vida adulta (Felitti y Anda, 2009). En definitiva, tal y como señala Repetti, Taylor y Seeman (2002), los ambientes familiares en la infancia representan vínculos vitales para comprender la salud física y mental a lo largo del ciclo vital.

De entre los trastornos de la personalidad quizás el más investigado es el trastorno límite de la personalidad (TLP) (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2009). De acuerdo con el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), los dos primeros criterios para el diagnóstico se refieren a pautas relacionales disfuncionales: esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado y un patrón de relaciones inestables e intensas caracterizadas por la oscilación entre los extremos de la idealización y la devaluación. Otras características notorias son la impulsividad, la conducta, gestos o amenazas suicidas recurrentes o la conducta autolesiva, inestabilidad afectiva, experiencia de difusión de identidad y sentimientos de vacío. Estas últimas características, en sí mismas no relacionales, son habitualmente desencadenadas por sucesos reales o imaginados en las relaciones (p. ej., separaciones benignas podrían percibirse como rechazo) (Levy, 2005). Por lo demás, el diagnóstico se justifica cuando el sujeto cumple al menos cinco de las características clínicas que deberían darse en una variedad de contextos. La prevalencia del trastorno en la población general es de entre el 1-2% (Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler,

2007) y en pacientes de consultas externas de salud mental de alrededor del 12% (Korzekwa, Dell, Links, Thabane y Webb, 2008). Además de la interferencia en el funcionamiento psicosocial y la frecuente comorbilidad con otros trastornos tanto del eje II como del eje I (Zanarini, Franken, Bradford, Marino, Haynes y Gunderson, 1999), los pacientes con TLP presentan un riesgo incrementado de conducta suicida (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012). Todo ello hace que su prevención y tratamiento sea una de las prioridades de los sistemas de salud.

Como destacan las Guías de Práctica Clínica (Generalitat de Catalunya Departament de Salut, 2011; *National Health and Medical Research Council*, 2012; *National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2009), el origen del TLP es multideterminado y no ha podido avanzarse ningún modelo que integre toda la evidencia disponible sobre su etiología. Algunos de los factores que cuentan con mayor apoyo empírico son las vulnerabilidades genéticas y constitucionales; disfunciones neurofisiológicas y neurobiológicas de la regulación emocional; historias psicosociales de maltrato y abuso en la infancia y desorganización de aspectos del sistema conductual afiliativo, más en particular, el sistema de apego. Podría decirse, por tanto, que el fenotipo límite difícilmente puede verse como resultado de factores aislados (Chanen y Kaess, 2012).

Aunque el TLP, y la patología de la personalidad en general, no remite necesariamente a especial adversidad durante los años de desarrollo (Paris, 1998), la fuerte implicación relacional de los patrones límite es coherente con la investigación que refleja que experiencias relacionales traumáticas como el maltrato son antecedentes frecuentes de esta psicopatología (Carlson, Egeland y Sroufe, 2009). Pero, además del papel documentado de la experiencia traumática, otros aspectos relacionales más sutiles que se dan en la interacción cotidiana con los cuidadores durante la infancia-adolescencia podrían ser también antecedentes remotos relevantes (Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004). Linehan (1993), en concreto, se refiere a la experiencia crónica de invalidación. Hughes, Crowell, Uyeji y Coan (2012), por su parte, proponen un modelo que sugiere que el desarrollo del TLP podría derivarse de la falta de respuesta positiva de los cuidadores lo que subsecuentemente perturba la capacidad para regular eficazmente las emociones. Estas propuestas son coherentes con pruebas empíricas de que los pacientes con TLP valoran de modo más negativo los cuidados parentales que pacientes sin TLP (Paris y Frank, 1989). No obstante, la investigación sobre la experiencia familiar en la infancia ha estado especialmente centrada en el maltrato y abuso.

Es posible que el hilo conductor que hace que las experiencias relacionales traumáticas y de invalidación sean especialmente patogénicas se derive del impacto negativo sobre la necesidad psicobiológica básica de establecimiento de vínculos afectivos seguros (Bowlby, 1989; Rohner, 2004). A este respecto, hay pruebas de la asociación entre rechazo parental y desajuste psicológico independientemente de variaciones raciales, culturales, lingüísticas y geográficas (Rohner y Carrasco, 2014) y de que la alteración de los vínculos afectivos puede iniciar una cascada de consecuencias adversas en el desarrollo de competencias como son la regulación emocional (Mosquera, González y Leeds, 2014; Schore,

2001) y la “mentalización” (entendida como la capacidad metacognitiva para pensar sobre los propios pensamientos y sentimientos y los de los otros cuando se intenta predecir y comprender la conducta) (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011). Dichos déficit parecen ser elementos centrales en las trayectorias disfuncionales a la larga características de los patrones límite (Liotti, Cortina y Farina, 2008; Rogosch y Cicchetti, 2005).

El principal objetivo del estudio es comparar un grupo de pacientes con TLP y un grupo de pacientes con distintas psicopatologías en el informe retrospectivo de experiencias adversas en el entorno familiar durante la infancia-adolescencia. En concreto, la investigación se centra en ocho clases de experiencia: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual, presenciar violencia en el hogar y conductas de rechazo y negligencia en los cuidados por parte de cada una de las figuras parentales.

## Método

### *Participantes*

Todos los pacientes que iniciaron tratamiento psicológico en una Unidad de Salud Mental entre junio de 2011 y mayo de 2015, mayores de 18 años y con estudios de al menos Enseñanza Secundaria Obligatoria, participaron en el estudio. No fueron incluidos los que acudieron por motivos diferentes (p. ej., realización de estudio de funciones cognitivas o evaluación psicodiagnóstica) o que padecían algún tipo de discapacidad (sensorial, motora o intelectual) que impidiera la cumplimentación de los instrumentos de medida. La muestra de pacientes con TLP quedó formada por 31 sujetos y la muestra de pacientes con otras psicopatologías (grupo clínico de comparación, GCC) por 278. Las características sociodemográficas de ambos grupos se recogen en la tabla 1.

De los 31 pacientes con TLP, 22 tenían uno o más trastornos comórbidos (18 trastornos depresivos, tres trastornos de ansiedad, tres trastornos somatoformes, uno trastorno obsesivo compulsivo y uno trastorno de estrés postraumático). Los diagnósticos en el GCC fueron: trastornos depresivos (118 sujetos), de ansiedad (95), otros trastornos de la personalidad (77), trastornos adaptativos (54), trastorno obsesivo compulsivo (13), trastornos somatoformes (diez), trastornos de la conducta alimentaria (cinco), trastorno de estrés postraumático (cuatro) y trastorno bipolar (tres).

### *Instrumentos*

- a) “Cuestionario de personalidad de la SCID-II” (*SCID-II Personality of Questionnaire*, SCID-II-Q; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997). El cuestionario está compuesto por 12 escalas de los distintos trastornos de la personalidad (TP) del DSM-IV. El número total de ítems es de 117 ítems con respuesta dicotómica (si-no) y cuyo contenido se corresponde con los criterios diagnósticos DSM-IV para cada uno de los TP. Su objetivo es de cribado. La sensibilidad y especificidad varía en función del punto de corte (Hilderson,

Germans, Rijnders, Van Heck y Hodiament, 2011; Jacobsberg, Perry y Frances, 1995). En el estudio de Campo, Díaz y Barros (2008) la consistencia interna de las escalas oscila entre 0,54 y 0,75. En el nuestro, osciló entre 0,45 para la escala del patrón esquizoide y 0,80 para la escala del patrón límite. Tras el patrón límite, las escalas con mayor consistencia interna fueron las del patrón evitativo (0,78), depresivo (0,76), paranoide (0,72) y narcisista (0,70). Estas cinco escalas del SCID-II-Q fueron las únicas con una consistencia interna aceptable y de las que informamos en los resultados.

**Tabla 1**

Características sociodemográficas de los grupos de pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP) y otras patologías (GCC)

| Variable               | Grupos         |                |
|------------------------|----------------|----------------|
|                        | TLP (n= 31)    | GCC (n= 278)   |
| Edad                   | 35,6 (DT 11,3) | 35,7 (DT 10,6) |
| Sexo                   |                |                |
| Mujeres (n= 235)       | 25 (80,6%)     | 210 (75,5%)    |
| Varones (n= 74)        | 6 (19,4%)      | 68 (24,5%)     |
| Estado Civil           |                |                |
| Solteros (n= 162)      | 19 (61,3%)     | 143 (51,4%)    |
| Casados (n= 103)       | 6 (19,4%)      | 97 (34,9%)     |
| Separados (n= 35)      | 6 (19,4%)      | 29 (10,4%)     |
| Viudos (n= 9)          | 0 (0%)         | 9 (3,2%)       |
| Estudios               |                |                |
| ESO (n= 138)           | 18 (58,1%)     | 120 (43,2%)    |
| Ciclo (n= 51)          | 6 (19,4%)      | 45 (16,2%)     |
| Bachillerato (n= 63)   | 6 (19,4%)      | 57 (20,5%)     |
| Universitarios (n= 57) | 1 (3,2%)       | 56 (20,1%)     |

Nota: TLP= trastorno límite de la personalidad; GCC= grupo clínico de comparación.

- b) "Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV" (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders*, SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Es una entrevista semiestructurada para la valoración de los criterios diagnósticos de los distintos TP. Está focalizada en aquellos ítems del SCID-II-Q que el sujeto responde afirmativamente de los que se obtiene información adicional para confirmar o descartar la presencia de la característica evaluada.
- c) "Entrevista clínica de adversidad durante la infancia en el hogar" *ad hoc*. Las cuatro experiencias de adversidad en la infancia-adolescencia (hasta los 17 años) evaluadas fueron: maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual y exposición a episodios de violencia doméstica. Para la evaluación del *maltrato físico* las cuestiones son: "En ocasiones los padres u otros adultos que viven en la casa: 1) empujan, pegan, golpean o tiran algo contra uno; 2) pegan tan fuerte que provocan marcas o heridas". El sujeto responde en una escala que va desde "Nunca" a "Muy frecuentemente". Se consideró presente el maltrato físico si el sujeto respondía "Frecuentemente" o "Muy frecuentemente" a la primera cuestión o "A veces", "Frecuentemente" o

“Muy frecuentemente” a la segunda y ofrecía ejemplos conductuales concretos de dichos episodios. Para la evaluación del *maltrato emocional* las cuestiones son: “¿con qué frecuencia alguno de sus padres u otros adultos de la familia le insultaban o le humillaban en público?” y “¿con qué frecuencia le hacían sentir asustado de que le pudieran hacer algún tipo de daño?” Respuestas de “Frecuentemente” o “Muy frecuentemente” a cualquiera de las dos preguntas, con ejemplos de episodios concretos, fueron valoradas como positivas para abuso emocional. Las cuestiones empleadas son las recomendadas en el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre prevención del maltrato infantil (Butchart y Harvey, 2009). Estas cuestiones, que se incluyen en las secciones de maltrato físico y psicológico de la “escala de tácticas de conflicto” (*Conflict Tactics Scale*; Straus y Hamby, 1997), también fueron empleadas en el importante estudio de “Experiencias adversas en la infancia” (*Adverse Childhood Experiences*, ACE; Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson y Giles, 2001). La evaluación de *abuso sexual*, entendido como cualquier forma de interacción sexual forzada entre un individuo y una persona que está en una posición de poder sobre otro (Urra, 2011), se basó en la información aportada por el paciente cuando se preguntó específicamente si había sufrido en la niñez o la adolescencia alguna forma de experiencia sexual indeseada con algún adulto en el entorno familiar. La experiencia de *exposición a violencia en el hogar* fue valorada como presente si el paciente informaba haber sido testigo de episodios de agresividad física o amenazas graves entre otros miembros de la familia.

- d) “Cuestionario de experiencias de cuidados y abuso en la infancia” (*Childhood Experiences of Care and Abuse*, CECA-Q; Smith, Lam, Bifulco y Checkley, 2002). De este cuestionario se utilizaron las subescalas de Negligencia y Antipatía parental. El CECA-Q es un cuestionario centrado en distintas experiencias en la relación con los padres o cuidadores principales en la infancia-adolescencia (hasta los 17 años). Además de experiencias de abuso y maltrato (físico y sexual), incluye la escala de Cuidados parentales compuesta por dos subescalas denominadas “Negligencia” y “Antipatía”. El cuestionario es introducido por una pregunta general: “¿Cómo recuerda a su madre/padre a lo largo de la infancia (antes de los 17 años)?”. La subescala de Negligencia está compuesta por ocho ítems descriptivos de características conductuales del cuidador en la relación, como el desinterés y descuido/privación de necesidades básicas y emocionales. La subescala de Antipatía también está compuesta por ocho ítems sobre conductas del cuidador en la relación, como la expresión abierta de rechazo, frialdad, desagrado o alto criticismo. Cada uno de los ítems es puntuado en una escala Likert de cinco puntos (1= “completamente en desacuerdo” a 5= “completamente de acuerdo”). Varios de los ítems tienen una valoración inversa. Las puntuaciones en ambas escalas oscilan entre 8 y 40 de modo que cuanto más elevadas sean las puntuaciones mayor es el informe de conductas que reflejan negligencia y antipatía. Varios estudios con distintas poblaciones (clínicas y comunitarias) indican que el CECA-Q tiene adecuadas propiedades psicométricas en términos de consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez concurrente con el

protocolo de entrevista CECA y otras medidas de estilo parental conceptualmente cercanas como el “Instrumento de lazos parentales” (*Parental Bonding Instrument*, PBI; Parker, Tupling y Brown, 1979) (Bifulco, Bernazzani, Moran y Jacobs, 2005; Carvalho *et al.*, 2011; Fisher *et al.*, 2011; Smith *et al.*, 2002). Las propiedades psicométricas de la adaptación en español son adecuadas como indican los valores de consistencia interna de entre 0,86 (escala de antipatía materna) y 0,89 (escala de antipatía paterna) y los valores de fiabilidad test-retest de entre 0,81 (escala de negligencia paterna) y 0,94 (escala de antipatía paterna) (Kokoulina y Fernández, 2015). En el presente estudio los valores de consistencia interna oscilaron entre 0,87 (antipatía materna) y 0,90 (antipatía paterna) en el caso de los pacientes con TLP y entre 0,85 (antipatía paterna) y 0,88 (negligencia paterna) en el de los pacientes del GCC. Las escalas de cuidados se dicotomizaron empleando los puntos de corte recomendados por los autores del instrumento por su concordancia con el protocolo de entrevista CECA y capacidad predictiva de resultados psicopatológicos (Smith *et al.*, 2002). Es decir, 25 para la subescala de Negligencia materna, 28 para la de Antipatía materna, 26 para la de Negligencia paterna y 30 para la de Antipatía paterna.

### *Procedimiento*

En la primera entrevista, además de otra información clínica, recogimos información sobre experiencias de adversidad en la infancia siguiendo el protocolo de entrevista indicado en el apartado anterior. Al término de la primera entrevista todos los pacientes cumplimentaron, junto con otras medidas de autoinforme, el SCID-II-Q y las subescalas de Negligencia y Antipatía parental del CECA-Q. En el seguimiento fueron revisadas las respuestas afirmativas en las distintas escalas del SCID-II-Q y valorado el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de los distintos trastornos de la personalidad siguiendo el protocolo de entrevista estructurada SCID-II. Los sujetos que cumplían cinco o más de los criterios diagnósticos del TLP fueron incluidos en el grupo TLP. El GCC quedó formado por todos aquellos que no cumplían al menos cinco de los criterios diagnósticos para el TLP.

### *Análisis de datos*

Realizamos un análisis descriptivo de las características clínicas y sociodemográficas de los dos grupos. Comparamos la frecuencia del informe de las distintas formas de maltrato y de negligencia y rechazo parental a través de la prueba chi cuadrado ( $\chi^2$ ). La asociación entre las ocho experiencias adversas investigadas y el TLP fue estimada a través de la determinación de los *Odds Ratio* (OR). Finalmente, realizamos un análisis de regresión logística en el que las ocho experiencias adversas fueron introducidas como variables predictoras del cumplimiento de los criterios diagnósticos del TLP. El software empleado fue el IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp., 2012).

## Resultados

### *Características clínicas de los pacientes con trastorno límite de la personalidad*

El grupo de pacientes con TLP obtuvo puntuaciones significativamente más altas en las cinco escalas del SCID-II-Q con consistencia interna aceptable (igual o mayor a 0,70). Como sería esperable la diferencia fue especialmente acusada en la escala del patrón límite (10,16 versus 4,64;  $t = 9,32$ ;  $p = 0,000$ ) (tabla 2).

**Tabla 2**

Comparación entre grupos en las escalas de patrones disfuncionales de la personalidad del SCID-II-Q

| SCID-II Q (rango puntuaciones) | Grupos |      |      |      | t de Student |
|--------------------------------|--------|------|------|------|--------------|
|                                | TLP    |      | GCC  |      |              |
|                                | M      | DT   | M    | DT   |              |
| Evitativo (0-7)                | 4,5    | 2,27 | 3,24 | 2,27 | 3,11**       |
| Depresivo (0-8)                | 5,5    | 1,56 | 4,22 | 2,31 | 2,95**       |
| Paranoide (0-8)                | 3,81   | 2,13 | 2,52 | 2,13 | 3,17**       |
| Narcisista (0-16)              | 3,87   | 2,2  | 2,56 | 2,48 | 2,81**       |
| Límite (0-14)                  | 10,16  | 2,86 | 4,64 | 3,15 | 9,32***      |

Notas: SCID-II-Q= Cuestionario de personalidad de la SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*); TLP= trastorno límite de la personalidad; GCC= grupo clínico de comparación. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Los rasgos clínicos del grupo TLP más frecuentemente informados fueron los cambios bruscos de humor (96,8%), sentimientos frecuentes de vacío (90,3%), tratar de herirse o amenazar con hacerlo (90,3%), altibajos en las relaciones (87,1%) y sentirse frenético ante la idea de abandono (80,6%). Todas las características fueron significativamente más frecuentes en los pacientes con TLP. El mayor contraste entre grupos fue en los ítems referidos a cortarse o quemarse a propósito (67,74% versus 12,13%;  $\chi^2 = 58,76$ ;  $p = 0,000$ ) y a tratar de herirse o amenazar con hacerlo (90,3% versus 25,7%;  $\chi^2 = 53,05$ ;  $p = 0,000$ ).

Casi la mitad de los pacientes con TLP informó haber realizado algún intento suicida a lo largo de la vida (48,38%) frente a un porcentaje significativamente menor en el grupo clínico de comparación (14,18%) ( $\chi^2 = 22,42$ ;  $p = 0,000$ ).

### *Antecedentes en la infancia/adolescencia de adversidad familiar*

En ambas dimensiones de los cuidados parentales, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TLP alcanzó los puntos de corte de Negligencia y Antipatía tanto materna como paterna. Especialmente acusada fue la diferencia en la dimensión de Antipatía paterna (tabla 3). Por otra parte, un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TLP alcanzó el punto de corte para negligencia y/o antipatía para ambos cuidadores (40% versus 11,8%; OR: 4,96; IC 95%: 2,18-11,29).



El porcentaje de sujetos que informó de maltrato y abuso (maltrato físico, emocional, abuso sexual en el hogar y presenciar violencia doméstica) fue significativamente mayor en los pacientes con TLP (tabla 3).

**Tabla 3**

Comparación de las experiencias familiares adversas en la infancia/adolescencia entre los grupos

| Variables                        | Grupos        |                | OR (IC 95%)     | $\chi^2$ |
|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------|
|                                  | TLP           | GCC            |                 |          |
| Negligencia materna              | 12/31 (38,7%) | 45/277 (16,2%) | 3,2 (1,4-7,1)   | 9,32**   |
| Antipatía materna                | 9/31 (29%)    | 36/278 (12,9%) | 2,7 (1,1-6,4)   | 5,79*    |
| Negligencia paterna              | 18/30 (60%)   | 75/260 (28,8%) | 3,7 (1,6-8)     | 11,98**  |
| Antipatía paterna                | 15/30 (50%)   | 33/260 (12,7%) | 6,8 (3-15,3)    | 27,10*** |
| Maltrato físico                  | 12/31 (38,7%) | 32/274 (11,7%) | 4,7 (2,1-10,7)  | 16,48*** |
| Maltrato emocional               | 11/31 (35,5%) | 52/274 (19%)   | 2,3 (1-5,2)     | 4,62*    |
| Presenciar violencia en el hogar | 8/31 (25,8%)  | 27/265 (10,2%) | 3 (1,2-7,5)     | 6,49*    |
| Abuso sexual en el hogar         | 4/31 (12,9%)  | 5/263 (1,9%)   | 7,64 (1,9-30,1) | 11,59**  |

Notas: OR= Odds Ratios; TLP= trastorno límite de la personalidad; GCC= grupo clínico de comparación. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

Hasta el 76,5% del grupo de pacientes con TLP informó de dos o más experiencias adversas en la infancia lo que contrasta con el 28,4% del grupo clínico de control.

En el análisis de regresión logística fueron incluidas todas las variables de adversidad en la infancia-adolescencia. En el modelo de predicción entraron tres variables como predictores significativos del TLP: antipatía paterna, maltrato físico y abuso sexual en el hogar ( $\chi^2 = 30,01$ ;  $p = 0,000$ ). La varianza explicada fue del 10% ( $R^2$  de Cox y Snell = 0,103) (tabla 4).

**Tabla 4**

Regresión logística binaria entre el TLP y las variables de adversidad en la infancia

| Variable criterio | B    | E.T.  | Wald  | gl | Sig.  | Exp(B) | IC 95% Exp(B) |      |
|-------------------|------|-------|-------|----|-------|--------|---------------|------|
|                   |      |       |       |    |       |        | Inf.          | Sup. |
| Maltrato físico   | 1,02 | 0,468 | 4,77  | 1  | 0,029 | 2,77   | 1,1           | 6,9  |
| Abuso sexual      | 1,55 | 0,794 | 3,81  | 1  | 0,051 | 4,71   | 0,9           | 22,3 |
| Antipatía paterna | 1,66 | 0,436 | 14,65 | 1  | 0,000 | 5,30   | 2,2           | 12,4 |

Nota: TLP= trastorno límite de la personalidad.

## Discusión

El principal objetivo del estudio fue identificar antecedentes ambientales del entorno familiar en pacientes con TLP. Esperamos, con base en las investigaciones previas tanto retrospectivas como longitudinales, que informarían con mayor frecuencia de experiencias de maltrato. Por otra parte, dado el perfil psicopatológico del trastorno en el que es central la inseguridad en las relaciones socioafectivas y la desregulación emocional y conductual asociadas (Hervás, 2011), también esperamos que las condiciones de cuidados parentales caracterizadas por la privación de las necesidades de confortación y el rechazo serían antecedentes frecuentemente informados. Los resultados confirmaron ambas hipótesis y se añaden a la investigación que apoya una clara asociación entre adversidad familiar en la infancia y TLP.

El porcentaje de pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos del TLP fue cercano al observado en servicios ambulatorios de salud mental. Éste se ha estimado en alrededor del 12% (Korzekwa *et al*, 2008) y en nuestra muestra fue del 10%. Que la cifra fuera algo inferior puede deberse a que no se incluyeron todos los pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental sino solamente aquellos que iniciaron tratamiento psicológico. Por otra parte, además de los rasgos definitorios del trastorno, los pacientes con TLP informaron de rasgos desadaptativos propios de otros trastornos de la personalidad con mayor frecuencia que los pacientes del GCC. Así, junto a la elevación esperable en la escala del TLP, las puntuaciones en las escalas del SCID-II-Q de los trastornos de la personalidad por evitación, depresivo, paranoide y narcisista fueron significativamente más elevadas. Ello es consistente con la frecuente asociación informada del TLP con otros TP además de trastornos del eje I (Zanarini *et al.*, 1999). Otro rasgo clínico asociado es la ocurrencia de ideación y conductas suicidas y hasta un 10% de los pacientes con el trastorno llegan a consumir el suicidio (Black, Blum, Pfohl y Hale, 2008). En el estudio presente, casi la mitad de los pacientes con el trastorno (48,38%) informó haber realizado al menos un intento suicida a lo largo de la vida. La selección cuidadosa de los pacientes a través de un protocolo de entrevista estructurado (SCID-II), junto con las características clínicas indicadas, da la confianza de que el grupo de TLP es representativo de esta psicopatología.

La experiencia de rechazo parental es una dimensión de especial relevancia en la comprensión del desarrollo de rasgos de la personalidad desadaptativos (Rohner y Carrasco, 2014). Su impacto podría entenderse como consecuencia de la disfunción en el sistema conductual del apego (Gilbert, 2015). Aunque las perturbaciones en los vínculos afectivos en la infancia son un factor de riesgo general a la disfunción psicológica, el TLP ha sido considerado por algunos (Minzenberg, Poole y Vinogradov, 2006) como el trastorno del adulto paradigmático de la perturbación del apego social.

Los pacientes con TLP de nuestro estudio informaron con una frecuencia significativamente mayor de haber estado expuestos a todas las condiciones familiares adversas durante los años de desarrollo que investigamos. Y, mientras que solamente el 28,4% del grupo clínico de control informó de exposición a dos

o más experiencias adversas, este fue el caso del 76,5% de la muestra de pacientes con TLP. Por otra parte, aunque todas las variables de adversidad fueron informadas con una frecuencia significativamente mayor por estos pacientes, las diferencias fueron especialmente acusadas para el maltrato físico, antipatía paterna y abuso sexual en el hogar. Y, en el modelo de regresión logística, la antipatía paterna, seguida del abuso sexual en el hogar y el maltrato físico, fue la variable que tuvo mayor peso en la predicción del cumplimiento de los criterios diagnósticos del TLP. Aunque la frecuencia mayor de adversidad apunta a mayor carga de estrés y, en consecuencia, más probabilidad de desgaste y agotamiento a la larga derivados de la activación mantenida crónicamente de los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés (Ganzel, Morris y Wethington, 2010; McEwen, 2008; Repetti, Robles y Reynolds, 2011), una interpretación posible que complementa a la anterior es que un mayor número de adversidades fácilmente implica una menor probabilidad de que existan otras figuras en la familia que tengan una influencia protectora en tanto base de seguridad, refugio frente al estrés y fuente externa de regulación emocional (Rohner, Khaleque y Cournoyer, 2012). En la presente investigación recogimos información de la experiencia de cuidados para ambas figuras parentales. En el caso de los pacientes con TLP fue significativamente más probable que informaran de negligencia y/o antipatía en ambas figuras parentales (40% frente al 11,8% en el grupo clínico de control). El resultado sugiere que en el riesgo de desarrollo de patrones límite no solamente el cúmulo de eventos estresantes puede ser un factor importante sino también la ausencia de una figura que aporte cuidados sensibles y que esté disponible en caso de necesidad.

Es destacable que, junto con sucesos traumáticos como el abuso sexual y maltrato físico, el rechazo o antipatía paterna emergiera como la variable con mayor capacidad predictiva. Este resultado es consistente con las formulaciones que indican que la inseguridad en el apego es un precursor clave de las trayectorias vitales hacia el TLP. La asociación del rechazo paterno con el TLP también se encontró en el estudio de Rohner y Brothers (1999) en el que las puntuaciones se situaron dentro del rango del rechazo grave en el cuestionario de aceptación-rechazo empleado (PARQ). El rechazo o antipatía parental es una condición antagónica del tipo de cuidados necesario para la formación y mantenimiento de vínculos afectivos seguros y, en consecuencia, es un elemento importante en la vulnerabilidad a la psicopatología. Aunque la investigación en el apego ha estado tradicionalmente orientada hacia los cuidados maternos, que el rechazo paterno fuera la variable con más peso en la predicción del TLP indica, como ha sido destacado por Rohner y Veneziano (2001), la importancia de que la investigación tenga en cuenta también los cuidados paternos en el desarrollo socioemocional.

El estudio tiene limitaciones que debemos destacar. En primer lugar, las variables fueron evaluadas de modo retrospectivo lo que conlleva que no pueden descartarse sesgos en el recuerdo. Por tanto, los resultados deben tomarse con cautela a pesar de que hay pruebas que apoyan la fiabilidad de las medidas retrospectivas de experiencias adversas en la infancia dentro de la investigación en psicopatología (Hardt y Rutter, 2004). En segundo lugar, la muestra del grupo

clínico de comparación está compuesta por pacientes con diversas condiciones psicopatológicas no solo del eje I sino también del eje II. Esta heterogeneidad clínica podría hacer cuestionable su idoneidad como grupo de comparación. No obstante, la pregunta a la que tratamos de responder es si los pacientes con TLP se diferencian en el informe de experiencias adversas en el hogar en la infancia-adolescencia en la comparación con pacientes con otras condiciones clínicas. En consecuencia, optamos por incluir a todos los pacientes partiendo de la base de que la muestra formada así es representativa de los consultantes en servicios ambulatorios de salud mental.

Los resultados del estudio se añaden a otras investigaciones tanto longitudinales como retrospectivas que documentan que no sólo las experiencias traumáticas sino también otras condiciones familiares que obstaculizan la seguridad en el apego son elementos centrales en las vías de desarrollo hacia la psicopatología y la disfunción de la personalidad. Ello tiene implicaciones en las políticas sociales dirigidas a favorecer el desarrollo socioemocional adecuado. Así, aquellas intervenciones que potencian condiciones de cuidados que favorecen la seguridad en el apego deberían tener un lugar destacado. Por otra parte, tienen también implicaciones para la psicoterapia de aquellos pacientes con alteraciones psicológicas derivadas de condiciones relacionales adversas durante el desarrollo (Holmes, 1993). La inseguridad interpersonal característica del TLP interfiere con la formación y mantenimiento de relaciones que sirvan como fuente externa de regulación emocional (Hughes et al, 2012) y, en consecuencia, es un foco especialmente relevante en la terapia (Caballo, Salazar, Irurtia, Olivares y Olivares, 2014). Por otra parte, conceptos derivados del marco psicodinámico como "transferencia" (Cortina, 2013) o del marco conductista como "conductas clínicamente relevantes" (Kohlenberg y Tsai, 1991) podrían reflejar, en la interacción terapéutica, pautas conductuales o esquemas derivados de condiciones relacionales problemáticas durante el desarrollo lo que también tiene implicaciones para la formulación clínica y tratamiento.

En conclusión, el TLP, una condición caracterizada por disfunciones en la regulación emocional, inseguridad e inestabilidad en las relaciones interpersonales y perturbaciones en el sentido de la identidad personal, parece vincularse con experiencias familiares adversas en los años de desarrollo. Además del papel documentado del maltrato, en nuestro estudio la variable con mayor capacidad predictiva del TLP fue la experiencia de rechazo paterno evaluada con la subescala de Antipatía del CECA-Q. Más allá de la repercusión del maltrato físico y abuso sexual, condiciones menos dramáticas que se dan en la interacción cotidiana con las principales figuras en la vida del niño pueden ser especialmente importantes en las vías de desarrollo hacia la disfunción psicopatológica característica de los patrones límite. Ello sugiere la relevancia de considerar el contexto de cuidados parentales, no sólo maternos, en la investigación del origen del TLP (Carlson, Egeland y Sroufe, 2009). La teoría del apego, con su énfasis en la repercusión de la cualidad de los cuidados parentales, puede, por una parte, ser un marco que dé coherencia a los datos de áreas de la investigación sobre las consecuencias neurobiológicas, conductuales, relacionales y cognitivas de las experiencias

familiares adversas en la infancia y, por otra parte, ser una guía útil en el proceso de psicoterapia.

## Referencias

- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M. y Jacobs, C. (2005). The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q): validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 563-581.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B. y Hale, N. (2008). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders, 18*, 226-239.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Butchart, A. y Harvey, A. P. (2009). *Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños.
- Caballo, V. E., Gracia, A. López-Gollonet, C. y Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de trastornos de la personalidad* (pp. 137-160). Madrid: Síntesis.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Iruetia, M. J., Olivares, P. y Olivares, J. (2014). The relationship between social skills and social anxiety and personality styles/disorders. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 401-422.
- Campo, A., Díaz, L. A. y Barros, J. A. (2008). Consistencia interna del cuestionario auto-administrado de la entrevista clínica estructurada para trastornos del eje II del DSM IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 37*, 378-384.
- Carlson, E., Egeland, B. y Sroufe, A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology, 21*, 1311-1334.
- Carvalho, S., Gouveia, J. P., Pimentel, P., Castilho, P., Maia, D. y Pereira, J. M. (2011). Propiedades psicométricas da Escala de cuidado do questionário de experiências de cuidado e abuso na infância (Childhood Experiences of Care and Abuse - CECA-Q). *Psicologica: Avaliação Psicológica em Contexto Clínico, 54*, 359-384.
- Chanen, A. y Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 14*, 45-53.
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (dirs.), *Development psychopathology, vol. 1. Theory and method* (pp.1-24). New Jersey, NJ: Wiley.
- Cortina, M. (2013). The use of attachment theory in the clinical dialogue with patients. *Psychodynamic Psychiatry, 41*, 397-417.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D., Williamson, D. F. y Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association, 286*, 3089-3096.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1453-1460.
- Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2009). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implication for healthcare. En R. Lanius y E. Vermetten (dirs.), *The hidden epidemic: the impact of early life*

- trauma on health and disease* (pp. 77-87). Nueva York, NY: Cambridge University Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II)*. Barcelona: Masson.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams J. B. W. y Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, H. L., Craig, T. K., Fearon, P., Morgan, K., Dazzan, P., Lappin, J., Hutchinson, G., Doody, G. A., Jones, P. B., McGuffin, P. Murray, R. M., Leff, J. y Morgan, C. (2011). Reliability and comparability of psychosis patient's retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 546-553.
- Fonagy, P. Luyten, P. y Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*. 32, 47-69.
- Ganzel, B. L., Morris, P. A. y Wethington, E. (2010). Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychological Review*, 117, 134-174.
- Generalitat de Catalunya Departament de Salut (2011). *Guía de práctica clínica sobre el trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Gilbert, P. (2015). An evolutionary approach to emotion in mental health with a focus on affiliative emotions. *Emotion Review*, 0, 1-8.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010-02.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: a review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45, 260-273.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 347-372.
- Hilderson, K. M., Germans, S., Rijnders, C. A., Van Heck, G. L. y Hodiament, P. P. (2011). Results of a validation study of the SCID-II Personality Questionnaire within a psychiatric outpatient's population. En S. A. Germans (dir.), *Search for personality disorder screening tools: a helping hand in the daily practice for the busy clinician* (pp. 71-83). Eindhoven: Ridderprint BV, Ridderkerk.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory. Makers of modern psychotherapy*. Londres: Routledge.
- Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L. y Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 21-33.
- IBM Corp. (2012). IBM SPSS Statistics v. 21.0 [programa de ordenador]. Chicago: IBM Corp.
- Jacobsberg, L., Perry, S. y Frances, A. (1995). Diagnostic agreement between SCID-II screening questionnaire and the personality disorder examination. *Journal of Personality Assessment*, 65, 428-433
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S. y Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-587
- Kohlenberg, R. J. y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. Heidelberg: Springer.

- Kokoulina, E. y Fernández, R. (2015). *Propiedades psicométricas de las escalas de cuidados parentales del Cuestionario de experiencias de cuidado y abuso en la infancia (CECA-Q)*. Manuscrito no publicado.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. L., Links, P. S., Thabane, L. y Webb, S. P. (2008). Estimating prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 380-386.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W. y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.
- Linehan M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford.
- Liotti, G., Cortina, M. y Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline patients. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36, 295-315.
- McEwen, B. S. (2008). Understanding the potency of stressful early life experiences on brain and body function. *Metabolism*, 57, S11-S-15.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H. y Vinogradov, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 341-348
- Mosquera, D., González, A. y Leeds, A. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*, 1, 15.
- National Health and Medical Research Council (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council, Australian Government.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Borderline personality disorder*. Londres: National Health Service.
- O'Connor, T. G. (2006). The persistent effects of early experiences on psychological development. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (dirs.), *Development Psychopathology. Vol. 1. Risk, disorder and adaptation* (pp. 202-234). New Jersey, NJ: Wiley.
- Paris, J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 148-153.
- Paris, J. y Frank, H. (1989). Perception of parental bonding in borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1498-1499.
- Parker, G., Tupling, H. y Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128, 330-366.
- Repetti, R. S., Robles, T. F. y Reynolds, B. R. (2011). Allostatic processes in the family. *Development and Psychopathology*, 23, 921-938.
- Rogosch, F. y Cicchetti, C. (2005). Child maltreatment, attentional networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1071-1089.
- Rohner, R. P., Khaleque, A. y Cournoyer, D. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence and implications. Recuperado desde <http://www.csjar.uconn.edu>
- Rohner, R. P. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome: universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59, 830-840.

- Rohner, R. P. y Brothers, S. A. (1999). Perceived parental rejection, psychological maladjustment and borderline personality disorder. *Journal of Emotional Abuse, 1*, 4.
- Rohner, R. P. y Carrasco, M. A. (2014). Teoría de la aceptación-rechazo interpersonal (IPARTHEORY): bases conceptuales, método y evidencia empírica. *Acción Psicológica, 11*, 9-26.
- Rohner, R. P. y Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love. History and contemporary evidence. *Review of General Psychology, 5*, 382-405
- Rutter, M. (2005). *Genes and behavior: nature-nurture interplay explained*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201-269.
- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A. y Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA-Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 572-579.
- Straus M. A. y Hamby, S. L. (1997). Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. En Kantor, G. K. y Jasinski, J. L. (dirs.). *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence* (pp. 119-135). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Urra, J. (2011). Abuso de los menores en el ambiente intrafamiliar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 19*, 239-165.
- Zanarini, M. C., Franken, F. R., Bradford, D., Marino, M. F., Haynes, M. y Gunderson, J. G. (1999). Violence in the lives of adult borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 65-71.

RECIBIDO: 20 de septiembre de 2015

ACEPTADO: 11 de diciembre de 2015