



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**NEGLIGENCIA EMOCIONAL, APEGO Y TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Autor: Maria Vega Sanz

Director: Javier Hugo Martín Holgado

Madrid

Abril 2018

INDICE

Introducción	2-3
Maltrato infantil	4-5
Negligencia emocional	6-9
Repercusiones de la negligencia emocional	10-12
Estilos de apego en casos de negligencia emocional	13-15
Trastorno límite de la personalidad en casos de negligencia emocional	16-21
Trastornos de la conducta alimentaria en casos de negligencia emocional	22-24
Conclusiones	25-26
Bibliografía	27-30

INTRODUCCIÓN

John Bowlby, en 1989, postulaba la existencia de una tenencia innata en los niños recién nacidos a establecer un vínculo de apego, entendiéndolo como una necesidad biológica, básica e innata. Un patrón relacional que el niño establece con su figura de referencia, cuya calidad va a influir en su posterior desarrollo. Este vínculo materno-filial no se establecerá mediante la alimentación, sino mediante el contacto físico de la madre con su bebé.

El experimento llevado a cabo por el psicólogo estadounidense Harry Harlow en los años sesenta, fue un intento de confirmar la teoría de Bowlby. Dicho experimento, realizado en el laboratorio, consistía en meter dos monitos Rhesus en dos jaulas diferentes. Una de las jaulas contenía una mamá mona de felpa y otra de alambre, siendo la de alambre la que proporcionaba alimento. En la otra jaula solo estaba la mamá de alambre. Los resultados del experimento indicaban que el monito que había tenido las dos mamás había pasado 17 horas subido a la madre de felpa, y solo una hora, lo necesario para comer, con la madre de alambre. Este mono, al crecer, fue capaz de enfrentarse a elementos ansiógenos a diferencia del mono que solo tuvo a la mamá de alambre, el cual, frente a los elementos ansiógenos, presentaba conductas de huida y de gran agitación.

No se han llegado a realizar experimentos de este tipo con seres humanos; a pesar de ello, hay documentos que avalan que, durante la Segunda Guerra Mundial, los niños pequeños eran mandados a orfanatos fuera de las ciudades, y muchos de ellos experimentaban muertes psicológicas y grandes deterioros, incluso retrasos en su desarrollo debido a que en los orfanatos solo encontraban “madres de alambre” y ninguna “madre de felpa” fuente de seguridad y de amor.

Ambos ejemplos muestran la importancia de priorizar el afecto frente a la atención de las necesidades básicas del niño, en todas aquellas situaciones que sea posible. Cuando estos factores se invierten, y la afectividad desaparece, estamos hablando de negligencia emocional.

El presente trabajo pretende estudiar la relación existente entre la negligencia emocional y el vínculo de apego que se establece los niños víctimas de este tipo de maltrato, ya que, debido al patrón de interacciones madre-hijo, es esperable la presencia de alteraciones en el vínculo de apego (Díaz y Blánquez, 2014; Mosquera y González, 2013; Palacios-Hernández, 2016).

Dichas alteraciones pueden llegar a influir de manera severa en el desarrollo neuroanatómico y funcional del niño, condicionando desde un principio la futura vida de este (Amores-Villalba, y Matos-Mateos, 2017).

Se considera esencial para este trabajo tener en cuenta que la negligencia emocional y las alteraciones en el establecimiento del vínculo de apego están muy relacionadas con la aparición de patología mental grave, siendo el trastorno límite de la personalidad una de las patologías más comunes resultantes de este tipo de maltrato (Herman, Perry y Van der Kolk (citados en Vitriol, 2005); Johnson (citado en Vitriol, 2005); Mosquera y González, 2013; Vitriol, 2005).

Este trastorno es uno de los más difíciles de tratar en la práctica clínica en parte por su alta comorbilidad con un gran número de patologías, como, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria (Echeburúa y Marañón, 2001; Mosquera y González, 2013), los cuales, a su vez, están también muy relacionados con la negligencia emocional (Vajda y Láng, 2014) y alteraciones en el vínculo de apego (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007; Palacios-Hernández, 2016).

MALTRATO INFANTIL

Hoy en día se puede acceder muy fácilmente al número estimado de niños que sufren maltrato de todo tipo, incluido emocional, en todo el mundo. Sin embargo, resulta más difícil en caso de querer saber el número de niños sobre los que padres/tutores ejercen negligencia emocional.

El maltrato infantil es definido por la Organización Mundial de la Salud como (2014):

“[...] los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. (OMS, 2014, Sección de Introducción, para.1)

En base a esta definición, los profesionales manejan cuatro tipos de maltrato: el abuso sexual, el maltrato físico, el maltrato emocional o psicológico y la negligencia; estos dos últimos han sido reconocidos recientemente por la sociedad, por lo que todavía tienden a confundirse entre sí.

El maltrato emocional o psicológico se define como “la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar” (Arruabarrena y De Paúl, 1994, p. 31). Clark y Clark (2011) señalan que hay cinco tipos de comportamientos que constituyen el maltrato psicológico: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper.

En cambio, la negligencia se define como una forma de maltrato en el que las conductas de cuidado de los padres, o de las personas responsables del menor, son inadecuadas y no satisfacen las necesidades básicas del niño, ya sean emocionales o físicas.

El concepto de negligencia abarca diversos tipos: negligencia física, que incluye tanto el abandono o expulsión del niño de la casa, como la ausencia de supervisión y el fracaso para proporcionar los cuidados necesarios de salud; la negligencia educativa, que hace referencia a aquellas situaciones en las que se ignoran las necesidades educativas del niño o este tiene ausencias crónicas en la escuela; y la negligencia emocional, que es la desatención de las necesidades emocionales del niño.

Las diferencias entre el maltrato emocional y la negligencia emocional son sutiles, por ello se tiende a entenderlos como iguales. A pesar de esto, la distinción entre ambos tipos de maltrato reside en que en el maltrato emocional el niño es mirado y atendido por sus padres cuando expresa alguna necesidad afectiva, aunque no de la manera correcta, ya que se le desvaloriza y desprecia constantemente. En cambio, en la negligencia emocional el menor no llega a ser mirado y atendido por sus padres.

Es posible que en ambos tipos de maltrato las necesidades emocionales del menor no estén cubiertas, pero lo esencial es la actitud que tomen los padres en referencia al mundo emocional de su hijo, si lo ignoran, como es el caso de la negligencia emocional, o si lo atienden de manera negativa, como en el maltrato emocional.

Los daños resultantes de la negligencia emocional muchas veces tienden a subestimarse, ya que no son tan visibles como los producidos por otras formas de maltrato. Sin embargo, muchos estudios han demostrado lo inapropiado de esta actitud, pues la negligencia en etapas tempranas puede ocasionar daños severos, crónicos e irreversibles, ya que cuando se está ejerciendo negligencia los déficits resultantes de esta se acumulan y siguen influenciando negativamente el desarrollo del niño.

Los daños son más severos conforme más pequeño es el menor, ya que su cerebro aún es inmaduro y está en pleno desarrollo. Además, algunas investigaciones señalan que los daños emocionales producidos por este tipo de negligencia son más graves y persistentes que los de otras formas de maltrato (Clark y Clark, 2001).

NEGLIGENCIA EMOCIONAL

Amores-Villalba y Mateos-Mateos (2017) definen la negligencia emocional como: “La privación de estimulación afectiva, respuestas inconsistentes por parte de los adultos a las señales de interacción afectiva del niño, omisión de cuidados psicológicos y de atención a las necesidades del menor, incluido el abandono” (p.82).

A pesar de la gravedad de este tipo de maltrato, y de ser el más frecuente, es el menos conocido por la sociedad y del que menos se habla. El DSM-V (APA, 2014) contempla únicamente la negligencia emocional dentro de la categoría de “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

Algunas de las consecuencias resultantes de la negligencia emocional son: la baja autoestima (Gold, 1986), sentimientos de desamparo y autodiscriminación (Briere y Runtz, 1991). Los sentimientos de auto-discriminación están muy relacionados con los modelos operativos internos de uno mismo y de los otros que la persona establece a lo largo de su infancia. Al ejercer negligencia emocional sobre un menor, es probable que este desarrolle un modelo operativo interno negativo de sí mismo, percibiéndose como una persona poco valiosa que no merece relacionarse con los demás, ya que sus propios padres, más concretamente su figura de referencia no le ha atendido, no ha sido mirado por ella, por lo que se automargina. (Se volverá a hacer referencia a estos sentimientos más en profundidad en apartados posteriores del presente trabajo).

Otras consecuencias propias de la negligencia emocional son: malestar psicológico crónico expresado a través de una sintomatología depresiva y ansiosa (Amores-Villalba, y Matos-Mateos, 2017), tendencias suicidas (Bryer, Nelson, Miller, Krol, 1987), aparición de Trastornos de la Conducta Alimentaria (Jacobi, 2005), y del Trastorno Límite de la Personalidad, el Trastorno por Estrés Postraumático y el Trastorno de Identidad Disociativo (Putnam, 2003; Toro (citado en Echeburúa y Marañón, 2001).

Winnicott (citado en Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007) afirma que los cuidados maternos previenen distorsiones futuras, siendo esencial para dichos cuidados el desarrollo de la preocupación materna primaria.

Winnicott (citado en Palacios- Hernández, 2016) define este término como la capacidad que desarrolla la madre durante el embarazo para adaptarse de manera adecuada a las necesidades de su bebé.

Una vez expuesto el concepto de negligencia, y habiéndose explicado en concreto la negligencia emocional y su gravedad, se puede afirmar que, cuando es la figura más cercana al niño la que está ejerciendo este tipo de maltrato sobre el menor, se ha producido o se está produciendo una alteración en la relación de apego.

A mitad del siglo XX, John Bowlby (1989) comienza a definir el apego, en niños recién nacidos como una necesidad biológica básica que consiste en un patrón relacional unidireccional que el niño establece hacia su figura de referencia, la cual actúa como fuente de seguridad y motor del desarrollo temprano del bebé, siendo muy frecuentemente esta figura de referencia la madre.

Las alteraciones en la relación de apego, o la presencia de un apego fallido, pueden generar la aparición en el menor de un trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez.

Uno de los criterios monotéticos que establece el DSM V (APA, 2014) para el diagnóstico de este trastorno es una crianza patogénica responsable del estado del niño. Dicha crianza puede deberse a “Una desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, estimulación y afecto” (APA, 2014, p.125), lo cual está presente en las situaciones de negligencia emocional.

Brockington (2004) señala que no solo es importante la relación de apego que establece el bebé con su madre, sino también el vínculo materno-infantil ya que “Si la vinculación materna con el bebé se altera puede generar consecuencias negativas de gran importancia para el bienestar psicosocial, principalmente del infante con efectos negativos de mediano y largo plazo en su desarrollo” (Brockington, 2004, p.303).

Los trastornos de la vinculación en las madres ocurren en aquellas mujeres que no experimentan experiencias afectivas positivas con su bebé. Palacios - Hernández (2016) define los trastornos de la vinculación como: “Una alteración en la respuesta materna

hacia el bebé presente en la interacción temprana entre ambos posterior al parto y durante el primer año” (p.166).

Algunas de las consecuencias que implica la presencia de un trastorno en la vinculación materno-infantil son: problemas en la autorregulación emocional, alteraciones en el temperamento infantil, problemas en la regulación del estrés y de la adaptación social y dificultades en el desarrollo cognitivo y del lenguaje. También pueden producirse afectaciones en el desarrollo funcional y biológico del cerebro (Palacios – Hernández, 2016).

Diversos estudios apoyan la relación causal entre la situación de negligencia emocional y la consiguiente alteración en el vínculo de apego y la presencia de trastornos en la vinculación materno-filial (Aguiar, Fernández y Pereira, 2015; Díaz y Blánquez, 2014; Montano, 2011; Palacios-Hernández, 2016). Sin embargo, el presente trabajo quiere considerar que, en muchos casos, pueden aparecer previamente los trastornos en la vinculación y estos derivar en negligencia emocional. La incapacidad para vincularse con el niño, para experimentar sentimientos positivos hacia este, puede provocar que la madre se distancie y “abandone emocionalmente” a su hijo ejerciendo la negligencia emocional sobre el menor.

La presencia de patología mental en la madre es uno de los principales factores de riesgo en la aparición de este tipo de maltrato, y un claro ejemplo de que en algunos casos primero aparece el trastorno de vinculación y posteriormente la negligencia emocional, ya que la propia sintomatología impide que la madre se relacione con el niño, o que lo haga de manera adecuada, por lo que solo se atienden las necesidades básicas del bebé. Para ejemplificar dicha afirmación, este trabajo contempla la depresión postparto y la psicosis puerperal como posibles precursoras de la negligencia emocional.

La madre, a los 2/3 días de dar a luz, comienza a experimentar un estado de ánimo decaído, de tristeza, llamado *baby blues* o *blues de la maternidad* (tristezas de la maternidad o tristeza del tercer día). Ocurre en un 50-70% de las mujeres y tiende a desaparecer entorno a los diez días de dar a luz.

Sin embargo, si pasadas entre cuatro y doce semanas del nacimiento del bebé la madre sigue con este estado de ánimo, puede deberse a una depresión postparto (APA, 2014). Este tipo de depresión se caracteriza por falta de concentración, sentimientos de culpa, ausencia de energía, sentimientos de incapacidad y falta de interés por la vida (Morais, Lucci y Otta, 2013).

Las psicosis puerperales (García y Otín, 2007) ocurren en uno o dos partos de cada mil, aunque la incidencia aumenta si la mujer tiene antecedentes de Trastornos del estado de ánimo o Trastorno Bipolar de tipo 1. La sintomatología consta de fluctuaciones agudas del humor, desorganización de la conciencia, desorientación, verborrea o mutismo, y toda la sintomatología positiva propia de la psicosis. Suele debutar en el primer mes, siendo este un momento crítico para el establecimiento de la vinculación materno-filial.

La mayoría de las psicosis postparto ocurren dentro de un trastorno afectivo, y solo un 10/15% de ellas se debe a una esquizofrenia.

De los casos que presentan una respuesta incompleta al tratamiento, un 4% acaban en infanticidio, un 70/80% se recupera, mientras que un 10/15% evoluciona a la esquizofrenia. Sin embargo, la posibilidad de repetirse en un parto posterior es de un 50/70%.

Las dos patologías que han sido expuestas indican la presencia de un estado interno en la madre que la incapacita parcial o totalmente para interactuar con su hijo, ya sea por la presencia de sintomatología positiva [propia de la psicosis puerperal como alucinaciones, delirios, verborrea o pseudo alucinaciones auditivas (García y Otín, 2007)], o por el conjunto de sintomatología depresiva.

Esto puede impedir que la madre se vincule de manera adecuada con el bebé o que, directamente, no se vincule, apareciendo un trastorno de la vinculación, de tal manera que la madre delega el cuidado de su hijo en otra persona, o atiende únicamente sus necesidades básicas llegando a ejercer negligencia emocional sobre el menor.

REPERCUSIONES DE LA NEGLIGENCIA EMOCIONAL

Para la realización de este trabajo se han considerado los problemas de autorregulación emocional como una de las consecuencias de mayor gravedad resultantes de la negligencia emocional.

Los procesos de regulación emocional son aprendidos por parte del niño gracias a la intervención de sus padres.

Cuando el niño expresa una emoción el cuidador lleva a cabo la especularización (*mirroring*), es decir, refleja al niño su emoción a través de su voz y expresión facial, permitiéndole al menor tener un espejo en el que observar sus emociones. El proceso de especularización está muy ligado a la sensibilidad materna [(definida por Ainsworth, Blehar, Waters y Walll (citado en Palacios – Hernández, 2016)] como la capacidad de leer, comprender y responder a las emociones del niño).

A partir de estas experiencias el niño aprende a identificar lo que siente en su interior gracias a la narración que hace su cuidador de su estado interno (función narrativa). Esta especularización se considera un elemento esencial para el correcto neurodesarrollo del niño y su concepción del self. (Mosquera y González, 2013).

El modelo ABC del apego [Sieguel y Hartzell (citado en Mosquera y González, 2013)] señala los tres componentes clave para el establecimiento de un buen vínculo padre-hijo, los cuales serán esenciales para que se produzca una adecuada especularización.

Su primer componente, A (*Attunement*), hace referencia a la sintonía que debe haber entre el estado interno del progenitor y el estado interno del hijo. La B (*Balance*) expresa el equilibrio fisiológico, emocional y mental que establece el niño a través del estado de sintonía con el progenitor. Por último, la C (*Coherence*) se centra en como el niño se siente integrado mediante la relación con el cuidador, y como ese sentimiento de integración se extiende a los demás.

Estos tres componentes están ausentes en los vínculos materno-filiales en los que hay trastornos de la vinculación, pero, principalmente en aquellas relaciones en las que se ejerce negligencia emocional.

Debido a esto, el proceso de especularización no se produce o se produce de manera inadecuada, ocasionando problemas de autorregulación emocional.

Las dificultades presentes en los procesos de autorregulación emocional influirán en la posterior adquisición y desarrollo de la función reflexiva.

Peter Fonagy (citado en Mosquera y González, 2013), describe la función reflexiva como la capacidad de entender los estados mentales de uno mismo y de los otros. (Es esencial para evitar la transmisión intergeneracional del apego, la cual ocurre en un 75% de los casos).

Cuando los procesos de especularización no se han realizado, o se han llevado a cabo de manera inadecuada, el niño no identifica sus propias emociones ni regula sus estados de ansiedad, por lo que, al no entender sus estados internos, tendrá grandes dificultades para llegar a entender los estados internos de los otros.

Esta relación consecuente entre los procesos de especularización y la función reflexiva, permite señalar que, en gran medida, las situaciones de negligencia emocional a las que están siendo sometidos estos niños son debidas a alteraciones en la propia función reflexiva de los padres. La propia dificultad de estos para entender el estado emocional de los otros, en este caso su hijo, les impide realizar una especularización adecuada, llegando incluso a poder reflejarle al niño sus propios estados internos, en vez de los del menor.

Los problemas en la función reflexiva son una de las causas de los problemas interpersonales que presentan los niños víctimas de negligencia emocional, ya que como no comprenden las emociones que están experimentando en su interior tienen dificultades para entender las de los demás, no llegando a identificar los procesos cognoscitivos y emocionales de estos y las motivaciones que guían sus conductas.

Una inadecuada función reflexiva influirá negativamente en el posterior desarrollo de la Teoría de la Mente.

El término teoría de la mente fue introducido por Premack y Woodruff en 1978 al observar como los chimpancés eran capaces de inferir los estados emocionales de sus congéneres. Téllez-Vargas (2006) la define como:

La teoría de la mente se entiende como la habilidad psíquica que poseemos para representar en nuestra mente los estados mentales de los otros (pensamientos, deseos, creencias, intenciones, conocimientos) y mediante esta representación psíquica poder explicar y predecir su conducta. (p.11)

Esta teoría, también llamada mentalización, constituye, junto con la empatía la base de la cognición social. Ambas son esenciales para la adaptación al grupo social y cuando fallan aparecen síntomas y sufrimiento.

Una inadecuada mentalización, producida por un fallo en la función reflexiva, aboca a problemas interpersonales y sociales, inestabilidad emocional, impulsividad, conductas autodestructivas y violencia. Algunas patologías neuropsiquiátricas como los trastornos de personalidad, fobia social, o trastorno bipolar presentan problemas para percibir las emociones de los otros (Téllez- Vargas, 2006).

Los problemas con la cognición social a la hora de establecer relaciones interpersonales, se pueden considerar una de las causas de los sentimientos de autodiscriminación experimentados por estos niños, ya señalados por Briere y Runtz (1991) como una de la consecuencia resultante de la negligencia emocional.

En conclusión, los problemas de autorregulación emocional ocasionados por la negligencia emocional influirán en el posterior desarrollo y adquisición de la función reflexiva, y esta, a su vez, en la mentalización, entendiéndola como cognición social, generando problemas en las relaciones interpersonales.

ESTILOS DE APEGO EN CASOS DE NEGLIGENCIA EMOCIONAL

Se ha descrito, en parte, el tipo de interacciones madre-hijo propias de la negligencia emocional, las cuales, como se ha comentado con anterioridad, pueden influir en el establecimiento de apegos de mala calidad por parte del menor.

Se han realizado diversos estudios sobre los distintos estilos de apego de mala calidad o fallidos que pueden estar presentes en situaciones de negligencia emocional (Díaz y Blánquez, 2014; Mosquera y González, 2013; Palacios-Hernández, 2016; Vadja y Láng, 2014).

Por un lado, se encuentra el estilo de apego inseguro. Los niños con este estilo de apego no han aprendido a autorregularse, ya que sus historias de apego han impedido el aprendizaje de estrategias afectivas reguladoras de estrés, por lo que han desarrollado sus propias estrategias frente a las demandas externas e internas, las cuales pueden ir desde la agresividad o impulsividad hasta conductas autolesivas o adictivas, incluyendo la aparición de trastorno dependiente de la personalidad o el trastorno límite de la personalidad, aunque estas patologías pueden suponer la aparición de otros trastornos como los trastornos de la conducta alimentaria como intentos de autorregulación, lo cual será explicado más adelante.

El apego inseguro está conformado a su vez por dos tipos, el apego inseguro evitativo y el apego inseguro ambivalente-resistente.

La diferencia entre estos dos tipos de apego reside en que los niños con apego inseguro evitativo perciben a su madre como una figura adulta con la que no pueden contar en momentos de necesidad, por lo que se muestran indiferentes a si su madre está delante o no, desactivando así sus conductas de apego.

Esta percepción es debida a que “El progenitor está repetidamente no disponible y rechaza al niño, este se adapta a evitar la cercanía y la conexión emocional con el progenitor” (Mosquera y González, 2013, p.5).

Este tipo de apego se asocia a trastornos mentales externalizantes, como el trastorno antisocial, (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (citado en Mosquera y González, 2013).

Por su parte, los niños con apego inseguro ambivalente-resistente se caracterizan por presentar un alto miedo a la separación del progenitor. Esto es debido a que la madre interacciona con el menor de manera intermitente, y este, al no saber en qué momento la madre volverá a marcharse, vive con angustia estos contactos. A pesar de esto Mosquera y González (2013) señalan que, en ocasiones, el menor vive momentos en los que su padre interactúa con él de manera adecuada y cercana. Estos momentos son debidos a que el niño tiene un estado emocional determinado que el padre si es capaz de manejar, ya que en cuanto el niño cambia su estado emocional el padre vuelve a la situación de negligencia emocional.

Debido a esto, la única manera que el menor encuentra para interactuar con el progenitor es anulando los estados emocionales que a este le provocan malestar y por los que rechaza al niño, lo cual dificulta aún más la autorregulación emocional del niño (Mosquera y González, 2013).

Este tipo de apego se considera un factor de riesgo para el posterior desarrollo de trastornos mentales internalizantes como el trastorno límite de la personalidad (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (citado en Mosquera y González, 2013); Patrick, Hobson, Castle y Howard, 1994; West, Keller, Links y Patrick, 1993).

Por otro lado, el apego desorganizado también es considerado un estilo de apego fallido. Este estilo de apego fue definido por Main y Solomon en 1986, y se ha relacionado mucho con la presencia de factores de riesgo en la madre que dificultan la vinculación materno-filial (Brockington (2004); Parfitt y Ayers (citado en Palacios-Hernández, 2016)). Algunos de estos factores son la aparición de patología mental en la madre (psicosis, adicciones, trastornos del estado de ánimo) y situaciones de abuso o maltrato en la infancia (Mosquera y González, 2013).

Los niños con apego desorganizado viven situaciones similares a las de los niños con apego ambivalente -resistente o apego evitativo; sin embargo, la diferencia radica en que en aquellas situaciones en las que el menor muestra malestar, el progenitor es incapaz de identificar lo que el niño le está demandando y da respuestas inconsistentes [Díaz y Blánquez, 2014; Sieguel y Hartzell (citado en Mosquera y González, 2013)].

Algunos autores señalan que, en ocasiones estas respuestas pueden ser aterradoras para el niño, haciendo que este experimente terror (Main y Solomon, 1986), por lo que es un tipo de apego que también se relaciona con otras formas de abuso como el maltrato físico [Lyons-Ruth y Jacobovitz (citado en Mosquera y González, 2013); Van Ijzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg (citado en Mosquera y González, 2013)].

Según Díaz y Blánquez (2014), las respuestas inconsistentes del progenitor se deben a los factores de riesgo previamente comentados, los cuales hacen que la madre se sienta asustada al no saber cómo atender a su bebé y da respuestas caóticas, las cuales generan desorientación y miedo en el menor, cuyo sistema de apego debe volverse desorganizado para poderse adaptar a la situación (Mosquera y González, 2013). De esta forma las necesidades del niño, incluidas las emocionales no están siendo cubiertas.

Al igual que el apego ambivalente- resistente, el apego desorganizado también es frecuente en personas con trastorno límite de la personalidad (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (citado en Mosquera y González, 2013); Fonagy et al, 1996).

El trastorno límite de la personalidad es, a su vez, una de las patologías más presente en los adultos que sufrieron en su infancia negligencia emocional (Johnson (citado en Vitriol, 2005); Herman, Perry y Van der Kolk (citados en Vitriol, 2005); Mosquera y González, 2013; Vitriol, 2005).

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD EN CASOS DE NEGLIGENCIA EMOCIONAL

Stern (1938) fue el primer autor en hacer referencia al trastorno límite de la personalidad. Hoy en día ya se han establecido las características decisorias usadas por los profesionales para la elaboración del diagnóstico: impulsividad, inestabilidad emocional y sentimientos de vacío (Leiderman, Buchovsky, Jimenez, Nemivovsky y Pavlovsky, 2004).

Mosquera (citado en Mosquera y González, 2013) lo define como una patología en la que pueden aparecer comportamientos impulsivos o conductas autolíticas, en parte, debido a los problemas en las relaciones interpersonales que tienen estas personas. Estos problemas también pueden influir en la experimentación de sentimientos de vacío y miedo al abandono.

Linenhan (citado en Mosquera, 2010) explica, a través de su propuesta de una teoría biosocial, que el trastorno límite de la personalidad es el resultado de la interacción de dos componentes, una predisposición biológica y un contexto social específico.

Diversos estudios consideran el apego temprano fallido como uno de los factores causales de primer orden del trastorno límite de la personalidad, considerándolo como un aspecto esencial del contexto social negativo indicado por Linenhan (citado en Mosquera, 2010) (Bateman y Fonagy, 2004; Fonagy et al, 1996; Mosquera y González, 2013; West, Keller, Links y Patrick, 1993). A pesar de esto, Mosquera y González (2013) señalan que las alteraciones en el vínculo de apego no serían los únicos factores de riesgo para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad; habría que considerar también el temperamento del niño, la presencia de patología mental en los padres, los conflictos de los padres con su propio rol de cuidador, y los patrones de crianza como factores contribuyentes en la aparición de este trastorno.

El propósito de este apartado es relacionar la sintomatología presente en adultos con trastorno límite de la personalidad con las situaciones de negligencia emocional que estos vivieron en su infancia, las cuales, a su vez, influyeron en el establecimiento de apegos ambivalente- resistente y desorganizado. Para ello se usarán los criterios diagnósticos políticos de esta patología indicados por la APA (2014) en el DSM V.

Como se ha comentado a lo largo de todo el trabajo, cuando el bebé nace es esencial que este establezca un vínculo de apego hacia su figura de referencia. Aunque el progenitor responda de manera inconsciente o amenazante a las demandas del bebé, este se apegará a él debido a la necesidad biológica e innata del apego.

La madre, en las situaciones de negligencia emocional, solo interacciona con el menor durante las comidas, el baño, es decir, durante la satisfacción de las necesidades básicas del infante. Sin embargo, cuando este experimenta una emoción negativa que debe ser cubierta, ya sea miedo o soledad, la madre lo ignora. Esto también ocurre cuando el niño manifiesta una emoción positiva; por ejemplo, si el niño quiere jugar y le acerca un juguete a su madre, o quiere darle un abrazo, esta le ignora y le rechaza

Al haber ya establecido un vínculo de apego con su madre, el niño necesita seguir manteniéndolo, ya que ella es su fuente de seguridad y protección, por lo que, cuando su figura de referencia le ignore, no le mire, o le rechace, este idealizará al progenitor creando una imagen parental muy diferente a la real, ya que es la única manera que tiene el niño de seguir manteniendo el vínculo de apego (Mosquera y González, 2013). En vez de pensar que es su madre la que lo está haciendo mal, él se culpará a sí mismo.

Un patrón de interacción de este tipo, continuado en el tiempo, consolidará el establecimiento de un estilo de apego disfuncional, caracterizado por la idealización de la figura de referencia cuando esta no actúa de manera correcta.

El menor en su vida adulta seguirá oscilando entre los polos de idealización y devaluación estableciendo así relaciones interpersonales inestables, siendo esto el criterio 2 del DSM V: patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación (APA, 2014).

La devaluación del otro aparecerá en aquellos momentos en los que la persona se sienta traicionada o que se la está produciendo un gran daño (Mosquera (citado en Mosquera y González, 2013); Mosquera, 2010), lo cual guarda relación con el temor al abandono, ya sea este real o imaginado [Criterio 1, esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (APA, 2014)].

Esta devaluación también puede producirse por el uso de la proyección en el otro de aspectos negativos de uno mismo, lo cual será explicado posteriormente.

El miedo al abandono viene determinado, en los casos de negligencia emocional, por la presencia ambivalente de la figura de referencia en edades tempranas. Este patrón de interacción desconcierta al niño, ya que no termina de entender en base a qué criterios se produce la interacción entre ambos, por lo que el menor vive angustiado los momentos de separación, debido a que no sabe porque motivo se producen, y si el cuidador va a volver.

Las oscilaciones en la interacción entre el progenitor y el niño confunden al menor por lo que este realizará esfuerzos para evitar un posible abandono. Su manera para enfrentarse a la situación será apearse todo lo posible a su figura de referencia, ya que, si se “cuelga” de ella, se asegura que va a estar siempre presente (siendo vistos como niños dependientes o pegajosos). Este temor a un posible abandono y la manera de evitarlo son elementos clave en la intensidad e inestabilidad de sus relaciones interpersonales en su vida adulta [Criterio 2 (APA, 2014)].

Las dificultades para interaccionar con los otros también están originadas por alteraciones en la mentalización, las cuales pueden ser consecuencia de la negligencia emocional. Bateman y Fonagy (2004) afirman que, debido a situaciones de maltrato, las personas con trastorno límite de la personalidad tienen alteraciones en la mentalización, al igual que los adultos con apego preocupado o irresuelto que han vivido situaciones de negligencia emocional en su infancia.

Al no tener una buena capacidad para representar los estados mentales de los otros, y reconocer que sus conductas están motivadas por múltiples factores, frente a cualquier discrepancia con una persona cercana, el distanciamiento de esta, o una respuesta por su parte que consideran escasa, los niños víctimas de este tipo de negligencia lo interpretarán como un abandono y desencadenarán una gran reacción emocional [Criterio 1 y 6, inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (APA, 2014)].

Las relaciones interpersonales inestables e intensas en la vida adulta también se explican desde los modelos operativos internos de uno mismo y de los otros que el niño estableció en su infancia, y en este caso influenciados por la negligencia emocional (Morales y Santelices, 2007).

Los modelos operativos son representaciones mentales de uno mismo y de la figura de apego que, por generalización, se extienden al resto de la sociedad, ya que el tipo de relación que establezca la persona con su figura de apego va a determinar el resto de sus relaciones interpersonales. En base a estos modelos las personas perciben e interpretan la realidad.

El modelo operativo interno de los otros que un niño víctima de negligencia emocional establece puede ser positivo o negativo en función de su tipo de apego. Es imposible categorizar un tipo de modelo operativo en esta situación, igual que un estilo de apego determinado como se ha comentado con anterioridad. Sin embargo, se puede considerar que, debido a lo explicado con relación al apego evitativo, y como estos niños se relacionan con sus madres, su modelo operativo interno de los otros es negativo, ya que piensan que no pueden esperar nada de su figura de referencia, y esto lo extrapolan a los demás. En cambio, los niños con un apego ambivalente-resistente o desorganizado, debido a la idealización que realizan de la figura de referencia en algunas ocasiones, podrían llegar a establecer un modelo operativo interno de los otros positivo.

El modelo operativo interno de sí mismo se establece de manera complementaria al modelo de los otros, es decir, la persona lo establece en base a si los otros se preocupan por ella. Las personas con trastorno límite de la personalidad son un ejemplo de esto, ya que tienden a evaluarse en función de cómo han sido mirados y tratados por sus figuras de referencia. Los niños que han vivido situaciones de maltrato no han recibido ningún tipo de afecto, es cierto que no se les ha desatendido, pero no han sido valorados ni reconocidos por sus padres, no han sido mirados por ellos, por lo que aprenden que no son merecedores de afecto y que pueden ser abandonados por los otros (Criterio 1) teniendo así un modelo operativo interno de sí mismo negativo.

La madre que ejerce negligencia emocional sobre su hijo, le traiciona y le maltrata, dejando que el niño llore, se queje o pida auxilio sin prestarle ninguna atención, ignorando así sus necesidades afectivas. Al hacer esto, el adulto está atacando el estado emocional del niño, y este, al no saber autorregularse emocionalmente percibe que sus necesidades emocionales están siendo prohibidas, ya que cuando las expresa, ya sean buenas o malas, su figura de referencia le ignora o se marcha.

Según Van der Hart, Nijenhuis y Steele (citado en Mosquera y González, 2013), la persona tiene partes de su personalidad que se encuentran disociadas; en ellas se albergan aquellas emociones que el niño se ve obligado a rechazar. Estas partes disociadas, la persona no las vive como propias, y pueden llegar a asociarse con síntomas disociativos [Criterio 9, ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2014)].

Por un lado, la Parte Emocional de la Personalidad (PE), según la teoría de la disociación estructural [Van der Hart, Nijenhuis y Steele (citado en Mosquera y González, 2013)], está constituida por las emociones que el niño aparta de su mente para poder interactuar con su figura de referencia. Por otro lado, la Parte de la Personalidad Aparentemente Normal (APN) se encarga de que el niño siga adelante con su vida diaria ignorando todas las emociones y necesidades afectivas que tiene.

Ambas partes están desconectadas entre sí, todos los contenidos del PE se encuentran en una especie de subsistema mental, de tal manera que, cuando alguna información de este sistema pasa al ANP, este la interpreta como estímulos intrusivos, pensamientos o emociones que no son reconocidas como propias, llegando a experimentar alucinaciones auditivas en situaciones de estrés elevado, ya que el niño no ha aprendido a regularse emocionalmente y no sabe manejar la respuesta frente al estrés. Este tipo de alucinaciones pueden ser interpretadas como ideación paranoide o síntomas disociativos graves.

Estos síntomas están presentes en un tercio de las personas ingresadas con trastornos límite de la personalidad [Zanarini y Jager-Hyman (citado en Mosquera y González, 2013)].

El paso de contenido de PE a ANP también puede relacionarse con la inestabilidad afectiva y la reactividad en el estado de ánimo que experimentan las personas con trastorno límite de la personalidad en situaciones con alto contenido de estrés (Criterio 6 (APA, 2014)).

Los afectos o emociones negativos que los niños víctimas de negligencia emocional tienen que autorregular - y muchas veces que anular-, pueden ser liberados mediante conductas impulsivas, autolesivas o las amenazas autolíticas (Criterio 4, impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) y 5, comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación (APA, 2014)) (Mosquera, 2010; Mosquera y González, 2013).

Los trastornos de la conducta alimentaria son un ejemplo de las patologías que aparecen en personas con trastorno límite de la personalidad como conductas adaptativas para la autorregulación emocional (Góngora, 2001), pero también para hacer frente a los sentimientos crónicos de vacío que experimentan estas personas (Criterio 7, sentimientos crónicos de vacío (APA, 2014)), estando también muy presentes en las personas víctimas de negligencia emocional como se verá a continuación.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN CASOS DE NEGLIGENCIA
EMOCIONAL

Numerosos estudios afirman que la negligencia en la infancia es un factor determinante para la aparición de patologías en la edad adulta, como los trastornos de la conducta alimentaria [Grilo, Masheb y Wilson (citado en Echeburúa y Marañón, 2001); Vadja y Láng, 2014)].

Según Espina (2003), los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria crecen en familias con un estilo parental inadecuado, en el que las madres frecuentemente presentan alexitimia, lo cual es factor de riesgo para la aparición de negligencia emocional. El apego resultante de la negligencia emocional, y la pobre capacidad de autorregulación del niño también son factores relevantes en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Gutiérrez, Fontanil, Paz, Ezama, y Alonso, 2017).

La regulación emocional es un mediador esencial entre la negligencia emocional y la aparición de trastornos de la conducta alimentaria. Si el niño ha aprendido a autorregularse emocionalmente, habrá menos posibilidades de que desarrolle estas patologías como mecanismos de autorregulación.

En cambio, las personas que sufrieron este tipo de negligencia suelen tener problemas para autorregularse emocionalmente, por lo que muchos de ellas, cuando experimentan emociones negativas, se sirven de las comilonas como estrategia conductual para autorregularse (Vadja y Láng, 2014), ya que los atracones producen un estímulo físico que permite que la persona reduzca su atención sobre los sentimientos negativos (Hayaki, 2009). La persona come para reducir el estrés emocional.

Las conductas purgativas también se utilizan como distractores de las emociones negativas o como origen de confort (Heatherton y Baumeister, 1991; Leon, Keel, Klump y Fulkerson, 1997; Svaldi, Griepenstroh, Tushen-Caffier y Ehring, 2012).

Se ha encontrado también que el estilo de apego también influye en los trastornos de la conducta alimentaria, siendo el apego inseguro evitativo el más presente en los casos de anorexia restrictiva, mientras que el apego inseguro ambivalente-resistente en los de bulimia nerviosa (Dozier, Stovall-McClough y Albus (citado en Gutiérrez, Fontanil, Paz, Ezama y Alonso, 2017)).

Gutiérrez, Fontanil, Paz, Ezama y Alonso (2017), también confirman la relación existente entre la patología alimentaria y el apego. Estos autores proponen que el temor al abandono presente en las personas con trastorno límite de la personalidad, también aparece aquellas personas que han establecido un apego inseguro, lo cual correlaciona con preocupaciones de peso, dietas y miedo con bulimia nerviosa.

La comorbilidad más alta entre los trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno límite de la personalidad se encuentra en los casos de bulimia nerviosa (Góngora, 2001). Fairburn (1998) describe la bulimia como un hábito alimentario caótico caracterizado por un atracón compulsivo que se da frente acontecimientos adversos o estados de ánimo negativos.

Los trastornos de la conducta alimentaria, concretamente la bulimia nerviosa, es muy común en las personas que han sido víctimas de negligencia emocional (Vajda y Láng, 2014), o que padecen trastorno límite de la personalidad (Echeburúa y Marañón, 2001; Mosquera y González, 2013). También es frecuente en personas con un estilo de apego preocupado (Betancourt, Rodríguez y Gempeler, 2007; Palacios-Hernández, 2016). La aparición de la bulimia en este tipo de personas se debe a la función que tiene este trastorno como mecanismo de autorregulación emocional.

Debido a esto, el presente trabajo quiere explorar la clasificación propuesta hoy en día sobre la bulimia nerviosa.

La clasificación hecha por el DSM V (APA, 2014) sobre los distintos tipos de bulimia nerviosa no recoge los factores psicosociales en la etiología de este trastorno, únicamente la clasifica en base a si es purgativa o no. Sin embargo, Stice y Agras (1999) llevaron a cabo una investigación para establecer los factores psicológicos que median en la adquisición y mantenimiento de la bulimia nerviosa, y así poder crear una nosología adecuada de este trastorno no en base a su método de mantenimiento (purgativa o no), sino con relación a su origen, pudiendo así planificar el tratamiento de manera más adecuada. Determinaron que la etiología puede ser de dos tipos: una dieta [Heartherton y Polivy, (citado en Stice y Agras, 1999)], o experimentación de afecto negativo.

No hay diferencias en la severidad en función del tipo, únicamente las personas con afecto negativo abusan de los laxantes más frecuentemente que las personas que llevan a cabo una dieta.

Las personas que recurren a la bulimia como mecanismo de autorregulación debido a la experimentación de afecto negativo, tienen una peor adhesión al tratamiento, un pobre control de impulsos, y más comorbilidad con desordenes de la personalidad. El tipo de terapia más adecuado sería la terapia cognitiva, mientras que para el subtipo de dieta sería la terapia cognitivo-conductual.

A pesar de esto, en fases posteriores de la investigación se concluyó que también podría haber una etiología mixta, es decir, una combinación entre dieta y afecto negativo, un tipo de bulimia más severo: dietético mixto (la dieta restrictiva genera una alimentación compulsiva como método para compensar los estragos de la privación. Sin embargo, es un molo de doble vía, ya que la alimentación compulsiva puede deberse también a afectos negativos). Los resultados de esta investigación concluyeron que hay un claro subtipo que es el de dieta, presente en un 62% de los pacientes, y subtipo mixto presente en un 38%.

El subtipo mixto se caracteriza por una mayor presencia de trastornos de personalidad del eje dos, siendo el más significativo el trastorno límite de personalidad (Stice y Agras, 1999). Además, junto con el subtipo afecto negativo, presenta un funcionamiento social pobre, alteraciones en el comportamiento, ansiedad e impulsividad.

A partir de lo expuesto anteriormente se puede concluir que los trastornos de la conducta alimentaria, concretamente la bulimia nerviosa (subtipo afecto negativo o mixto) están presentes en el trastorno límite de la personalidad y en las personas con apego preocupado, siendo estos posibles consecuencias de la negligencia emocional, como mecanismo de autorregulación emocional.

CONCLUSIONES

En 2004, Brockington señala que en la infancia no solo es importante la calidad del vínculo de apego que el bebé establece con su madre, sino también cómo es la vinculación materno- infantil y si aparecen trastornos en dicha vinculación. Esto es debido a que la manera de interactuar de la madre con el bebé va a determinar en gran medida el posterior desarrollo de este (Brockington, 2004; Palacios-Hernández, 2016).

La negligencia emocional está muy relacionada con los trastornos en la vinculación materno-filial, y es un ejemplo de cómo un patrón de crianza patológico puede influir en el desarrollo del menor (Aguiar, Fernández y Pereira, 2015; Díaz y Blánquez, 2014; Montano, 2011; Palacios-Hernández, 2016).

Una de las consecuencias más importantes de la negligencia emocional son las alteraciones en el proceso de especularización llevada cabo por los padres, que tienen como resultado la aparición de problemas en la autorregulación emocional en el niño (Mosquera y González, 2013; Palacios-Hernández, 2016). Dichos problemas han sido estudiados en este trabajo y se han relacionado con las posibles alteraciones que podrían desencadenar. Problemas en la función reflexiva, y, por ende, en el posterior desarrollo de la mentalización son algunas de dichas alteraciones (Téllez, 2006).

Otra de las repercusiones de la negligencia emocional es el establecimiento de apegos fallidos o de mala calidad (Díaz y Blánquez, 2014; Mosquera y González, 2013; Palacios-Hernández, 2016), estableciendo por parte del niño un posible apego inseguro evitativo (Mosquera y González, 2013), ambivalente-resistente (Mosquera y González, 2013), o desorganizado (Díaz y Blánquez, 2014; Mosquera y González, 2013; Sieguel y Hartzell (citado en Mosquera y González, 2013)).

El apego ambivalente-resistente (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (citado en Mosquera y González, 2013); Patrick, Hobson, Castle y Howard, 1994; West, Keller, Links y Patrick, 1993), y el desorganizado (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn (citado en Mosquera y González, 2013); Fonagy et al, 1996) son dos estilos de apego muy presentes en las personas con trastorno límite de la personalidad, siendo esta una de las patologías más frecuentes en aquellos adultos que fueron víctimas de este tipo de negligencia (Herman, Perry y Van der Kolk (citados en Vitriol, 2005); Johnson (citado en Vitriol, 2005); Mosquera y González, 2013; Vitriol, 2005).

La relación existente entre el trastorno límite de la personalidad y la negligencia emocional ha sido estudiada en este trabajo debido a que este trastorno está muy relacionado con una de las principales consecuencias de la negligencia emocional, los problemas en la autorregulación emocional.

Una de las estrategias más usadas tanto por las personas con trastorno límite de la personalidad, como víctimas de la negligencia emocional para lograr dicha autorregulación, son los trastornos de la conducta alimentaria (Echeburúa y Marañón, 2001; Grilo, Masheb y Wilson (citado en Echeburúa y Marañón, 2001); Mosquera y González, 2013; Vadja y Láng, 2014). La bulimia nerviosa, el trastorno más presente en el trastorno límite de la personalidad (Góngora, 2011), en los casos de negligencia emocional (Hayaki, 2009; Vadja y Láng, 2014), y en las personas con apego preocupado, [Dozier, Stovall-McClough y Albus (citado en Gutiérrez, Fontanil, Paz, Ezama y Alonso, 2017)].

Debido a esto, se ha considerado de especial importancia para este trabajo el modelo de Stice y Agras (1999), al proponer una nueva etiología de la bulimia nerviosa, siendo esta la experimentación de afectos negativos por parte de la persona.

Por último, una de las posibles vías de ampliación de ese trabajo sería estudiar la influencia de la resiliencia y epigenética en los casos de negligencia emocional.

Otra de estas vías, más centrada en el trastorno límite de la personalidad, sería profundizar en las similitudes entre este trastorno y los trastornos del estado de ánimo, concretamente el trastorno bipolar tipo dos. Esto es debido a que en los últimos años diversos autores están estudiando la posibilidad de contemplar ambas patologías como parte de un mismo trastorno, lo cual supondría grandes avances en el tratamiento de ambas enfermedades e incluso en la calidad de vida de estos pacientes (Apfelbaum, Regalado, Herman, Teitelbaum y Gaguesi, 2013; Smith, Muir y Blackwood, 2014; Zimmerman et al, 2010).

BIBLIOGRAFÍA

Aguiar, F.X., Fernández, C.I., y Pereira, C. (2015). La familia y la intervención preventiva socioeducativa: hacia la identificación del maltrato infantil. *Revista Educativa Hekademos*, 17(8), 31-41.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª Ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Amores-Villalba, A., y Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81-88.

Apfelbaum, D., Regalado, P., Herman, L., Teitelbaum, J., y Gaguesi, P. (2013). La comorbilidad del Trastorno Bipolar con Trastornos de la Personalidad tipo B como indicador de severidad clínica y desregulación afectiva. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(5), 267-278.

Arruabarrena, M. I., y De Paúl, J. (1994). *Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Bateman, A., y Fonagy P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press.

Betancourt, L., Rodríguez, M., y Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Medica*, 48(3), 261-276.

Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Briere, J., & Runtz, M. (1991). The long-term effects of sexual abuse: a review and synthesis. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 3-13.

Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet*, 363 (9405), 303-310.

Díaz, J., y Blánquez, M.P. (2014). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 82-90.

Echeburúa, E., y Marañón, I. (2001). Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Revista de Psicología Conductual*, 9, 513-525.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationship with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research* 5, 553-560.

Fairburn, C. G. (1998). *La superación de los atracones de comida*. Buenos Aires: Paidós.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.

García, M.T., y Otín, R. (2007). Sobre la psicosis puerperal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(100), 501-506.

Gold, E.R. (1986). Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 471-475.

Góngora, V. C. (2001). Trastornos de personalidad en pacientes con desordenes de la conducta alimentaria. *Psicodebate*, 2, 75-96.

Gutiérrez, G., Fontanil, Y., Paz, D., Ezama, E., y Alonso, Y. (2017). Patología alimentaria en adolescentes: efecto del apego y de la regulación emocional. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(2), 209-220.

Harlow, H. F., y Zimmermann, R. R. (1958). The development of affective responsiveness in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 102, 501 -509.

Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 42, 552-556.

Heatherton, T.F., y Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

Jacobi, C. (2005). Psychosocial risk factors for eating disorders. In S. Wonderlich, J. Mitchell, M.Zwaan, y H. Steiger (Eds.), *Eating Disorders Review, Part 1*. Academy for Eating Disorders. Oxford, UK: Radcliffe.

Leiderman, E., A., Buchovsky, S., Jimenez, M., Nemivovsky, M., y Pavlovsky, F. (2004). Diagnóstico y tratamiento del Trastorno bordelinde de la personalidad: una encuesta a profesionales. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 280-286.

Leon, G.R., Keel, P.K., Klump, K.L., y Fulkerson, J.A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 405-411

Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp 95-124). Ablex.

Montano, G. (2011). Alteraciones del apego en adopciones tardías. Sus consecuencias y posibles abordajes terapéuticos. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 7(4), 29-41.

Morais, M. L., Lucci, T. K., y Otta, E. (2013). Postpartum depression and child development in first year of life. *Estudos de Psicologia, Campina*, 30(1), 7-17.

Morales, S., y Santelices, M.P. (2007). Los modelos operantes internos y su abordaje en psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 25(2), 163-172.

Mosquera, D. (2010). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-TR. *Revista Persona*, 10(2), 7-22.

Mosquera, D., y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 1-35.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Maltrato infantil*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.

Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno-infantil: prevalencia, factores de riesgo, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud* 48 (2), 164-176.

Patrick, M., Hobson, R.P., Castle, D., y Howard, R. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6(2), 375-388.

Premack, D., y Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a “theory of the mind”? *Behavioral Science*, 4, 515-526.

Putnam, F.W. (2003). Ten – year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.

Smith, D.J., y Muir, W. J., y Blackwood, D.H.R. (2014). Is Borderline Personality Disorder part of the Bipolar Spectrum?. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(3), 133-139.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-89.

Stice, E., y Agras, W.S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 460-469.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tushen-Caffier, B., y Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: ¿A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197, 103-111.

Téllez-Vargas, J. (2006). Teoría de la mente: evolución, ontogenia, neurobiología y psicopatología. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 7, 6-27.

Vajda, A., y Láng, A. (2014). Emotional abuse, Neglect in Eating Disorders and their relationship with Emotion Regulation. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 131, 386-390.

Vitriol, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 43(2), 88-90.

Zimmerman, M., Galione, J.N., Ruggero, C.J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., y McGlinchey, J.B. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(9), 1212-1217.