

## El apego infantil y su relación con el trastorno límite de la personalidad

Francisco Javier Fernández Clamont<sup>1</sup>, José Martín Mosqueda Ventura<sup>2</sup>.

1) Secretaría de Salud del Estado de México. Instituto de Salud del Estado de México.

2) Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación. Secretaría de Salud del Estado de México.

“La teoría del apego es una forma de conceptualizar la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos fuertes con los demás y de extender las diversas maneras de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados o viven una separación o pérdida”. John Bowlby (1998).

### RESUMEN

En décadas recientes ha crecido el interés por estudiar la relación entre el apego y diversos trastornos de la personalidad, sobre todo a partir de que Bowlby propuso varias categorías de apego, a saber: apego seguro, apego inseguro evitativo distanciante, apego inseguro-ambivalente-preocupado-resistente, y el apego inseguro desorganizado-desorientado o no resuelto. El primero de ellos es el que se asocia más con una salud mental “armónica” y los otros se relacionan con distintos problemas mentales que pueden prevalecer a lo largo de la vida de las personas; el caso extremo lo representa el último, que se asocia de manera importante con el trastorno límite de la personalidad (TLP), caracterizado, entre otras condiciones, por un patrón en el que predomina la dificultad para regular las emociones, con una alta inestabilidad en las relaciones interpersonales, que la mayoría de las veces, son muy intensas pasando de la idealización a la devaluación del otro.

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM5), incluye entre sus criterios diagnósticos, esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginario, alteración de la identidad con intensa inestabilidad del sentido del yo y de la autoimagen. Datos de la Secretaría de Salud de México, señalan que casi 1.5% de la población general padece TLP. El objetivo de este trabajo consiste en revisar brevemente la manera en que el apego puede influir en la evolución del trastorno límite de la personalidad y algunas alternativas preventivas.



Mtro. José Martín Mosqueda Ventura.  
Unidad de Información, Planeación, Programación y Evaluación de la Secretaría de Salud del Estado de México. Avenida Independencia 1009, Reforma y Ferrocarriles Nacionales, C. P. 50070. Toluca, Méx.  
Correo electrónico: marmosbis@gmail.com  
Citar como: Fernández CF, Mosqueda VJ. El apego infantil y su relación con el trastorno límite de la personalidad. Invest Clin Mexiq; 2022; 1 (4) : 24-33.

## Antecedentes

Ya desde los primeros años del psicoanálisis, la importancia y la manera en que los vínculos tempranos influyen en la salud mental y el desarrollo de los seres humanos ha sido un tema de gran interés. Así lo demostraron aportaciones tan significativas como las del mismo Freud y posteriormente las de Melanie Klein, Anna Freud, y Otto Kernberg, entre otros (Lecannelier, Ascanio, et.al. 2011)<sup>1</sup>, aunque no fue sino hasta los trabajos de Bowlby que se logró generar una evidencia empírica más sólida, mediante estudios prospectivos longitudinales y con el desarrollo de una serie de análisis prospectivo/evolutivos, dejando un tanto de lado los diseños clínicos retrospectivos.

En años más recientes se ha producido una copiosa literatura sobre el apego y sus implicaciones en el desarrollo posterior de los seres humanos, explorando sus relaciones con la conducta agresiva, las autolesiones, la ideación suicida, entre otras, y si bien los vínculos que se establecen a edades tempranas entre los infantes y sus cuidadores primarios generan una influencia enorme en la adaptación psicosocial de las personas, la misma no necesariamente determina el “nivel” de salud mental o de psicopatología ulterior. En este trabajo revisaremos sucintamente la forma en que el apego puede influir en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad (TLP) y distintas opciones para prevenirlo.

Bowlby (1988) define al apego como una conducta instintiva propia de los seres humanos y otros animales superiores, sustentado en un sistema motivacional de tipo biológico que puede considerarse previo o más “antiguo” que la necesidad de alimentación mediante el cual los infantes alcanzan la regulación progresiva de sus estados afectivos y de tipo físico. Este avance se presenta paulatinamente ante situaciones que les provocan temor, miedo u otras sensaciones que perciben como amenazantes y que motivan la búsqueda de seguridad en la cercanía de una persona específica, un “otro significativo” al que aprecian como protector ante la posibilidad de sufrir daño psicológico o físico (Di Bártolo, 2018 et. al. citados en Guido y Spano, 2019)<sup>2</sup>.

Como afirma Di Bártolo (op.cit.) hoy en día, la teoría del apego es la más válida para explicar el desarrollo emocional infantil, y en las dos décadas recientes se ha generado gran evidencia relativa a la importancia que revisten las experiencias tempranas en la aparición de psicopatología y diversos trastornos mentales. En adición y citando a Mosquera<sup>3</sup>, se puede afirmar que:

“La conducta de apego es un sistema innato del cerebro que evolucionó para dar seguridad al niño. Éste buscará la proximidad del progenitor, recurrirá a él como refugio seguro cuando sienta malestar para ser consolado e internalizará la relación con el progenitor como un modelo interno de base segura. Cuando se convierta en adulto, este individuo tendrá capacidad de autorregulación, será capaz de conectar con otros y de pedir y recibir ayuda”.

Como veremos más adelante, todas estas capacidades se muestran severamente alteradas en pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Mosquera, íbid).

Otras acepciones indican que el apego “demuestra que las experiencias tempranas son las determinantes principales en la consecuente conducta de los individuos... pues posibilitan el desarrollo de la intersubjetividad, la organización mental (Di Bártolo, ídem) y la regulación emocional” (Guido y Spano, op. cit.).

Si bien es cierto que el apego es una condición cimentada en la relación primigenia entre el niño y su madre, también lo es el hecho de que en los seres humanos toma cierto tiempo en aparecer<sup>4</sup>. Por su parte, Ruiz-Lopo (cit. en Peña, 2019) propone distintas fases de desarrollo del apego, a saber<sup>5</sup>:

**1. Fase de pre-apego:** abarca desde el nacimiento hasta el mes y medio de vida, y se caracteriza porque el bebé manifiesta sólo conductas reflejas como mirar, sonreír o llorar, la cual es fundamental para la sobrevivencia, a fin de atraer la atención de otras personas y a la vez responden a estímulos generados por éstos mostrando sosiego, calma o tranquilidad al ser abrazados y apapachados, y de este modo se va produciendo el reconocimiento sensorial hacia la voz de la madre ya que paulatinamente preferirán ese sonido emitido por dicha figura afectiva, sobre el de cualquier otra persona.

**2. Apego:** desde los seis meses a un año o dos: aquí ya está identificado el vínculo afectivo entre el niño y la madre, de tal manera que aparece disconfort y ansiedad cuando se le separa de ella y un propósito primordial de la conducta de los infantes es atraer-mantener la atención de su progenitora y fortalecer el contacto con ella.

**3. Formación de relaciones recíprocas:** en esta fase que abarca del primer año en adelante, se incluye la adquisición del lenguaje y la introyección de la figura materna, lo que propicia una reducción de la ansiedad ante la separación temporal puesto que el niño tiene la confianza de que ella

reaparecerá en algún momento y estará con él.

Al concluir éstas se ha consolidado un vínculo afectivo muy fuerte entre el niño y la madre, lo que le proporciona una sensación de seguridad como para evitar la búsqueda incesante del contacto físico con ella. Al respecto, Ainsworth<sup>6</sup> señala que la naturaleza del apego construido en estas etapas, servirá como eje alrededor del cual podrá generarse continuidad en el desarrollo de las relaciones interpersonales a pesar de los cambios ulteriores que puedan enfrentar las personas: a mayor constancia de objeto internalizada por el niño respecto a la figura materna, menor será la ansiedad de separación que experimente en el futuro ante personas significativas o extrañas.

### Tipos de apego

Al investigar acerca de los tipos de apego, es común encontrar una amplia gama de conceptualizaciones según distintos autores, quienes sin duda han contribuido de una u otra forma a fortalecer el estado del arte en este campo, en el que resaltan los estilos postulados por Bowlby, y que describiremos a continuación.

### Apego seguro

A la fecha, se cuenta con suficiente evidencia para afirmar que los sistemas de apego serán “vigentes” no solo en los primeros años, sino durante toda la vida y representarán la plataforma en la que quedará asentada la posterior modalidad de interacción de las personas adultas de tal manera que conforme se repiten los patrones de apego en el binomio madre-hijo, el niño tendrá expectativas claras relacionadas con lo que ocurrirá en el futuro al interactuar con ella y con otras personas, lo que a su vez, servirá de guía a su conducta y significados ulteriores en distintos escenarios (Di Bártolo, 2018; Fonagy et al., 2004, en Guido y Spano, op.cit.).

Así quedó demostrado en los estudios clásicos de Mary Ainsworth, (experimento de la Situación Extraña) al explorar el tipo de apego que aparecía en los niños al colocarlos en un salón de juegos acompañados de sus madres, luego incorporando a personas extrañas permaneciendo presente la madre, después dejándolos únicamente con los extraños y por último quedando sólo los infantes en el salón. Ante estas circunstancias cambiantes, también se manifestaron diferentes comportamientos en los niños, caracterizándose el apego seguro porque al desaparecer la figura cuidadora

de la madre, los niños se mostraban inquietos, lloraban y protestaban, pero se tranquilizaban cuando dicha figura regresaba al recinto animándose a jugar otra vez e interactuando con la persona extraña<sup>7</sup>.

A partir de estos y otros hallazgos, se concluye que las madres que propician un estilo de apego seguro son más sensibles y empáticas con los estados emocionales de sus hijas e hijos, y hacen esfuerzos por “sintonizar” sus emociones con las de ellos en una especie de efecto espejo “mirroring” y también son más responsivas ante las manifestaciones afectivas con el propósito de regular lo que los infantes están sintiendo al tiempo que contribuyen a disminuir su ansiedad en momentos de malestar psicológico<sup>8</sup>. Esta especie de reflejo respecto a las experiencias subjetivas de los niños, se reconoce como un elemento crucial para el adecuado desarrollo del self, ya que esa función “cuidadora” que brinda seguridad ante el mundo, posibilita que los infantes llamen por su nombre a esas emociones y estarán en posibilidad de mostrar una gran variedad de ellas, a la vez que podrán identificarlas en otros individuos. Podría decirse que la regulación emocional en estos casos favorece el desarrollo de procesos de resiliencia que puede proteger ante posibles patologías, ya que el modelo mental que se crea es de confianza<sup>9</sup>.

Asimismo, se ha encontrado que ciertos estilos de crianza parental conjugados con el ambiente familiar que perciben los niños, pueden ser tomados en cuenta como predictores de estructuras cognitivas positivas de interpretación del mundo y de uno mismo. En contraparte, cuando dichas estructuras sufren graves alteraciones es más común que prevalezcan a lo largo de la vida asociadas fuertemente con el trastorno límite de la personalidad y otras psicopatologías.

En concordancia con Bowlby, otros autores (en Kimelman, op.cit.) afirman que la calidad de la vinculación deviene en una urgencia existencial en virtud de que orienta la salud psico-emocional a lo largo de la vida, lo cual ha sido demostrado con estudios longitudinales que reportan que el apego seguro se correlaciona con un mayor número de niñas y niños sanos que a la postre resultan adultos también sanos, y por el contrario, el apego ansioso se liga más con maltrato, negligencia y trastornos del desarrollo.

### Apego inseguro-evitativo-distanciante.

En el mismo estudio de Ainsworth también se evidenció que son pocos los niños que demuestran muy poco malestar en la fase de separación de sus cuidadores primarios en

la “situación extraña”, ya que, cuando regresan, esas niñas y niños evaden abiertamente el contacto o lo restablecen muy brevemente (con saludos lejanos, por ejemplo). Con las personas extrañas se relacionan de manera análoga que con su cuidador, quien a su vez desapueba la conducta de apego mostrada por los infantes. Investigaciones realizadas en escenarios más controlados (laboratorios) han demostrado que esos niños experimentan altos grados de estrés fisiológico cuando ocurre la separación, aunque esta circunstancia no se observa en sus expresiones faciales o su comportamiento. Y por su parte Slade<sup>10</sup>, añade que las estructuras para eliminar el afecto comúnmente son estrictas (rígidas) y altamente organizadas.

Este tipo de apego puede manifestarse en distintas formas como resultado de episodios reiterados caracterizados por la ausencia de sintonía entre las emociones de la diada madre-hijo, a lo que se suma una comunicación de tipo no contingente o demorada, siendo así que cuando el cuidador (a) se ausenta con frecuencia y expresa rechazo al niño, éste se adapta y empieza a evadir su cercanía al igual que la conexión emocional. Es muy común encontrar casos de madres y padres que propician este tipo de condiciones debido a que ellos también crecieron en ambientes con escasa expresión emocional y afectiva, constituyéndose en obstáculos para interactuar en forma adaptativa y para establecer conexión empática con las necesidades de los niños y de otros seres humanos.

Los rasgos característicos del comportamiento materno en este caso incluyen rigidez, rechazo, hostilidad y aversión por el contacto físico. El apego inseguro-evitativo-distanciante se relaciona más con psicopatología de rasgos externalizantes, como es el caso del trastorno antisocial de la personalidad y no tanto con el trastorno límite<sup>11</sup>.

### **Apego inseguro-ambivalente-preocupado-resistente.**

Un número menor de niños presenta niveles altos de estrés cuando ocurre la separación, y al volver su cuidador, manifiestan una combinación de querer contacto y resistencia al mismo. En la conducta de sus cuidadores predomina la irritación, su disponibilidad es totalmente incierta además de que se comportan intrusivos en exceso para con sus niños.

No es raro que estos niños se muestren retraídos ante los extraños y con comportamiento exploratorio disminuido, aun cuando su cuidador esté presente (Ainsworth et al, 1978; Main y Solomon, 1986, cit. en Mosquera, 2013), a la vez

que perciben la comunicación con éste como intermitente, inconsistente y hasta intrusiva. Es común que desarrollan ansiedad y titubeos respecto a cuándo pueden acercarse o no a los padres, ya que no han logrado construir certidumbre relativa a lo que podrían recibir, ya sea atención o rechazo.

Dicha ambivalencia creará una fuerte inseguridad predominante en la relación padres-hijos, que persistirá a lo largo de la vida y definirá las relaciones futuras del niño. En este caso los padres pueden mostrarse angustiados y expresar hostilidad o repulsión combinada con conductas controladoras experimentando también temor ante el llanto o las necesidades insatisfechas de los niños, lo que les impide tomar control de las situaciones y actuar en consecuencia, “marcando distancia” de los estados emocionales de aquellos y en ocasiones forzándolos a modificarlos a partir de sus propias interpretaciones. Ante este estado de cosas, el niño construye un “esquema interno” en que subyace la idea de que algunas de sus emociones son peligrosas y la ausencia de reforzamiento o consuelo por parte de los padres producirá la convicción de que las conexiones con otros le provocarán invariablemente estados de ansiedad (Mosquera, ídem), llegando a configurar un patrón emocional y de conducta permeado por discomfort, miedo y otras sensaciones negativas que surgirá siempre en situaciones análogas.

Más adelante, Mosquera también apunta que cuando esas dos situaciones se alternan, los niños viven episodios donde el padre es “accesible y cercano” emocionalmente hablando, con lo que el niño será reforzado y podría progresar hacia un autoconcepto positivo, aunque es condicionado, ya que esa cercanía no es constante sino más bien intermitente, lo que dificulta aún más al niño regular adecuadamente los estados emotivos que le generan malestar.

### **El apego inseguro desorganizado-desorientado o no resuelto.**

Esta clasificación o subtipo de apego se atribuye a la investigadora Mary Main<sup>12</sup>, y se caracteriza porque al activarse el sistema de apego de los niños y niñas en determinadas circunstancias, su comportamiento predominante es contradictorio, surgen movimientos o expresiones dirigidas inadecuadamente, incompletas, interrumpidas, de manera secuenciada o simultánea. También aparecen movimientos estereotipados (conductas bizarras, asimétricas y mal sincronizadas) así como posturas extrañas. Algunos niños pueden mostrar patrones conductuales conflictivos aun en

presencia de sus cuidadores, con intenciones contrapuestas, congelamiento súbito (freezing) y otras manifestaciones de desorientación o aturdimiento, que pueden interpretarse como especialmente dramáticas e indicativas de dificultades graves respecto a los procesos internos de estructuración de esos niños y en el vínculo entre ellos y sus cuidadores. No obstante, ante la presencia de otro cuidador, pueden comportarse de manera más orientada y organizada.

Aquí, esencialmente los niños sufren, ya que sus cuidadores primarios o sus padres manifiestan cotidianamente conductas impredecibles en un entorno donde sus necesidades son cubiertas esporádicamente y la mayor parte del tiempo concurre agresión, maltrato, o ambas circunstancias.

Diversos estudios (citados en Mosquera, 2013) plantean que estos niños viven las conductas y otras expresiones de sus cuidadores en forma ambivalente, es decir, con temor o asustados, de manera alternada/simultánea, generándoles una especie de incongruencia con intentos de aproximación-evitación que en cierto modo explica las respuestas de desorientación y freezing.

Esos niños viven con frecuencia situaciones caóticas donde el cuidador es al mismo tiempo su única fuente aparente de seguridad y consuelo pero también es fuente de temor y miedo, quedando atrapados en lo que Main y Hesse llamaron “miedo irresoluble”, provocando que su sistema de apego funcione en forma desorganizada, indicando que vive constantemente en condiciones de angustia que no puede solucionar, ya que su cuidador (a) representa concurrentemente seguridad/miedo. Más adelante, Lyons-Ruth amplió esta hipótesis postulando que el apego desorganizado puede ser también el resultado de padres alterados o insensibles en extremo que fracasan constantemente al momento de reconfortar y tranquilizar en el niño su activación de necesidad de apego, exponiéndolo entonces a la desregulación emocional sin el apoyo de la figura “cuidadora”, y emergiendo la clasificación de Main respecto a cuidadores aterrorizantes, aterrorizados y disociativos (Main, 2000)<sup>13,14</sup>.

Los niños que se desarrollan en una relación con este tipo de apego, tratan infructuosamente de dar sentido a su experiencia caótica, adaptándose a sus circunstancias de la mejor manera que pueden, y tanto lo intentan que sus esfuerzos se convertirán en un patrón relacional que perdurará en todas sus relaciones interpersonales futuras. Esto cobra relevancia crucial, ya que, parafraseando a Galán (idem), es posible que al referirnos al apego desorganizado

sería más apropiado hablar del fracaso total de las estrategias de apego, puesto que cuando el niño es incapaz de regular sus emociones vinculadas a éste mediante el despliegue de las estrategias habituales, surge entonces la desorganización como única alternativa.

Por otra parte, Galán (íbid) agrega que además de las manifestaciones anteriores, algunos estudios prospectivos han encontrado que niños con apego desestructurado de entre 3-4 años de edad, muestran un cambio drástico adoptando estrategias de control hacia sus cuidadores mediante una inversión del rol con estrategias coercitivas, violencia o chantaje sobre sus padres y cuidadores, o bien a la inversa con comportamientos de solicitud extrema y, en ocasiones, asumiendo el papel de “cuidadores” de sus progenitores, con lo que buscan imponer sus normas en la relación. Al respecto Hesse y Main (citado en Galán, íbidem) apuntan que la desorganización se mantiene en el nivel de representaciones mentales que se externalizan en los discursos y sus dibujos, mientras que en la conducta observable pueden surgir la acomodación excesiva y la dominación.

En consecuencia, la persona adulta o adolescente controladora, incapaz de conservar la calma en momentos de gran carga emocional o al sufrir pérdidas, que además presenta una agresividad mal manejada y es proclive a la disociación, podría estar exhibiendo la evolución de un tipo de apego desorganizado<sup>15</sup>.

Distintos autores coinciden en que los problemas de apego temprano pueden representar un factor de primera importancia para desarrollar psicopatología (trastornos disociativos) al igual que trastorno límite de personalidad (TLP), postulado acreditado suficientemente en la literatura contemporánea (Kernberg, Weiner & Bardenstein 2000; Bateman & Fonagy 2004; Mosquera y González, 2009, Sroufe, 2005)<sup>16</sup>. Otras investigaciones han concluido que la aparición de dificultades en las relaciones de apego a edad temprana devienen en factores asociados al surgimiento de estados psicopatológicos, de modo tal que los estilos inseguros, preocupado o resistente, se asocian más frecuentemente (pueden ser indicadores) de síntomas y trastornos psicopatológicos o trastorno límite de la personalidad (Main, op. cit.).

## El trastorno límite de la personalidad y su relación con el apego desorganizado

Con base en los criterios diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Psiquiátrica Americana (2014), podemos decir que el TLP consiste en un patrón donde predomina la dificultad para regular las emociones, existe inestabilidad constante en las relaciones interpersonales las cuales se caracterizan por ser muy intensas oscilando de la idealización a la devaluación del otro, fuerte labilidad en la autopercepción y cambios bruscos de los afectos con esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario y temor constante a la soledad. Conlleva además un bajo control de impulsos con aparición frecuente en las primeras etapas de la adultez y puede emerger en situaciones distintas, con cinco o más de los siguientes criterios (los más notorios en personas cuya infancia cursó con apego desorganizado son los criterios 1, 3 y 6)<sup>17</sup>.

1	Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo y abandono imaginario o real.
2	Las relaciones interpersonales son generalmente intensas e inestables con alternancia entre los extremos de devaluación e idealización de los otros.
3	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente del sentido del yo y de la autoimagen.
4	Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (compras compulsivas, sexo compulsivo, consumo de drogas, etc.).
5	Actitud, amenazas frecuentes de suicidio o conductas automutilatorias.
6	Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (irritabilidad o ansiedad que comúnmente duran varias horas) y episodios disfóricos abruptos.
7	Sensación de vacío crónica.
8	Dificultad para controlar la ira o enojo intenso, agresión física.
9	Ideas paranoides transitorias asociadas a estrés o síntomas graves de tipo disociativo.

Fuente: elaboración propia con base en el DSM-5.

Pese a que sus síntomas son muy semejantes a los del trastorno bipolar, la diferencia fundamental radica en que este último muestra alteraciones emocionales ocasionales (por episodios), y en el TLP, las oscilaciones aparecen desde los estadios tempranos de formación de la personalidad y permanecen más o menos estables al transcurrir el tiempo. Por otro lado, y aun cuando existen varias teorías explicativas de la relación entre el apego y el TLP, una de las más reconocidas hoy en día fue propuesta por Kernberg desde 1998<sup>18</sup>, quien planteó considerar la difusión de la identidad como su rasgo central para explicar, en cierta forma, las dificultades que experimentan esos pacientes en sus relaciones interpersonales, y más adelante otros autores como Fonagy y De Meulemeester (2017)<sup>19</sup> analizaron dichas dificultades también como resultado de la difusión de la

identidad desde la óptica de los procesos de mentalización, conceptualizados como la capacidad de las personas para comprender tanto el mundo interno (propio) y el social (de los otros) en tanto que “estados mentales”. En otras palabras, la habilidad para figurarse que los demás tienen “una mente” semejante a la propia (Allen, et. al., citados en Lorenzini y Fonagy)<sup>20</sup>. Ello significa que un sujeto con personalidad saludable es capaz de responder e interpretar los sentimientos, afectos e ideas de los otros y no sólo sus propias vivencias, a diferencia de otro con TLP, cuya coherencia del self sería “solamente una ilusión”, es decir, las dificultades en la mentalización se relacionan directamente con una fuerte difusión en la identidad, lo que a su vez explicaría, al menos parcialmente, los conflictos relacionales típicos del TLP (De Meulemeester, op. cit.).

En ese mismo orden de ideas, Gabbard (2002)<sup>21</sup> señala que el núcleo del self evoluciona en una relación de apego en la que el infante internalizará la percepción del cuidador sobre sí mismo, y ante la carencia de respuestas de objeto del self (como sucede en el apego desorganizado) se caracterizan por tener recursos internos inadecuados para mantenerse, llegando a ser susceptibles a la fragmentación del self (Gabbard, op. cit). Otros teóricos<sup>22</sup> encontraron que especialmente el apego desorganizado, junto con hostilidad parental y estrés familiar, son predictores de síntomas futuros de TLP.

Por lo anterior, no es de extrañar que las experiencias internas de esos niños sean generalmente caóticas provocándoles una desregulación constante, integrando una representación ajena a su propio self en desarrollo, lo que algunos denominan “alien self”. Aquí, el niño internaliza una imagen de sí mismo que percibe como inmanejable, la cual requiere ser externalizada con el propósito de lograr una representación coherente de su propio self, aunque esta sea sólo una ilusión. A partir de aquí puede comprenderse el comportamiento controlador dirigido hacia los padres, como esfuerzo primitivo de manifestar los rasgos inaceptables (egodistónicos) de su propia imagen<sup>23,24</sup>. Vale la pena agregar que este trastorno es el que cursa con una mayor comorbilidad en la adolescencia y la adultez, entre las que se pueden identificar depresión, consumo de sustancias psicoactivas, bulimia nervosa y crisis de pánico<sup>25</sup>.

Con respecto a la situación epidemiológica entre el TLP y el apego desorganizado, varios reportes señalan que los problemas asociados a psicopatología se incrementan mientras más desorganizado sea el vínculo de apego, alcanzando su máxima expresión con apego desorganizado:

2-3% de la población general, lo que evidencia el nivel de asociación actual entre apego desorganizado y algunos trastornos psicopatológicos, justificando la necesidad de profundizar en la investigación al respecto<sup>26,27,28</sup>. Por su parte, datos del DSM-5 señalan que dicha cifra puede alcanzar hasta un 5.9%, y al revisar información de pacientes psiquiátricos, aumenta al 19-20%<sup>29,30</sup>. Por otro lado, la prevalencia desciende a mayor edad y es más alta en mujeres que en hombres.

En población infantil, se ha encontrado que en niños que sufren maltrato constante se incrementa hasta 80%; en madres con patrones de abuso de alcohol y de drogas ilegales, registra 43%. Por su parte, Dozier y Fonagy, hallaron significativamente más estilo de apego desorganizado en los trastornos de personalidad límite y los disociativos<sup>31</sup>.

En México, datos de la Secretaría de Salud indican que casi 1.5% de la población general padece TLP, aumentando la probabilidad de quien lo presenta a mostrar conductas de riesgo para su salud como ideas suicidas frecuentes, consumo de drogas o automutilación<sup>32</sup>.

### Alternativas de prevención del TLP

Por lo todo lo anterior, es necesario delinear algunas propuestas con base en evidencia sólida para promover el desarrollo del estilo de apego seguro, incluso desde antes del nacimiento, con el propósito final de prevenir el surgimiento de psicopatología, y en particular el TLP, ya sea en la adolescencia o la edad adulta. Enseguida describimos algunas de ellas:

**1.** Es fundamental promover un vínculo saludable entre las madres y sus bebés para favorecer el apego seguro, y esto puede lograrse al explorar las representaciones maternas en contextos grupales que fungan como base segura y de contención emocional para ellas y la relación con sus hijos, fundamentalmente en cuatro áreas: contacto visual, función corporal, interacción verbal y de sostén.

La primera se refiere a los intercambios visuales entre ambos integrantes de la díada, e incluye las miradas recíprocas, si buscan la mirada una del otro y viceversa, si existe respuesta o no al contacto visual, principalmente.

La función corporal alude a las conductas táctiles que surgen entre ellos en forma de caricias, mimos o arrumacos, ya sea que los inicie la mamá o el bebé.

Para la interacción verbal se incluye el contenido de lo que dice la madre, la forma en que lo expresa (tono emotivo, timbre), y por parte del niño se consideran los balbuceos, expresiones guturales, otras vocalizaciones y las palabras que pueda articular, aunque sea parcialmente.

La función de sostén abarca los modos en que la madre mantiene en brazos a su bebé y cómo éste se “acurruca” en su interior sintiéndose cómodo o incómodo. Todo esto favorece las construcciones mentales subjetivas de las mamás acerca de ellas mismas como madres, acerca de su bebé, y respecto a su interacción cotidiana con este, sobre su pareja, en tanto que padre del bebé, y sobre sus familiares y amigos, en una función de mirroring. Dichas representaciones se construyen a partir de la convivencia con “otros significativos”, lo que incide positivamente en el vínculo emocional madre-hijo derivando en un apego seguro y armónico (Stern, 1995, citado en Traverso Koroleff, 2010)<sup>33</sup>. Lo importante es que las mamás aprendan a “pensar sus emociones”, sus fantasías y creencias relativas a sí mismas como madres, de tal suerte que sólo de esta manera podrán ponerse en contacto con los estados mentales del bebé pudiendo brindarle atención y soporte para “crecer psicológicamente”, actuando como un continente transformador de las proyecciones del infante para que se sienta “contenido”<sup>34</sup>.

**2.** Otras acciones que promueven el apego incluyen promover el contacto físico de la madre con su niño o niña dentro de las 3 primeras horas posteriores al parto, facilitar la expresión libre de los temores maternos con relación a la crianza y favorecer su “normalización”, lo cual puede efectuarse brindando un apoyo eficaz mediante grupos de ayuda y consejería. Hay evidencia suficiente que reporta que la consejería, particularmente en las etapas del embarazo, el post-parto inmediato y luego durante el periodo neonatal, produce un impacto positivo en la lactancia exclusiva, lo que a su vez contribuye a disminuir el riesgo de depresión post-parto, y la lactancia está asociada con un coeficiente intelectual más elevado en los niños, lo que es independiente del coeficiente de sus madres y de la estimulación recibida en casa<sup>35</sup>. Esa condición subsiste más allá de la niñez, ya que se ha encontrado una fuerte asociación positiva entre haber sido alimentado con leche materna y los ingresos económicos percibidos en la adultez, lo que podría explicarse por la gran cantidad de ácidos lípidos de larga cadena contenidos en la leche humana, que ayudan a promover el desarrollo neuronal, al igual que el de la materia blanca y la mielinización<sup>36,37</sup>.

3. Las actividades que puede realizar el personal de salud en el primer nivel de atención son fundamentales, y entre ellas se encuentran incorporar en los programas de monitores del embarazo la detección precoz de señales de alerta y factores de riesgo de posible maltrato en los futuros padres. Asimismo, promover programas educativos dirigidos a los progenitores durante el embarazo con temas como estilos de crianza positiva, habilidades de comunicación asertiva, ejercicios de balance decisional y solución de problemas. Estos pueden complementarse con técnicas para reducir el estrés, la ansiedad, y aplicación de instrumentos de tamizaje para detectar episodios ansiosos y depresión.

De igual manera, promover redes de apoyo con grupos de madres (tipo ayuda mutua bajo la coordinación de personal sanitario) que sirvan para compartir experiencias, adquirir mayor seguridad, generar nuevos aprendizajes, fortalecer la autoestima, desarrollar autoeficacia, la adopción de roles parentales, apoyar el establecimiento de vínculos afectivos y el cuidado de las primeras relaciones con el infante, así como la incorporación al repertorio conductual de mecanismos de afrontamiento adaptativos ante la llegada de un nuevo ser<sup>38</sup>.

Es verdad que hay otras opciones preventivas para los trastornos mentales y el TLP que no incluimos aquí, aunque tampoco es la pretensión de este escrito agotarlas todas, simplemente esperamos que sirva de orientación a los profesionales de la salud para reducir la frecuencia de estas patologías entre la población.

### Referencias bibliográficas

1. Lecannelier, Felipe, Ascanio, Lorena, Flores, Fernanda, & Hoffmann, Marianela. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100011>
2. Guido y Spano, C. (2019). Apego desorganizado y trastorno límite de la personalidad. Trabajo de integración final, Facultad de Psicología, Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires". Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/10177/1/apego-desorganizado-trastorno-limite.pdf>
3. Mosquera, D.; González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Sociedad española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. Vol. 3 n. 3.
4. Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
5. Peña, P. (2019). Apego infantil y trastorno límite de la personalidad: una revisión bibliográfica. Trabajo de fin de grado. Universitat Abat Oliba CEU.
6. Ainsworth, M.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10) 932-937.
7. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
8. Bateman A, Fonagy P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press
9. Kimelman J., Mónica. (2019). Apego normal, apego patológico y psicosis. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 57(1), 43-51. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000100043>
10. Slade, A. (1999b). Maternal representation of their toddlers: links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology* 35, 611-619.
11. Mosquera, D.; González, A. (2013). Op. Cit.
12. Galán Rodríguez, Antonio. (2010). El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(4), 581-595. Recuperado en 16 de febrero de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352010000400003&lng=es&tng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000400003&lng=es&tng=es)
13. Galán Rodríguez, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 30 (108), 581-595.
14. Main M. The organized categories of infant, child, and adult attachment: flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *J Am Psychoanal Assoc* 2000; 48: 1055-1096.

15. Holmes J. Disorganized attachment and borderline personality disorder: a clinical perspective. *Attach Hum Dev* 2004; 6: 181-190.
16. Sroufe LA. Attachment and development: a prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attach Hum Dev* 2005; 7: 349-367.
17. American Psychiatric Association. (2014). Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
18. Kernberg, O.F., (1998). Diagnóstico Estructural. En Kernberg O.F., *Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias psicoterapéuticas* (8ª reimp., pp.1-22). México, D.C.: Editorial El Manual Moderno.
19. De Meulemeester, C., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y. & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: The mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research*. 258, 141-144.
20. Lorenzini y Fonagy, Apego y trastornos de la personalidad. Breve revisión. *Revista Mentalización*. Disponible en: [https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego\\_y\\_trastornos\\_de\\_la\\_personalidad\\_breve\\_revision.pdf](https://revistamentalizacion.com/ultimonumero/apego_y_trastornos_de_la_personalidad_breve_revision.pdf)
21. Gabbard, G.O. (2002). Trastornos de la personalidad del Grupo B. En Gabbard, G.O., *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3ª ed.). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
22. Levy, K. N., Johnson, B. N., Clouthier, T. L., Scala, J., & Temes, C. M. (2015). An attachment theoretical framework for personality disorders. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 56(2), 197-207.
23. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2004) *Affect regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.
24. Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P. & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, Attachment and Epistemic Trust in Adolescent BPD: Clinical Illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. 8 (2), 172-182
25. Abarca, M. (2021). El trastorno límite de la personalidad: relación entre el apego infantil. Trabajo de investigación para obtener el grado de bachiller en psicología. Universidad Continental, Colombia. Disponible en: [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9736/4/IV\\_FHU\\_501\\_TI\\_Abarca\\_Rojas\\_2021.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9736/4/IV_FHU_501_TI_Abarca_Rojas_2021.pdf)
26. Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia Psicológica*. 29 (1), 107-116.
27. Di Bártolo, I. (2018). El apego: cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos: clínica, investigación y teoría. (2ª ed.) Buenos Aires: Lugar Editorial.
28. Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*. 85 (3), 265-268.
29. Escobar, M. J., Santelices, M. P. & Peláez Elizalde, G. (2013). Psicoterapia basada en la Mentalización como tratamiento para Trastornos de Personalidad Borderline: Revisión teórica de los postulados de Fonagy. *Summa Psicológica UST*, 10 (1), 155-160.
30. Novella, E.J. (2015). Identidades inestables: el síndrome borderline y la condición postmoderna. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. 18 (1), 118-138.
31. Fonagy P, Target M, Gerfely G. Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clin North Am* 2000; 23:103-22.
32. Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
33. Traverso Koroleff, P. (2010). Promoviendo vínculos saludables entre madres adolescentes y sus bebés: una experiencia de intervención. *Revista De Psicología*, 28(2), 259-282. <https://doi.org/10.18800/psico.201002.003>
34. Shuttleworth, J. (2003). Psychoanalytic theory and infant development. En L. Miller, M. Rustin, M. Rustin & J. Shuttleworth (Eds.), *Closely observed infants* (pp. 22-51). Londres: Duckworth.
35. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta*

Paediatr 2015;104(467):14-19.

36. Isaacs EB, Fischl BR, Quinn BT, Chong WK, Gadian DG, Lucas A. Impact of breast milk on intelligence quotient, brain size, and white matter development. *Pediatr Res* 2010;67(4):357-362. <http://doi.org/cx5xvx>

37. Deoni SC, Dean DC, 3rd, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, et al. Breastfeeding and early white matter development: a cross-sectional study. *NeuroImage* 2013;82:77-86. <http://doi.org/bvxn>

38. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso MD, García Campayo J, Montón Franco C, Tizón García JL; Grupo de Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. 2018 May;50 Suppl 1(Suppl 1):83-108. Spanish. doi: 10.1016/S0212-6567(18)30364-0. PMID: 29866360; PMCID: PMC6836909.