



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Factores de riesgo en mujeres  
embarazadas con TPL y las consecuencias psicológicas en  
sus bebés: una revisión sistemática

Risk factors of BDP pregnant woman and the  
psychological consequences in their offspring: a  
systematic review

Autora: Sofía Cobollo Jarabo

Directora: Dra. María Vicenta Navarro Haro

Curso Académico 2023/2024

Teruel, febrero de 2024



**Facultad de**  
**Ciencias Sociales**  
**y Humanas - Teruel**  
**Universidad Zaragoza**

## Índice

<b>Introducción</b> .....	5
1. Prevalencia y comorbilidad .....	5
2. Psicopatología del TPL .....	6
3. Embarazo y TPL .....	7
3.1. Epidemiología del TPL durante el embarazo.....	7
3.2. Vinculación materno-fetal .....	8
3.3. Consecuencias .....	9
3.4. Justificación .....	10
3.5. Objetivos del trabajo.....	11
<b>Metodología</b> .....	11
1. Búsqueda de la literatura .....	12
2. Criterios de inclusión.....	12
3. Criterios de exclusión.....	12
4. Selección de la literatura .....	13
5. Proceso de selección, extracción de datos y calidad de los estudios seleccionados .....	13
6. Variables del estudio y priorización (Outcomes).....	14
<b>Resultados</b> .....	15
1. Factores de riesgo psicopatológicos y psicosociales que interfieren en la vinculación materno-fetal segura en personas con TPL.....	15
2. Necesidades específicas del autocuidado durante el embarazo en personas con TPL.....	16
3. Comportamiento de las madres con TPL durante la crianza a lo largo de los dos primeros años de vida del niño/a.....	17
4. Consecuencias psicológicas para el niño/a de madres con TPL en los dos primeros años de vida.....	20
<b>Discusión</b> .....	21
<b>Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación</b> .....	24
<b>Conclusiones</b> .....	25
<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	27
<b>Anexos</b> .....	31

## Resumen

**Antecedentes:** Los estudios enfatizan la necesidad de abordar la sintomatología del TPL durante el embarazo y después del mismo debido al aumento en la severidad de la sintomatología del TPL en estos periodos. Abordar los factores interpersonales, comportamentales y afectivos con la madre son clave para prevenir la transmisión intergeneracional del TPL en la adolescencia.

**Método:** Se ha realizado una revisión sistemática de estudios empíricos y descriptivos publicados en español e inglés entre los años 2014-2023, ambos inclusive, indexados en las bases de datos de PsycInfo, PubMed, Web of Sciences y Dialnet Plus. La revisión se desarrolló según la Declaración Prisma 2015. Un total de 15 artículos cumplieron los criterios de inclusión.

**Resultados:** Los resultados señalan la necesidad de dotar con información las madres con TPL en relación a la crianza y las necesidades básicas del bebé desde el inicio del embarazo. Una identificación temprana de los cambios en la agudización de síntomas clave como la desregulación emocional y de los factores de riesgo psicopatológicos (depresión o baja autoestima) y psicosociales (violencia doméstica, bajo apoyo social), así como un seguimiento de la madre y del bebé para evitar la intervención de los servicios sociales resulta necesario para facilitar una vinculación materno fetal segura.

**Discusión:** Abordar la sintomatología del TPL durante el embarazo resulta ser clave para la transición hacia la maternidad. Impulsividad, baja autoestima, depresión, apego inseguro o escaso apoyo social son factores de riesgo fundamentales en estas madres. Una intervención temprana en estos factores podría prevenir la transmisión intergeneracional entre madres e hijos/as.

**Palabras clave:** TPL, factores de riesgo, embarazo, crianza, madres, consecuencias psicológicas y psicosociales, cuidados perinatales.

## Abstract

**Background:** Studies emphasize the need to address the symptomatology of BPD while the pregnancy and right after that since it constitutes the acutest moment of borderline symptoms. Interpersonal, traumatic, depressive, behavioral and affective factors are key when it comes to work with the mother in order to prevent the intergenerational transmission of BPD during adolescence.

**Method:** A systematic review of scientific articles has been done by consulting papers both in English and Spanish between 2019 and 2023, both inclusive, in the following databases: PsycInfo, PubMed, Web of Sciences and Dialnet Plus. The review has been developed following the Prisma Declaration 2015 recommendations. A total of 16 articles met the established selection criteria.

**Results:** The results point to the need to provide enough information related to the parenting and the basic needs of the offspring since very early stages of the pregnancy. Furthermore, is needed an early screening regarding the aggravation of BPD symptomatology, psychopathological (such as depression or lower self-esteem) and psychosocial risk factors (e.g., domestic violence or unplanned pregnancies) as well as follow-up in both mother and child in order to prevent the intervention of social services and so provide a secure attachment maternal-filial.

**Discussion:** To address the symptomatology of BPD during pregnancy is crucial to the transition to motherhood. An early intervention could prevent the intergenerational transmission between mothers and their offspring. Impulsivity, lower self-esteem, depression, insecure attachment or the lack of social support are fundamental risk factors in these mothers.

**Keywords:** BPD, risk factors, parenting, mothers, psychological and psychosocial consequences, perinatal cares.

## Introducción

### 1. Prevalencia y comorbilidad

Los trastornos de personalidad (TP) se encuentran entre las afecciones psiquiátricas más comunes, del 5 al 15 % de la población mundial. Dentro de los TP, el Trastorno de la Personalidad Límite (TPL) se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inestabilidad afectiva, interpersonal y de la autoimagen, con alteraciones de conducta marcadas por la impulsividad e ira inapropiadas desde las primeras etapas de la edad adulta y que interfiere en varios contextos según el DSM-5 (American Psychological Association, APA, 2020). Las personas con TPL también pueden llegar a desarrollar ideas paranoides transitorias por el estrés o síntomas disociativos graves (Domènech, 2019).

Los estudios clínicos posicionan al TPL como el TP más frecuente. Se estima que un 1-2 % de la población adulta mundial padece este problema. No obstante, en pacientes ambulatorios y hospitalizados, el porcentaje se situaría en el 11-20 % y el 18-32 %, respectivamente. En población reclusa, la tasa se situaría en el 25-30 %. El TPL es hasta tres veces más frecuente en mujeres que en hombres y tiene una mayor prevalencia en el entorno urbano y el nivel socioeconómico medio (Falces *et al.*, 2020). Según Warwick *et al.* (2018), las primeras manifestaciones del trastorno suelen aparecer en la adolescencia, entre los 14 y los 17 años, y en el inicio de la edad adulta ya las experiencias tempranas son un factor determinante para el desarrollo del TPL.

Con relación a la comorbilidad, al TPL se le atribuyen múltiples síntomas, ya que este trastorno engloba síntomas tanto internalizantes como externalizantes; luego, no es de extrañar que el TPL sea concomitante con otros trastornos. El TPL presenta una alta comorbilidad con los trastornos de tipo afectivo, el TEPT, el consumo de sustancias y el TCA (Tomko *et al.*, 2014; García-Palacios & Navarro-Haro, 2020). Se estima que al menos el 96 % de las personas con TPL sufrirán un trastorno de tipo afectivo a lo largo de su vida. Respecto al resto de trastornos, un 25-56 % podrían haber sufrido TEPT, entre un 0-20 % TOC y entre un 0-35 % el TAG. Sin embargo, los trastornos de ansiedad parecen disminuir significativamente al cabo de los 6 años, siendo el TOC y el TAG los que presenten una comorbilidad más estable a lo largo del tiempo. Entre un 14-53 % podrían tener, además, TCA y entre el 23-84%, abusar de sustancias (García-Palacios & Navarro-Haro, 2020). Molina-Ruiz *et al.* (2019) destacan

específicamente la prevalencia del TPL con sintomatología purgativa de los TCA, con unos datos que varían entre el 2-57% dependiendo de la muestra, la metodología y los instrumentos utilizados. No obstante, Cabeza & Palomino (2010) hablan de cómo hasta el 96,7 % de los pacientes con TPL tiene al menos un diagnóstico en el Eje I y el 16,3 %, tres o más diagnósticos.

En las personas con TPL, se han encontrado tasas de suicidio de hasta un 10 %, siendo los intentos incluso más frecuentes y uno de los motivos principales de consulta de estos pacientes (Vera-Varela *et al.*, 2019). La mortalidad asociada al TPL es hasta 50 veces mayor que en la población general (Özdemir & Tunç, 2022). Asimismo, el estudio de Paris (2019) nota cómo el 3 % de esa población que ha intentado suicidarse finalmente lo logra; ocurriendo especialmente en mujeres jóvenes y decreciendo a lo largo del tiempo. Pompili *et al.* (2005, citado en Paris, 2019) subraya como las conductas autolíticas son más alarmantes en gente joven con un alto nivel de comportamientos suicidas.

## **2. Psicopatología del TPL**

En relación con la psicopatología del TPL, cabe destacar la gran heterogeneidad que presentan los pacientes en cuanto a las manifestaciones clínicas. El estudio de Temes & Zanarini (2018) describe cómo estas manifestaciones varían en el momento del ciclo evolutivo. Por ejemplo, la sintomatología comportamental específica del TPL (p. ej., las autolesiones) tienden a remitir más rápidamente que los síntomas temperamentales, que normalmente suelen ser más crónicos, por ser menos típicos del TPL (p. ej., el estado de afecto deprimido). La heterogeneidad y la dificultad al delimitar con claridad los síntomas en estos pacientes quizás se deba al concepto de “límite” en la actualidad, ya que abarca casi cualquier tipo de psicopatología de carácter psiquiátrica. Es decir, el concepto “límite” también incluiría psicopatología de la esfera psicótica, afectiva, desorganización grave de la personalidad, la esfera de los trastornos impulsivos e incluso el estrés postraumático (Pando *et al.*, 2012). No obstante, a pesar de los desacuerdos a la hora de delimitar el TPL, los autores concuerdan que la inestabilidad en las vidas de las personas parece ser el eje central del trastorno.

En 1993, Linehan propuso un modelo desde la orientación biopsicosocial donde la desregulación emocional era el síntoma principal que conformaba el trastorno, fruto de la vulnerabilidad biológica y el ambiente invalidante. De acuerdo con dicha teoría, las personas con TPL tendrían dificultad en regular las emociones por la combinación de

dos factores: una vulnerabilidad emocional biológica y una dificultad en la modulación de las emociones. En consecuencia, la persona con TPL podría presentar las siguientes características: 1) alta sensibilidad a los estímulos emocionales, 2) tendencia a experimentar emociones de manera muy intensa y 3) dificultad para volver a su línea base emocional. Además, estas dificultades de regulación emocional estarían relacionadas a su vez con esa alta reactividad a las emociones, lo que, con el tiempo, les generará temor a experimentarlas y tratarán de evitarlas mediante estrategias de regulación desadaptativas. Un aspecto clave en el modelo biopsicosocial y para esta revisión es el factor psicosocial denominado *ambiente invalidante*. Este factor afectaría al desarrollo de la personalidad durante la infancia y la adolescencia y se distingue por la trivialización, el rechazo o el menosprecio de las experiencias privadas (emociones, pensamientos, deseos, etc.). Cuando a una persona con alta reactividad a las emociones, se le pide que cambie, pero no se le enseña cómo hacerlo, el ambiente comienza a castigarle las emociones negativas de forma intermitente lo que enseña al individuo a reaccionar entre la inhibición y las conductas emocionales extremas (Figura 1) (García-Palacios & Navarro-Haro, 2020)

### **3. Embarazo y TPL**

#### **3.1. Epidemiología del TPL durante el embarazo**

Según Prasad *et al.*, (2022), la prevalencia del TPL durante el embarazo para una muestra no clínica estaría entre el 6,9 y el 26,7 % y, en el periodo perinatal, entre el 0,7-1,7 %, pero en la muestra clínica, entre el 9,7-34 % y el 2-35,2 %, respectivamente.

Por otra parte, De Genna *et al.* (2012) sostienen que la intensificación de los síntomas del TPL es más frecuentes en mujeres embarazadas y/o madres. Nannini *et al.* (2021) explican que esto sucede con mayor intensidad en madres adolescentes al ser un grupo de alto riesgo que presenta síntomas TPL durante y después del embarazo debido a la falta de experiencia y a las nuevas responsabilidades que enfrentan. Nagel *et al.* (2021, citado en Conde, 2023) mostró en su estudio que el 10,1 % (N= 318) de las mujeres tuvo al menos dos rasgos de personalidad límite durante el embarazo. Frente a mujeres con otros diagnósticos, las mujeres con TPL tuvieron tasas más altas de embarazos no planeados, sin pareja, de consumo de sustancias durante el embarazo y tasas mayores de intervención por parte de SS. SS., tanto en la niñez como en embarazos posteriores.

El estudio de Gressier *et al.* (2017, citado en Mahardhika, 2023) describe el suicidio cómo una de las causas principales de muerte materna durante el periodo perinatal en mujeres con algún tipo de TP. En su estudio (N= 154), un 11,68 % de las mujeres intentaron suicidarse. De ellas, el 3,71 % estaban embarazadas y el 7,97 % durante el puerperio. Por otro lado, Tagekata *et al.* (2019) encontraron que una de cada seis mujeres del clúster B tenía pensamientos sobre autolesiones y suicidio. A pesar de que estudios estiman entre un 12,5 % y un 35 % el porcentaje de mujeres con TPL durante el embarazo, no hay datos sobre el riesgo de autolesión, así como la prevalencia del suicidio y las autolesiones asociadas (Sved *et al.*, 2023).

Asimismo, las mujeres con TPL presentan una mayor disforia de género, lo que incrementa la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual (Frías *et al.*, 2016).

### **3.2. Vinculación materno-fetal**

La constitución del vínculo materno-fetal comienza en la etapa perinatal. Este vínculo es de carácter unidireccional, es decir, de la madre hacia su hijo. Condon y Dunn (1988, citado en Roncallo *et al.*, 2015) ya hipotetizaron que la calidad de la vinculación maternofilial era un predictor de la calidad de la vinculación postparto, o sea abarcaría todo el periodo perinatal. El proceso de vinculación vendría mediado por factores como la cognición, la emoción y comportamientos donde se expresan y experimentan afectos de forma estable (Roncallo *et al.*, 2015).

En la literatura no hay muchos estudios que exploren el vínculo entre las alteraciones de los rasgos de personalidad y la psicopatología en la etapa perinatal. El estudio de Börjersson *et al.* (2005) observó los síntomas psiquiátricos durante y después del embarazo de mujeres con TPL y encontraron que éstos eran más altos durante el embarazo. En el estudio de Blankley *et al.* (2015), descubrieron que las mujeres diagnosticadas con TPL solían tener resultados obstétricos y neonatales adversos durante el embarazo y el momento del parto.

Las interacciones de las mujeres que sufren TPL están caracterizadas por experiencias interpersonales y emocionales negativas. Generalmente, esto desemboca en relaciones conflictivas marcadas por un patrón evitativo a la hora de resolver conflictos (Devan, 2013). Mosquera *et al.* (2014) describieron cómo al menos el 92 % de los/las pacientes con TPL presentan apego inseguro, especialmente ansioso y desorganizado. Esto se debe a que, en el momento de la crianza, la confusión en los

procesos de mentalización, es decir, la capacidad de entender los estados mentales de uno mismo o de los otros y, el razonamiento e inestabilidad emocional que poseen, dificultan la gestión emocional de sus hijos, quienes suelen crecer en un ambiente donde se modelan con más frecuencia las emociones negativas y crecen aprendiendo a dejar de buscar y entender los estados mentales de sus padres (Börjersson *et al.*, 2005).

### **3.3. Consecuencias**

De acuerdo con la teoría del apego de Bowlby (1973), el ser humano nace sin vinculaciones afectivas. Para que este vínculo se forme con su cuidador principal, tiene que pasar por cuatro fases hasta que el vínculo se consolida. En torno a los 8-12 meses, el apego ya suele estar definido y es este tipo de vínculo el que más adelante nos permitirá relacionarnos con los iguales o la familia. Muchos estudios han relacionado el apego en la infancia con distintos desarrollos de personalidad en la edad adulta, siendo el apego inseguro un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de la psicopatología. Mosquera & González (2013) descubrieron en una revisión de los estudios en los que se utilizaron la entrevista de apego adultos (AAI) durante los últimos 25 años y encontraron que las muestras clínicas tenían más apego inseguro y no resuelto que los grupos no clínicos. Este tipo de apego inseguro y no resuelto se asocia más frecuentemente con una dimensión externalizante, como la alteración conductual, la hiperactividad y el consumo de sustancias asociadas al TPL.

Por otro lado, desde un punto de vista biológico, es importante mencionar la oxitocina, ya que juega un papel muy importante en funciones físicas y aspectos emocionales. Especialmente en la reproducción, parto y la lactancia. No obstante, también regula las respuestas emocionales y las conductas pro-sociales y está relacionada íntimamente con las conductas de apego, la empatía y la creación del vínculo. Tanto es así que a esta hormona se le conoce como “la hormona del amor” (Miramontes, 2022). En los estudios de Bertsch (2013) y Carrasco *et al.*, (2020) se encontró que las mujeres con diagnóstico TPL presentaban menores niveles de oxitocina que las del grupo control. Esto sugiere, de acuerdo con Brüne (2015), que este fenómeno estaría asociado a un aumento de los mecanismos defensivos y con las conductas evitativas de manera que unos menores niveles de oxitocina podrían afectar al individuo en las relaciones interpersonales y la regulación emocional. En circunstancias normales, la oxitocina inhibiría la amígdala, cuya función es ponernos en alerta al reaccionar ante estímulos amenazantes; sin embargo, en las personas con TPL

existe una hiperactivación de la amígdala, por lo que hay una mayor percepción del peligro, una mayor desconfianza y una tendencia a percibir los aspectos negativos tanto de las personas como de las situaciones (Miramontes, 2022).

Respecto a las consecuencias en los bebés, (Barrera, 2013), Newman *et al.*, (2007) realizaron un estudio (N= 14) con bebés de entre 3 y 36 meses cuyas madres tenían TPL. Estos bebés eran menos atentos y estaban menos interesados en interactuar con sus madres en situaciones de juego libre. Otro estudio mencionado en este mismo artículo muestra como los hijos de las madres con TPL mostraban gestos de aversión y aturdimiento y menos responsabilidad hacia la madre, lo que se interpretó como un indicador de falta de regulación emocional por parte del niño ante situaciones interpersonales estresantes (Crandell *et al.*, 2003). Igualmente, el artículo de Rubilar & Halpern (2012) encontraron que los niños/as criados por madres con TPL muestran una mayor probabilidad de consumir drogas o cometer intentos de suicidio, además de ser diagnosticadas con TDAH, cuadros ansiosos, depresión y una baja autoestima.

Warwick *et al.* (2018), en una revisión sistemática, exploraron los factores etiológicos para el desarrollo del TPL y encontraron que las relaciones sociales negativas, como la crianza, pueden facilitar el desarrollo de la sintomatología que acompaña al TPL. Asimismo, encontraron que las relaciones negativas madre e hijo, como el rechazo o la sobreprotección, parecía mediar en la transmisión longitudinal de los síntomas del TPL desde la madre al hijo adolescente. En definitiva, los hijos de madres con TPL son más vulnerables a desarrollar durante la adolescencia mayor psicopatología, pues la crianza materna parece ser un factor de riesgo (Winsper, 2018).

### **3.4. Justificación**

Determinar los factores de riesgo en el periodo prenatal y perinatal es de suma importancia, ya que el 75 % las personas que sufren de TPL son mujeres (Jorquera, 2020). Por tanto, es fundamental llevar a cabo estudios de investigación en los primeros estadios del embarazo en personas con TPL, pues el embarazo en sí mismo constituye un factor de riesgo en estas personas debido a que experimentan una inestabilidad y un aumento de la severidad de los síntomas, así como una disminución de la capacidad de autonomía (Mas-Bagà & Costa, 2023; Nanini *et al.*, 2021) .

Aunque existe evidencia previa sobre las consecuencias psicológicas de una crianza con una madre TPL o sobre los factores de riesgos asociados (Mosquera & González, 2013; García & Albadalejo, 2005), hay poca literatura actual que nos indique a los

profesionales cómo podemos manejar este problema en los periodos prenatal y perinatal, dado que estos periodos son unos de los más sensibles para establecer la vinculación de la madre hacia el hijo (Roncallo *et al.*, 2015) y del bebé hacia su madre (Martínez, 2016). Sved *et al.* (2015) destacaron la importancia de intervenir tempranamente en esta población para prevenir una transmisión intergeneracional de madres a bebés.

Por otro lado, también es importante mencionar que el TPL es un trastorno grave que provoca elevados costes en el sistema social y de salud y es de una gran relevancia socio-sanitaria (Doering, 2014), debido sobre todo a que las tasas de suicidio en esta población ascienden hasta un 10%, siendo los intentos autolíticos incluso más frecuentes y uno de los motivos principales de asistencia hospitalaria de estos pacientes (Jorquera, 2020).

### **3.5. Objetivos del trabajo**

Por todo lo anterior, el objetivo general al que obedece esta revisión sistemática es el de responder a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los factores de riesgo durante el periodo prenatal y perinatal en mujeres con TPL que podrían afectar al feto y al niño/a en los dos primeros años de vida?

Los objetivos específicos de esta revisión son:

1. Revisar los factores de riesgo psicopatológicos y psicosociales que interfieren en la vinculación materno-fetal segura en personas con TPL.
2. Estudiar las necesidades específicas del autocuidado durante el embarazo en personas con TPL.
3. Explorar el comportamiento de las madres con TPL durante la crianza a lo largo de los dos primeros años de vida del niño/a.
4. Revisar las consecuencias psicológicas para el niño/a de madres con TPL en los dos primeros años de vida.

### **Metodología**

La revisión sistemática se ha realizado bajo el marco y los criterios de la guía PRISMA- P (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols; Samsheer *et al.*, 2015) (Ver puntos de la guía en la Tabla 1).

### ***Búsqueda de la literatura***

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre de 2023 en las siguientes bases de datos: Psycinfo, PubMed y Web of Sciences para la búsqueda en inglés y Dialnet para la búsqueda en castellano, aunque, no se encontró ningún artículo en castellano con los criterios elegidos.

Para la búsqueda se utilizaron los descriptores “borderline personality disorder”, “mother”, “pregnant woman”, “treatment”, “perinatal risk”, “risk factors” y “postnatal” en inglés y se empleó el conector “and” en todas las combinaciones. Los filtros utilizados fueron: **año** (2014-2023), **tipo de fuente** (revistas, ensayos clínicos y prueba aleatorizada no controlada), **idioma** (inglés). Las palabras clave tenían que estar en el título y/o en el *abstract* (ver la estrategia de búsqueda en la Tabla 2).

También se incluyeron otros artículos de interés que cumplieran los criterios partir de las referencias cruzadas de aquellos incluidos en la revisión sistemática. Los criterios de inclusión y exclusión de esta revisión son:

#### ***Criterios de inclusión***

Para la selección de los artículos, se establecieron las siguientes directrices:

- a. Artículos disponibles en inglés y en castellano.
- b. Publicación de los artículos entre los años 2014 y 2023, ambos incluidos.
- c. Artículos que abordan los factores de riesgo perinatales de mujeres embarazadas con TPL.
- d. Artículos que incluyen la vinculación materno-fetal hasta los dos primeros años de vida en madres con TPL.
- e. Artículos que expliquen las necesidades específicas con relación al cuidado perinatal en madres con TPL.

#### ***Criterios de exclusión***

Para el descarte de los artículos, se establecieron las siguientes directrices:

- a. Publicaciones en otro idioma distinto al castellano o inglés.
- b. Estudios cuya población de estudios fueran madres e hijos con una edad superior a dos años.
- c. Artículos que solo incluyera el tratamiento de pacientes con TPL que no estuvieran embarazadas.
- d. Estudios donde también se incluyera el papel del padre.

- e. Estudios centrados en la depresión postparto.
- f. Tesis, comentarios, conferencias, libros y toda publicación que no fuera un artículo de revista o una revisión.

### ***Selección de la literatura***

El proceso de inclusión y exclusión de los artículos escogidos se presentan en el diagrama de flujo de la Figura 2. En la búsqueda inicial en las bases de datos y listas de referencia se obtuvieron un total de 631 artículos, incluyendo los duplicados y los 9 artículos que se añadieron a través de las referencias cruzadas. Tras eliminar manualmente los duplicados, quedaron 554, de los que se revisaron el título y el resumen. En este primer cribado, se trató de seleccionar aquellos artículos y revisiones que cumplieran al menos uno de los objetivos propuestos para la revisión antes mencionados. De ellos resultaron seleccionados un total de 17 artículos y, tras realizar la lectura del texto completo, uno de ellos fue descartado por no aportar información relevante para los objetivos de la revisión sistemática y otro, por no cumplir con el criterio de edad en los hijos. Los 15 artículos restantes pasarían a conformar la muestra final sobre la que se fundamenta y se extraen las conclusiones en esta revisión bibliográfica. De estos, otros 9 estudios se añadieron manualmente a través de las referencias cruzadas, lo cual permitió que se pudiera acceder a información necesaria para llevar a cabo esta revisión.

### ***Proceso de selección, extracción de datos y calidad de los estudios seleccionados***

Se revisaron los artículos y se extrajeron los datos basándose en la declaración PRISMA (Samsheer *et al.*, 2015) y en la guía Cochrane (Moher *et al.*, 2009). Se incluyó información sobre el primer autor, la fecha y el país de estudio, característica de la muestra, herramienta de evaluación del TPL, propósito del estudio, diseño del estudio y metodología utilizada, herramientas de medición, grupo de comparación y resultados principales. La calidad de cada uno de los estudios fue evaluada mediante la escala Newcastle-Ottawa (Wells *et al.*, 2000). Esta herramienta permite valorar con una estrella los diferentes dominios en estudios no aleatorizados, de tipo cohorte y casos únicos. Es decir, los únicos estudios que pudieron ser evaluados con esta escala fueron los de Blankley *et al.* (2015), Lyons-Ruth *et al.* (2019), Wendland *et al.* (2014) y Sved *et al.* (2023) (ver Tabla 3). La valoración realizada mediante el sistema de la estrella permite juzgar los estudios en base a tres amplias perspectivas: la selección de los

grupos de interés, la comparabilidad de los grupos y la certeza de la exposición o el resultado de interés para los estudios de caso único o de cohorte, respectivamente. La calidad de los diferentes dominios en la selección de grupo, la comparabilidad y la exposición fueron medidas con un máximo de nueve estrellas en el caso los estudios únicos. Los de tipo cohorte fueron igualmente evaluados con un máximo de nueve estrellas. Por otro lado, la calidad de los estudios cuantitativos se evaluó con la tabla del estudio de Bach-Mortensen *et al.* (2018) (ver Tabla 4) y las revisiones sistemáticas con la información proporcionada por el National Health, Lung and Blood Institute (NHLBI) en 2020 (ver Tabla 5). No obstante, del total de 15 artículos que se analizan en la presente revisión sistemática, hay 3 estudios cuya calidad no pudo ser evaluada por ser estudios descriptivos (Sved *et al.*, 2015; 2017) o de tipo longitudinal (Nagel *et al.*, 2021).

Revisar la calidad de los estudios seleccionados nos permite revisar el posible sesgo de la revisión debido a su calidad metodológica: de hecho, ninguno mostró una baja calidad metodológica; en general, los artículos tenían una calidad moderada, a excepción del de Sved *et al.* (2021), que mostró una calidad metodológica alta. En relación con la calidad de los estudios caso-control, tipo cohorte o transversal, los resultados mostraron estudios satisfactorios o buenos, respectivamente. A excepción del estudio de Sved *et al.* (2023), que se valoró como pobre, ya que no había grupo control; si bien se mantuvo en la revisión al tratarse de un estudio con información relevante.

### ***Variables del estudio y priorización (Outcomes)***

Todos los estudios fueron cualitativamente sintetizados. Para abordar los objetivos de nuestra revisión, un resumen narrativo de sus principales hallazgos se presentan en cada una de las cuatro secciones principales: 1) Factores de riesgo psicopatológicos y psicosociales que interfieren en la vinculación materno-fetal segura en personas con TPL; 2) Necesidades específicas del autocuidado durante el embarazo en personas con TPL; 3) Comportamiento de las madres con TPL durante la crianza a lo largo de los dos primeros años de vida del niño/a y; 4) Consecuencias psicológicas para niños/as de madres con TPL en los dos primeros años de vida. Aunque algunos de los resultados podrían encuadrarse en más de una categoría (especialmente aquellos que tienen que ver con la crianza y las consecuencias psicológicas), para evitar redundancias, se han incluido en una sola sección.

## Resultados

A continuación, se procede a describir los aspectos más relevantes de la selección final de estudios (para una información más detallada, véase la Tabla 6).

### ***Factores de riesgo psicopatológicos y psicosociales que interfieren en la vinculación materno-fetal segura en personas con TPL***

Respecto a los factores de riesgo durante la etapa prenatal, así como al tipo de vinculación materno-fetal, siete de los estudios presentados estudiaron estas variables. Eyden *et al.* (2016) analizaron los potenciales mecanismos relacionados con la transmisión de la vulnerabilidad de madres a hijos/as. Este estudio observó que una crianza poco adaptativa era un mediador de la transmisión de la vulnerabilidad. Asimismo, las interacciones poco adaptativas entre madre e hijo/a estaban mediadas a su vez por la impulsividad, las dificultades a la hora de identificar y describir los sentimientos y la autoestima de la madre. Por otro lado, la crianza de las madres (sensibilidad, apoyo en la autonomía y hostilidad) mediaron significativamente entre el apego inseguro y el miedo al abandono de los hijos. La disfunción emocional materna en la regulación de las emociones medió la asociación entre los síntomas maternos de TPL y los indicadores relacionados con la expresividad de las dificultades de la regulación emocional de los bebés. Wendland *et al.* (2014), observaron que a su paciente con TPL le costaba representar las experiencias intersubjetivas de su hija. En relación a los factores de protección de los hijos/as frente a la transmisión de la vulnerabilidad del TPL, Eyden *et al.* (2016), encontraron que el estilo cognitivo e interpersonal (disfunciones actitudinales, auto-crítica, apego inseguro, excesiva reaseguración y estilo de atribución negativa o de tipo rumiativo) mediaba hasta un 84% entre el TPL de la madre y los síntomas depresivos actuales de sus hijos/as.

En relación a los síntomas asociados a la depresión, Petfield *et al.* (2015) y Nanini *et al.* (2021) encontraron que las madres con TPL tenían niveles significativamente más altos. Asimismo, Nanini *et al.* (2021) observó que la severidad de la depresión era más alta durante el embarazo y que sus niveles se reducían paulatinamente hasta los tres años de postparto. Este estudio también reportó que las madres adolescentes con TPL, en comparación con otras adolescentes que nunca habían estado embarazadas con TPL, tenían una sintomatología mucho más grave del TPL y,

aunque dicha severidad se redujera durante los años del postparto, la sintomatología seguía resultando más severa en este grupo de pacientes.

Los estudios de Sved *et al.* (2017) y Nagel *et al.* (2021), investigaron sobre la situación parental de las mujeres embarazadas con TPL. Sved *et al.* (2017) descubrieron que la violencia doméstica tendía a aumentar durante el embarazo en las mujeres con TPL. Mientras que Nagel *et al.* (2021) concluyeron que las mujeres con TPL en comparación con las mujeres sin TPL tenían mayor tasa de embarazos no planificados, 77,7% y 53,6%, respectivamente. Asimismo, este mismo estudio encontró que las mujeres con TPL tenían mayor riesgo de ser madres solteras.

### ***Necesidades específicas del autocuidado durante el embarazo en personas con TPL***

En este apartado se procederá a explicar los resultados de las necesidades específicas del autocuidado perinatal en mujeres con TPL. El estudio de Blankley *et al.* (2015) encontraron puntuaciones más altas en adversidad obstétrica y en los resultados del recién nacido antes de las 37 semanas de embarazo. Estos resultados podrían ser debido a la falta de cuidados perinatales debido a una desregulación durante el mismo. En esta misma línea de pensamiento, Sved *et al.* (2017) añadieron que las mujeres con TPL pueden empezar a desregularse si, por ejemplo, sienten que sus cuerpos empiezan a sentirse invadidos, el malestar físico les agita o el propio embarazo dispara alguna memoria de abuso sexual pasado o problemas de pareja. Nagel *et al.* (2021), descubrieron que, aunque se han identificado altas tasas de TPL en mujeres que obtienen puntuaciones por encima del "punto de corte" en la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox *et al.*, 1987) cuando se utiliza en mujeres prenatales, sólo unos pocos estudios han examinado los distintos tipos de diagnósticos distintos de la depresión y la ansiedad identificados en el cribado prenatal rutinario. Los resultados indican que la patología del TPL no es infrecuente entre las mujeres identificadas por el cribado prenatal rutinario y derivadas para una evaluación de salud mental durante el embarazo. De manera que las mujeres con TPL son clasificadas como cuidadoras de alto riesgo. La revisión sistemática de Eyden *et al.* (2016), encontraron que al menos un 38% tenía bajos niveles de cuidados prenatales, no seguían las recomendaciones o tenían una asistencia prenatal irregular (<70% de asistencia).

Por otro lado, la guía australiana práctica de salud mental durante el periodo perinatal, aunque incluye información sobre la desregulación emocional y la evaluación psicosocial, se enfocan principalmente en la ansiedad y la depresión. No obstante, los

autores (Nagel *et al.*, 2021) critican este hecho, afirmando que debería expandirse y añadir contenido más específico sobre la necesidad de los cuidados perinatales en el TPL. Sved *et al.*, (2017), apunta que es muy importante que los profesionales provean de información a las madres con TPL sobre el desarrollo físico del bebé, informar sobre cómo debería atender a las necesidades emocionales del bebé y trabajar estrechamente con la madre en el entorno rutinario de la madre y el bebé para minimizar los riesgos de separación. Asimismo, Blankley *et al.* (2015) sugieren que a las mujeres con TPL embarazadas o que planean estarlo se les debería ofrecer consejo sobre el impacto del embarazo y la crianza sobre su propia salud mental y el impacto que el trastorno y los tratamientos tienen en ella y en el neonato. Así pues, Sved *et al.* (2015), afirman que se debería mejorar el manejo que se hace del TPL en esta población, incluyendo una identificación temprana y unos planes de tratamiento más apropiados.

### ***Comportamiento de las madres con TPL durante la crianza a lo largo de los dos primeros años de vida del niño/a***

Sved *et al.* (2015) descubrieron que las madres con TPL tenían dificultades a la hora de lidiar con la agitación de sus bebés haciendo que ellas mismas se agitarán a la vez. De manera que manejar a su bebé afligido parece que produce en ellas una desregulación emocional similar al TPL. En la revisión de Eyden *et al.* (2016), los autores encontraron que las madres con TPL habían reportado significativamente más bajo que el grupo control en las variables “sensibilidad/intrusividad” y en “calor materno”. Por otro lado, puntuaron más alto en “sobreprotección” que el grupo control. En la muestra de madres con TPL que estudió Petfield *et al.* (2015) las madres también se identificaron como sobreprotectoras de sus bebés. Eyden *et al.* (2016), por su parte, encontraron que las madres con TPL tendían a mostrar una mayor insensibilidad, incongruencia, un afecto materno poco auténtico, una capacidad de respuesta inconsistente, estructuración pobre y altos niveles hostilidad e intrusividad. Eyden *et al.* (2016) también encontraron seis estudios que parecían converger en la idea de que las madres con TPL podrían ser más hostiles o negativas que las madres control. Así como que la sintomatología y la gravedad del TPL parece estar asociada positivamente con un aumento de los niveles de maternidad hostil o comportamientos reactivos. Respecto a la variable “laxitud”, los autores encontraron que la sintomatología materna del TPL estaba positivamente asociada con los momentos en los que la propia madre percibía como “relajados”. En cuanto al conocimiento de la emoción estos mismos autores

revelaron que las madres con TPL eran significativamente más pobres en el reconocimiento de las emociones de sus hijos/as que el grupo control. Al igual que el estudio de Sved *et al.* (2015), también encontraron que las madres con TPL parecían tener más sensibilidad al afecto negativo infantil, haciendo que su reactividad emocional aumentara. Eyden *et al.* (2016), encontraron opiniones divergentes en cuanto a las representaciones que tenían las madres de sus hijos. Asimismo, estos mismos autores encontraron que las madres con TPL reportaban niveles más de estrés en relación con la crianza. El estrés correlacionaba significativamente con la ineficacia, la poca satisfacción parental, una crianza menos sensible y la desregulación emocional de la madre.

En relación con las dinámicas maternofiliales, Eyden *et al.* (2016) informaron de que las madres con TPL estaban menos satisfechas/comprometidas o tenían unas interacciones más difíciles en comparación con el grupo control. Asimismo, mostraban menos imitación, sonreían menos a sus bebés y jugaban o les tocaban menos que el grupo control. Petfield *et al.* (2015) encontraron los mismos resultados en relación al tiempo de juego, la sonrisa y la imitación. Además, las madres con TPL a la hora de comunicarse con sus bebés lo hacían con frases más cortas y más pausadas al final de la frase en comparación con el grupo control. Eyden *et al.* (2016) calificaron la interacción de las madres con sus hijos/as como una “comunicación disruptiva afectiva” (poca respuesta ante las emociones de su bebé, señales emocionales contradictorias, etc.). Petfield *et al.* (2015) definieron dicha interacción en base a los resultados auto-informados por las madres con TPL como altamente estresante, poco competente y satisfactoria. De hecho, al estudiar el tipo de interacción maternofilial observaron que, las madres con TPL, sonreían, jugaban o tocaban menos a sus bebés. No obstante, Osborne *et al.* (2023) encontraron que cuanto mayor fuera la confianza de la madre a la hora de entender las emociones o los pensamientos de su bebé, mejor sería la interacción maternofilial en términos de calidad. Además, observaron que una menor incapacidad para mantener en mente el estado mental del bebé estaba vinculada a un mayor interés de la madre por el comportamiento de su hijo/a. En esta misma línea, Petfield *et al.* (2015) encontraron que las madres con TPL mostraban un menor afecto positivo cuando el niño estaba angustiado y tardaban más en atender sus necesidades. En cuanto al reconocimiento de las emociones, las madres con TPL tenían mayores dificultades que el grupo control en la identificación de las emociones de sus bebés entre los 3 y 14 meses. Wendland *et al.* (2014), describieron la interacción temprana

entre la madre y el bebé de su estudio de caso único como “intrusiva, sobre estimulada, impredecible y poco sensible en relación a las necesidades del bebé”. Además, la propia madre reconoció “no tener ningún sentimiento maternal hacia su hija”. En el estudio de Sved *et al.* (2021) inicialmente su muestra también tenía problemas para reconocer los estados mentales de bebé. No obstante, cuando llevó a cabo el MI-DBT (Mother-Infant Dialectical Behavior Therapy) los resultados arrojaron mejoras en las subescalas de “Interés” y “Curiosidad sobre los Estados Mentales” en el PRFQ (Parental Reflective Functioning Questionnaire, Luyton *et al.*, 2017); Osborne *et al.* (2023) también realizaron una intervención basada en el MI-DBT y, aunque obtuvieron una mejora en la calidad de la relación madre-hijo/a, los datos no fueron estadísticamente significativos.

Newman-Morris *et al.* (2020), estudiaron, entre otras cosas, la relación entre el trauma materno y las representaciones maternas distorsionadas. Descubrieron que aquellas madres que reportaron un mayor nivel de trauma, desarrollaron a su vez mayor sintomatología del TPL y, por tanto, más representaciones maternas distorsionadas. Además, los autores sugirieron que el historial de trauma materno y la sintomatología del TPL asociada tenía un efecto subsiguiente en cómo la madre pensaba sobre su bebé y la cualidad de la interacción.

Por otro lado, Eyden *et al.* (2016) también estudiaron las respuestas emocionales del bebé hacia la madre y encontraron que los bebés estaban menos receptivos para vincularse emocionalmente con ellas, sonreían menos, tenían un estado de ánimo más bajo y, en general, un menor afecto. No obstante, no hubo consenso entre los estudios analizados para poder afirmar esto categóricamente. Newman-Morris *et al.* (2020) obtuvieron resultados similares ya que los bebés mostraban una menor respuesta ante los ofrecimientos de las madres. Asimismo, no era sólo la falta de sensibilidad de la madre lo que resultaba traumático para el bebé, sino la intrusión impredecible y errática del efecto traumático de la madre, que se manifestaba como desorientación, disociación, inconsistencia e incongruencia en el reflejo y el cuidado maternos. A nivel de estructuración, Petfield *et al.* (2015), concluyeron que las madres con TPL mostraron una menor capacidad de estructurar el juego de sus hijos.

Finalmente, en relación al tipo de apego desarrollado en los bebés, Eyden *et al.* (2016), observaron que dicha población tenía significativamente una mayor probabilidad de desarrollar un apego inseguro en la infancia, la niñez y la adolescencia. Especialmente, apego de tipo desorganizado.

### ***Consecuencias psicológicas para el niño/a de madres con TPL en los dos primeros años de vida.***

Tres estudios evaluaron las consecuencias psicológicas de los bebés con madres con TPL. Petfield *et al.* (2015) observaron que los hijos cuyas madres tenían TPL mostraban expresiones más neutras o asombradas, sonreían y vocalizaban menos, tendían a apartar con mayor frecuencia la mirada y parecían más temerosos. Lyons-Ruth *et al.* (2019) descubrieron que los hijos/as de las madres con TPL tenían una mayor probabilidad de tener un comportamiento desinhibido ante extraños. Esta variable era moderada por el comportamiento desorientado o temeroso de la madre.

La revisión sistemática de Eyden *et al.* (2016), exploró la psicopatología de los bebés cuyas madres tenían TPL. En relación al TPL, los estudios citados parecieron estar de acuerdo en que dichos bebés tienen significativamente una mayor probabilidad de ser diagnosticados con TPL en comparación con otros TP. Asimismo, este autor asoció el hecho de tener una madre con TPL con las variables baja tranquilidad y autorregulación y confusión entre los límites de la fantasía y la realidad. Además, los niños cuyas madres tienen TPL parecen reportar más planes de suicidio, deseos de muerte e intentos que los niños controles. Con respecto a la depresión, descubrieron que dichos niños tienen un mayor riesgo de desarrollarla que los niños con madres con depresión. Por otro lado, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a los problemas internalizantes entre el grupo TPL y el control, sí se descubrió que los niños cuyas madres tenían TPL sufrían un mayor riesgo de problemas externalizantes, así como un repunte de los casos de TDAH y comportamiento disruptivo en esta población. En general, los niños con madres con TPL parecen tener un mayor riesgo de desarrollar un trastorno mental que los niños controles. En relación a los resultados psicosociales, Eyden *et al.* (2016), no encontraron dificultades con la autoestima en los niños de las madres con TPL. No obstante, sí mostraron mayores dificultades que los niños control en cuanto al entendimiento de las emociones.

Finalmente cabe mencionar los resultados encontrados por Blankley *et al.* (2015) en cuanto a los nacimientos de los bebés cuyas madres tienen TPL. Dichos bebés tienen una probabilidad significativamente más alta de nacer antes del término del embarazo, a las 37 semanas. También es más probable que necesiten ser resucitados o que tengan que ser enviados a una UCI neonatal. Por otro lado, es más probable que puntúen menos de 7 en la escala APGAR (evalúa la apariencia, el pulso, la actividad y

los niveles de respiración en el recién nacido, así como las muecas) que los niños de las madres control.

## **Discusión**

El objetivo principal de este trabajo es el de realizar una revisión sistemática sobre los factores de riesgo en madres con TPL durante el embarazo. Asimismo, se propuso también investigar sobre las consecuencias psicológicas para el bebé, describir el comportamiento en la crianza durante los dos primeros años de vida del hijo/a y las necesidades específicas de la madre durante el periodo perinatal. Es muy importante abordar la sintomatología del TPL durante el embarazo ya que, estas madres necesitan de una intervención que le permita adaptarse a la transición de la maternidad, enfocándose en el desarrollo de destrezas como madre, en la comunicación del niño/a y sus necesidades y, en específico, a la vinculación maternofilial más que a la sintomatología del TPL de la madre (Wendland *et al.*, 2014). Además, se ha observado que la severidad de la sintomatología del TPL y también de los síntomas asociados con la depresión empeoran de manera severa durante el embarazo y hasta tres años del nacimiento del bebé (Nanini *et al.*, 2021). Por otro lado, Sved *et al.* (2015), destacó la importancia de una intervención temprana ya que de esta manera se podría potencialmente prevenir la transmisión intergeneracional entre madres e hijos/as.

Los resultados analizados en este trabajo han expuesto cómo la transición a la maternidad supone un desafío para aquellas mujeres que sufren TPL y que, además, tienen un historial de trauma. En estos casos, a menudo, la presencia del bebé y los retos asociados con la tarea del desarrollo de adaptación a la crianza podrían activar patrones relacionales traumáticos no resueltos del pasado de la madre e influir en su experiencia en términos de un aumento de la sintomatología del TPL, por ejemplo, la angustia y el estrés manifestándose como representaciones maternas distorsionadas (Newman-Morris *et al.*, 2020). Por otro lado, Eyden *et al.* (2016), estudiaron los mediadores de la transmisión de la vulnerabilidad del TPL y, concluyeron que la crianza poco adaptativa por parte de la madre, así como la impulsividad, las posibles dificultades en relación con la identificación y descripción de los sentimientos y la baja autoestima eran factores de riesgo clave. Wendland *et al.* (2014) también observaron que las madres con TPL les costaba representar las experiencias intersubjetivas de sus bebés. Para Petfield *et al.* (2015) y Nanini *et al.* (2021), la depresión también era un factor de riesgo muy importante en el TPL. Este último estudio, además, reportó que las madres adolescentes

con TPL eran las que presentaban una sintomatología más severa. Los problemas interpersonales dificultan que en muchas ocasiones dicha población no tenga pareja estable en el momento del embarazo o después de él y, que los embarazos no sean planificados. Esta situación podría aumentar la vulnerabilidad de las madres con TPL, es decir, la falta de apoyo emocional y social, lo que podría agravar las dificultades de la crianza (Nagel *et al.*, 2021). Sved *et al.* (2017). Además, se ha encontrado que la violencia doméstica aumenta durante el embarazo de estas mujeres. Otro de los factores de riesgo analizado fue el tipo de apego. Eyden *et al.* (2016), observaron que estos bebés tenían una probabilidad mayor de desarrollar apego desorganizado.

En relación con el segundo objetivo analizado, el estudio de Eyden *et al.* (2016), apuntó la necesidad de proporcionar cuidados desde el inicio del embarazo, así como un seguimiento médico más detallado ya que un número importante de estas madres no tienen una asistencia regular en la preparación al parto o bajos cuidados prenatales. Esta información quizás sea importante relacionarla con el hecho de que las madres embarazadas con TPL puntúan más alto en adversidad obstétrica y, a menudo, los bebés nacen prematuros (Blankley *et al.*, 2015). Además, las mujeres con TPL embarazadas suelen sentir mucho rechazo por los cambios físicos en sus cuerpos y, a menudo, es el propio embarazo el que suele ser un disparador de acontecimientos traumáticos relacionados con abusos sexuales o problemas de pareja (Sved *et al.*, 2017). Sved *et al.* (2015) reafirma la importancia del papel del sistema sanitario y de cómo se debería mejorar el manejo en esta población, en especial identificándolos tempranamente ya que en muchas ocasiones no tienen un diagnóstico previo y/o unos planes de tratamiento individualizados.

Por otro lado, con respecto al comportamiento de las madres con TPL durante los dos primeros años de vida del niño/a, las investigaciones encontraron que dichas madres tenían dificultades para lidiar con la agitación de sus bebés (Sved *et al.* 2015), tendían a ser más intrusivas y frías emocionalmente (Eyden *et al.*, 2016) y, más sobreprotectoras con sus bebés (Petfield *et al.*, 2015). Eyden *et al.* (2016), utilizaron los siguientes adjetivos para describir el comportamiento de las madres: insensibles, incongruentes, poco estructuradas, hostiles e intrusivas. Este mismo estudio también relacionó la gravedad del TPL con los niveles de hostilidad materna. Y, aunque descubrieron que tenían un pobre reconocimiento en relación con las emociones de sus bebés, Sved *et al.* (2015) vieron que, por el contrario, esto no parecía ocurrir con las emociones negativas, por lo que se encontraban más hipersensibles a estados

emocionales negativos del bebé. En general, las madres con TPL se sentían muy estresadas, lo que, a su vez, correlacionaba positivamente con la sensación de ineficacia, satisfacción y regulación emocional. Eyden *et al.* (2016), describieron a las madres con TPL menos satisfechas con su rol en la crianza en base a las observaciones de tres estudios y cuestionarios completados por las madres con TPL. Petfield *et al.* (2015) calificaron las interacciones materno filiales como poco competentes, estresantes y satisfactorias. Esto quizás esté relacionado con una menor interacción en tiempo y calidad con sus bebés. Osborne *et al.* (2023) observaron que cuanto mayor confianza tuviera la madre en la mentalización con su bebé, mejor sería la interacción en términos de calidad. Newman-Morris *et al.* (2020) descubrieron que el historial de trauma materno parece mediar en cómo la madre veía a su bebé y, por tanto, la interacción con el mismo. Por otro lado, los bebés se sentían menos vinculados a sus madres, mostrando menor afecto y un estado de ánimo en general (Eyden *et al.*, 2016 & Newman-Morris *et al.*, 2020). En general, la poca estructuración de la madre hacia el bebé, el comportamiento desorganizado y la inconsistencia en el cuidado materno resultan eventos traumáticos para sus hijos/as (Newman-Morris *et al.*, 2020).

Finalmente se analizaron los resultados de los estudios que revisaron las consecuencias psicológicas para el niño/a de las madres con TPL durante los dos primeros años de vida. En una investigación se descubrió que los bebés de madres con TPL mostraban expresiones neutras o asombradas, mantenían menos el contacto visual, vocalizaban menos y parecían más temerosos en comparación con el grupo control (Petfield *et al.*, 2015). El estudio de Barnow *et al.* (2013) (citado en Eyden *et al.*, 2016) pusieron de manifiesto que los síntomas maternos del TPL (y depresión), evaluados cuando sus hijos/as tenían 15 años de edad, predijeron significativamente la psicopatología general de los hijos 5 años más tarde. Lo expuesto parece concordar con lo propuesto en el modelo psicosocial de Linehan (1993), ya que la combinación entre lo genético y en especial el ambiente invalidante aumenta el riesgo de psicopatología. Además de esto, Eyden *et al.* (2016), reportaron que dichos niños informan de más planes de suicidio, deseos de muerte e intentos. También tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión, TDAH y comportamiento de tipo disruptivo, así como una mayor exposición a tóxicos. En relación a factores psicosociales, la desestructuración de la madre que estudió Newman-Morris *et al.* (2020) parece también trasladarse al plano social, ya que estos niños tienen mayor probabilidad de cambiar de escuela (Eyden *et al.*, 2016 & Petfield *et al.*, 2015), no tener una familia estructurada y, en general, poca

cohesión familiar. Por último, cabe mencionar, que debido al estrés que sufre la madre durante el embarazo (Nanini *et al.* 2021), dichos bebés suelen nacer prematuros y, a menudo, necesitan cuidados neonatales. Esto, puede dar lugar, a su vez otros posibles problemas de salud física y mental.

### **Limitaciones del trabajo y futuras líneas de investigación**

Este trabajo cuenta con varias limitaciones. En primer lugar, no se ha llevado a cabo una doble revisión de la búsqueda bibliográfica, es decir, se ha llevado a cabo por solo un profesional. De cara a una posible publicación de la revisión, se llevará a cabo una doble revisión para cumplir con las indicaciones de la guía PRISMA. En segundo lugar, en esta búsqueda no se han evaluado los sesgos de publicación de los estudios tal y como propone la guía PRISMA-P. No obstante, en este trabajo se han utilizado instrumentos recomendados para evaluar la calidad de los estudios donde se evalúan características similares (ver Tabla 6). En tercer lugar, debido a la escasa literatura encontrada en los últimos 5 años, se decidió ampliar la búsqueda a los últimos 10 años, lo que conlleva que algún estudio puede ser menos actualizado.

En relación con las futuras líneas de investigación, sería interesante profundizar en formas de intervenir con esta población para prevenir los factores de riesgo para la madre y consecuentemente para sus descendientes. En esta revisión se han mencionado brevemente algunas intervenciones ya que este no era el objetivo del trabajo. No obstante, para futuros estudios, sería interesante poder profundizar en estrategias psicológicas para ayudar a personas con TPL a afrontar la situación de embarazo y crianza. Por ejemplo, la DBT adaptada para mujeres con TPL durante el postparto (MI-DBT; Sved *et al.* 2023) ha encontrado buenos resultados para enseñar a las madres a manejar sus emociones ante la angustia del bebé mientras permanecen con ellos, ya que generalmente estas madres tienden a distanciarse de sus hijo/as durante los momentos de estrés. Esto podría ayudar a favorecer la vinculación maternofilial y a que la madre pudiera entender el estado emocional de su bebé (Osborne *et al.*, 2023). Por otro lado, mejoraría la sensibilidad que, de acuerdo con Wendland *et al.* (2014) es escasa en la interacción con sus hijos/as. Asimismo, este estudio demostró que la MI-DBT también podía ser de utilidad cuando los síntomas del TPL se solapaban con los del TEPT (Newman-Morris *et al.*, 2020). Sin embargo, en este estudio no se trabajaron los

factores de riesgo durante el embarazo, sino solo a nivel de puerperio o postparto. Sería interesante llevar a cabo intervenciones más preventivas.

### **Conclusiones**

El análisis de los estudios pone de manifiesto la necesidad por parte del sistema de salud público de desarrollar planes de prevención, durante el embarazo, y de intervención desde el parto para tratar de minimizar y favorecer una vinculación segura entre la madre y el bebé. Uno de los problemas a destacar en estas mujeres es la falta de estructura y apoyo social que tienen por parte de sus familias y sus parejas. El embarazo, el parto y la crianza son momentos muy estresantes y de vital importancia en las vidas de cualquier madre, pero en especial para esta población ya que en muchas ocasiones funciona como un disparador de sus traumas, lo que podría dar lugar a la disociación de la crianza y, descuidar las necesidades básicas de sus bebés, terminando en muchas ocasiones con la intervención de servicios sociales. Los principales factores de riesgos mencionados (insensibilidad, falta de autonomía, hostilidad, autocrítica, apego inseguro, rumiación y reseaguración y sintomatología depresiva) podrían ser trabajados desde intervenciones duales madre-bebé.

Por un lado, es muy importante también destacar los factores de riesgo de carácter psicosocial, como la violencia doméstica que aumenta durante el embarazo en mujeres con TPL o el incremento de las tasas de embarazos no planificados y/o sin pareja estable. Esta situación de vulnerabilidad psicosocial pone de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento de estas madres durante el embarazo. Además de por estos motivos, los bebés de dichas madres tienen un mayor riesgo de nacer prematuros y/o con un menor nivel de salud durante el nacimiento ya que alrededor del 40% de las madres con TPL presentan niveles bajos de cuidados prenatales, no siguen las recomendaciones o tienen una asistencia prenatal irregular.

Por otro lado, es importante destacar que, a menudo, las madres con TPL sienten un alto grado de estrés con relación a la crianza y que, el estrés, correlaciona significativamente con la ineficacia, la poca satisfacción parental, una crianza menos sensible y una desregulación emocional de la madre. Por lo que tratar de trabajar los niveles de ansiedad podría generar una mejoría en las dinámicas maternofiliales, en específico, el interés y la mentalización hacia su bebé aumenten.

Finalmente, cabe resaltar que los niños/as cuyas madres tienen TPL reportan más planes de suicidio y deseo de muerte y mayor riesgo en el desarrollo de síntomas depresivos, TDAH y, en general, un comportamiento más disruptivo. Es decir, presentan un mayor riesgo de desarrollar problemas internalizantes y externalizantes.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2020). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bach-Mortensen, A. M., Lange, B. C. L., y Montgomery, P.. (2018). Barriers and facilitators to implementing evidence-based interventions among third sector organisations: a systematic review. *Implementation Science*.
- Barrera, A. O. (2013). Children of Mothers with Borderline Personality Disorder: Identifying Parenting Behaviors as Potential Targets for Intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. Vol 3 (1): 76-91. January 2011. Stephanie D. Stepp, Diana J. Whalen, Paul A. Pilkonis, Alison E. Hipwell, and Michele D. Levine. Aperturas psicoanalíticas: *Revista de psicoanálisis*, (45), 10.
- Börjesson, K., Ruppert, S., & Bågedahl-Strindlund, M. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographic factors. *Archives of women's mental health*, 8, 232-242.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. In Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger (pp. 1-429).
- Cabeza Monroy, G. M., & Palomino Huertas, L. D. (2010). Comorbilidad en el Eje I del Trastorno Límite de la Personalidad [Axis I comorbidity in borderline personality disorder]. *Vertex* (Buenos Aires, Argentina), 21(90), 97–104.
- Doering, S. (2014). La psicoterapia focalizada en la transferencia (TFP) del trastorno límite de la personalidad. *Psicopatol. salud ment*, 24, 19-35.
- Estarli M, Aguilar Barrera ES, Martínez-Rodríguez R, Baladia E, Duran Agüero S, Camacho S, Buhning K, Herrero- López A, Gil-González DM. Ítems de referencia para publicar Protocolos de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: Declaración PRISMA-P 2015. *Rev Esp Nutr Hum Diet*. 2016; 20(2):148 - 160.
- Font Domènech, E. (2019). TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LAS INTERVENCIONES TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113).
- Francis, J. L., Sawyer, A., Roberts, R., Yelland, C., Drioli-Phillips, P., & Sved Williams, A. E. (2023). Mothers with borderline personality disorders'

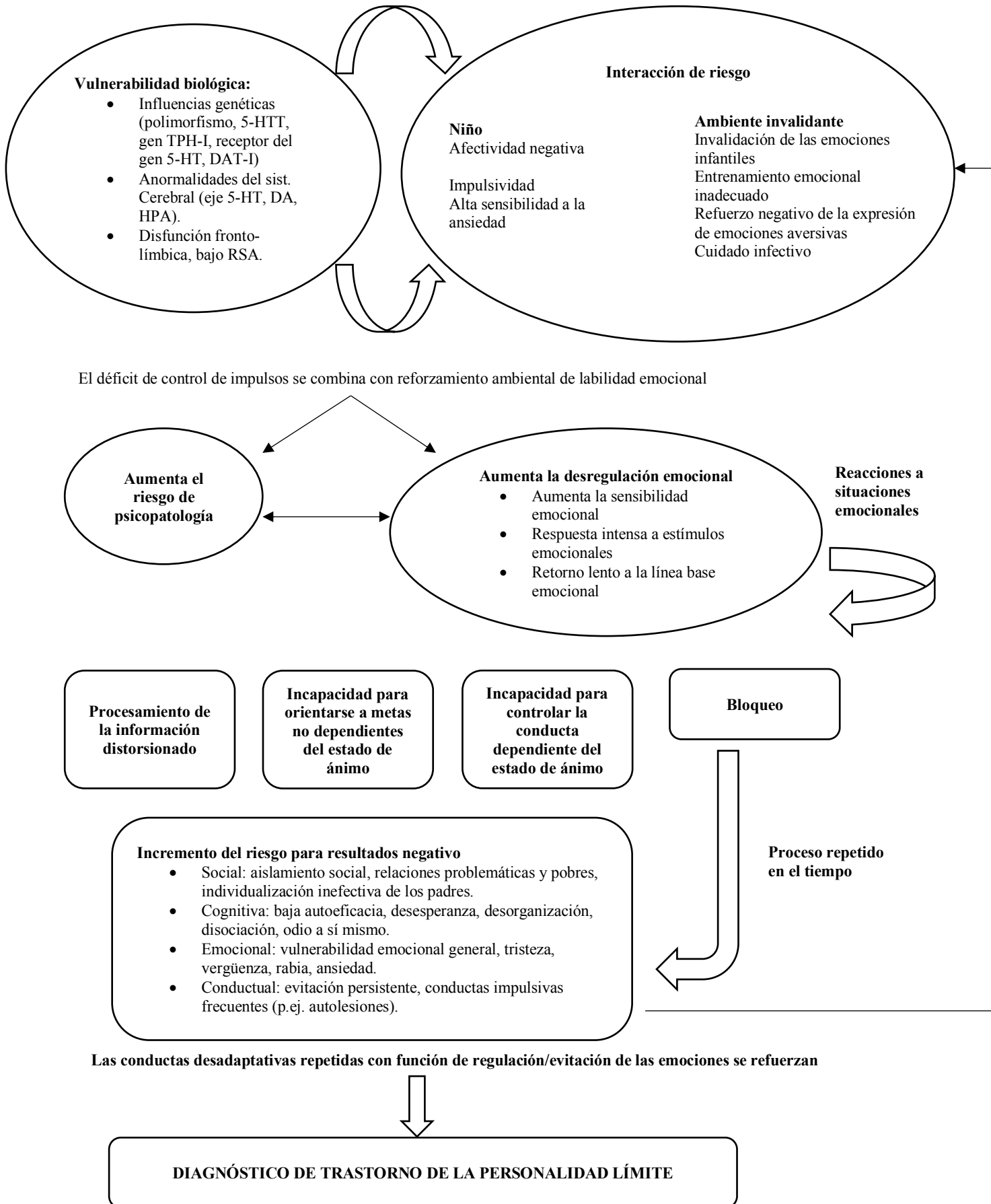
- experiences of mother–infant dialectical behavior therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79(5), 1245-1260.
- Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of affective disorders*, 202, 210–219.
- García-Palacios, A. y Navarro-Haro, M. V. (2020). Trastorno de la Personalidad Límite. En F. Belloch, A. Sandín, y B. Ramos (Ed.), *Manual de psicopatología*, Tercera edición, Volumen 2 (pp. 443–461). *Síntesis*.
- Holgado, M. R., Noain, M. D., Falces, A. F., & Martín, P. C. (2020). Trastorno límite de la personalidad: a propósito de un caso. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 31-35.
- Jorquera, M. (2020, 20 septiembre). Trastorno de Personalidad: Trastorno Límite de la Personalidad: "La chica mala" de las etiquetas psiquiátricas. ITA [Especialistas en Salud Mental]. Recuperado 21 de diciembre de 2023, de <https://itasaludmental.com/blog/link/245>
- Lyons-Ruth, K., Riley, C., Patrick, M. P. H., & Hobson, R. P. (2019). Disinhibited attachment behavior among infants of mothers with borderline personality disorder, depression, and no diagnosis. *Personality disorders*, 10(2), 163–172.
- Mahardhika, G. P. C. (2023). SELF-HARM RISK IN PREGNANT WOMEN WITH PERSONALITY DISORDER. *Journal of Psychiatry Psychology and Behavioral Research*, 4(1), 9–11.
- Miramontes, R. (2022b, diciembre 21). El poder de la oxitocina en el TLP. AMAI TLP. Recuperado 28 de diciembre de 2023, de <https://www.amaitlp.org/el-poder-de-la-oxitocina-en-el-tlp/>
- Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, Shekelle P, Stewart LA, PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*. 2015; 4(1): 1 - 9.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264–269.
- MOLINA-RUIZ, Rosa M. et al. Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la

- personalidad. *Rev. Mex. de trastor. aliment* [online]. 2019, vol.10, n.1 [citado 2024-01-20], pp.109-120.
- Mosquera, D., & González, A. (2013). DEL APEGO TEMPRANO a LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 2253-749X.
- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1(1), 1-8.
- Nannini, S., Tung, I., Northrup, J. B., Stepp, S. D., Keenan, K., & Hipwell, A. E. (2021). Changes in severity of depression and borderline personality disorder symptoms from pregnancy to three years postpartum in adolescent mothers. *Journal of affective disorders*, 294, 459–463.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (s. f.). Study Quality Assessment Tools: Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses. Recuperado 12 de enero del 2024, de <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>
- Newman-Morris, V., Simpson, K., Gray, K. M., Perry, N., Dunlop, A., & Newman, L. K. (2020). Evaluation of early relational disturbance in high-risk populations: Borderline personality disorder features, maternal mental state, and observed interaction. *Infant Mental Health Journal*, 41(6), 793-810
- Osborne, J., Mattiske, J., Winter, A., & Sved Williams, A. (2023). Reflective functioning and mother-infant relationships among mothers with Borderline Personality Disorder post-therapy. *Infant mental health journal*, 44(5), 679–690.
- Özdemir, S., & Tunç, P. (2022). The effects of borderline personality and sociodemographic traits on self-harm and suicidal behavior in substance use disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 13(1), 15.
- Pando Fernández, M., Lucena Díaz, P., Serván Martín, I., Posada García, B., Gálvez Martín, M. E., & Herráez Sáez, B. (2011). Psicopatología en pacientes diagnosticadas de TLP en una comunidad terapéutica hospitalaria. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4)
- Paris J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina* (Kaunas, Lithuania), 55(6), 223.

- Prasad, D., Kuhathasan, N., de Azevedo Cardoso, T., Suh, J. S., & Frey, B. N. (2022). The prevalence of borderline personality features and borderline personality disorder during the perinatal period: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 25(2), 277–289.
- Rubilar, K., & Halpern, M. (2012). Riesgos psicosociales en los hijos de personas con trastornos de salud mental. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc*, 23, 31-41.
- Sved Williams, A., Osborn, A., Yelland, C., & Hollamby, S. (2021). Changing intergenerational patterns of emotional dysregulation in families with perinatal borderline personality disorder. *Archives of women's mental health*, 24(4), 641–648.
- Takegata, M., Takeda, S., Sakanashi, K., Tanaka, T., & Kitamura, T. (2019). Perinatal self-report of thoughts of self-harm, depressive symptoms, and personality traits: Prospective study of Japanese community women. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(11), 707-712.
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734–750.
- Vera-Varela, C., Giner, L., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psiquiatría Biológica*, 26(1), 1-6.
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., & Tugwell, P. (2000). The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Unpublished manuscript.
- Wendland, J., Castelnau, C., Déprez, A., Rabain, D., de Carmantrand, C., & Guédeney, A. (2023). Borderline personality disorder in mothers, maternal sensitivity, and infant social withdrawal: a study on clinical dyads referred to perinatal mental health units. *Early Child Development and Care*, 1-14.
- Winsper, Catherine (2018) The aetiology of borderline personality disorder (BPD) : contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21 . pp. 105-110. doi:10.1016/j.copsyc.2017.10.005

## Anexos

**Figura 1.** Modelo biosocial de desarrollo.



**Tabla 1. Lista de verificación de Prisma-P 2015: ítems recomendados en un protocolo de revisión sistemática**

<b>Sección/tema</b>	<b>Nº ítem</b>	<b>Ítem de la lista de verificación.</b>
<b>INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA</b>		
<b>Título</b>		
Identificación	1a	Identificar el documento como protocolo de una revisión sistemática.
Actualización	1b	Si el protocolo está destinado a una actualización de una revisión sistemática previa identificarlo como tal.
<b>Registro</b>	2	Si está registrado, proporcionar el nombre del registro (p.ej. PROSPERO) y el número de registro.
<b>Autores</b>		
Contacto	3a	Proporcionar nombre, afiliación institucional y dirección de correo electrónico de todos los autores del protocolo, aportar dirección postal del autor para la correspondencia.
Contribuciones	3b	Describir las contribuciones de los autores del protocolo e identificar al responsable de la revisión.
<b>Correcciones</b>	4	Si el protocolo supone una corrección de un protocolo completado previamente o publicado, identificarlo como tal y enumerar la lista de cambios; en caso contrario, de la estrategia para documentar las correcciones importantes del protocolo.
<b>Apoyo</b>		
Fuentes	5a	Indicar fuentes de financiación de la revisión sistemática y otros tipos de apoyo
Patrocinador	5b	Aportar el nombre del financiador o patrocinador de la revisión
Papel del patrocinador/financiador	5c	Detallar el papel desempeñados por parte del(los) financiador(es), patrocinar(es), y/o institución(es), si los hay, en la elaboración del protocolo.
<b>INTRODUCCIÓN</b>		
<b>Justificación</b>	6	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema
<b>Objetivos</b>	7	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones y desenlaces o resultados (PICO).
<b>MÉTODOS</b>		
<b>Criterios de elegibilidad</b>	8	Especificar las características de los estudios (p.ej. PICO, diseño del estudio, contexto, duración del seguimiento) y detallar las características (p.ej. años abarcados, idioma o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad para la revisión.
<b>Fuentes de información</b>	9	Describir, con las fechas de cobertura previas, todas las fuentes de información (p.ej. bases de datos y periodos de búsqueda, contacto con los autores de los estudios, registros de los estudios y otras fuentes de literatura gris).
<b>Estrategia de búsqueda</b>	10	Presentar el borrador de la estrategia de búsqueda que será utilizada en al menos una base de datos electrónica, incluyendo límites propuestos, de manera que pueda repetirse.
<b>Registro de estudios</b>		
Gestión de datos	11a	Detallar los mecanismos que se utilizarán para gestionar los datos y los registros durante la revisión sistemática.

Proceso de selección	11b	Exponer el proceso que se utilizará para seleccionar los estudios (p.ej. dos revisiones independiente) en cada fase de la revisión (es decir: cribado, elegibilidad e inclusión en un metaanálisis).
Proceso de extracción de datos	11c	Describir el método planeado para la extracción de datos de las publicaciones (p.ej., uso de los formularios para la extracción uniforme de datos [ <i>piloting forms</i> ], por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso destinado a la obtención y confirmación de los datos por parte de los investigadores.
<b>Lista de datos</b>	12	Enumerar y definir todas las variables para las que se buscarán datos (p.ej. PICO, fuente de financiación) y cualquier asunción o simplificación de dichos datos planeada de antemano.
<b>Resultados esperados y priorización</b>	13	Enumerar y detallar todos los desenlaces o resultados esperados para los que se buscarán datos, incluyendo la priorización y justificación de los resultados principales y los adicionales.
<b>Riesgo de sesgo en los estudios individuales</b>	14	Detallar los métodos previstos para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios individuales, incluyendo si se aplicarán a nivel del desenlace esperado, a nivel de estudio, o de ambos; exponer cómo se utilizará esta información en la síntesis de datos.
<b>DATOS</b>		
<b>Síntesis</b>	15a	Describir los criterios que permitirán sintetizar cuantitativamente los datos de los estudios.
	15b	Si los datos son adecuados para su síntesis cuantitativa, describir las medidas planificadas para resumirlos, métodos de tratamiento de datos y métodos de combinación de dato, incluyendo cualquier análisis de consistencia interna (p.ej. 12, tau de Kendall).
	15c	Detallar todo análisis adicional propuesto (p.ej. sensibilidad o análisis de subgrupo, meterregresión).
	15d	Si la síntesis cuantitativa no resulta adecuada, describir el tipo de resumen de datos planificado.
<b>Metasesgo(s)</b>	16	Especificar todas las evaluaciones de metasesgo(s) planificadas (p.ej. sesgo de publicación entre los diferentes estudios, la presentación de información selectiva en los estudios).
<b>Confianza en la evidencia acumulada</b>	17	Describir de qué manera se evaluará la solidez del conjunto de pruebas (evidencia) (p.ej. GRADE)

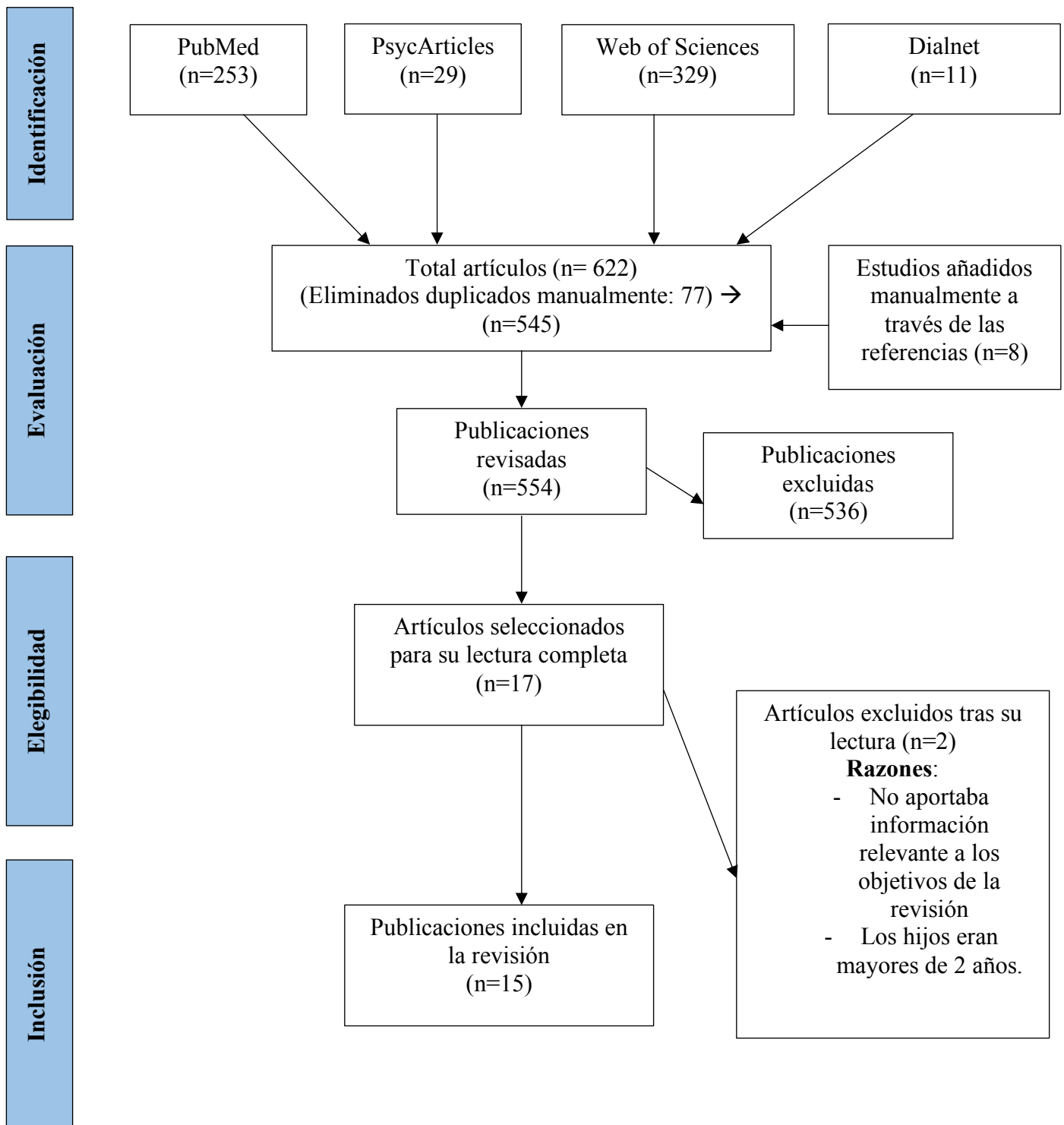
Fuente: Estarli et al. (2016, p. 153)

**Tabla 2. Estrategia de búsqueda: Ejemplo PUBMED**

<a href="#">#7</a>	Search (borderline disorder[MeSH Terms]) AND (pregnant woman [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">52</a>
<a href="#">#6</a>	Search (borderline disorder[MeSH Terms]) AND (mother [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">155</a>
<a href="#">#5</a>	Search (mother [MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder [MeSH Terms]) AND (treatment [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">24</a>
<a href="#">#4</a>	Search (mother [MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder [MeSH Terms]) AND (perinatal risk [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">4</a>
<a href="#">#3</a>	Search (mother [MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder [MeSH Terms]) AND (risk factors [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">11</a>
<a href="#">#2</a>	Search (mother [MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder [MeSH Terms]) AND (perinatal factors [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">1</a>
<a href="#">#1</a>	Search (mother [MeSH Terms]) AND (borderline personality disorder [MeSH Terms]) AND (postnatal [MeSH Terms]) AND ("last 5 years (2023-2019)"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))	<a href="#">5</a>

**Figura 2**

*Diagrama de flujo de los artículos seleccionados*



Fuente: Moher et al. (2009)

## EVALUACIÓN DE LA ESCALA NEWCASTLE-OTTAWA PARA ESTUDIOS DE CASO

*Wells et al. (2000)*  
*Traducido por la autora*

**Nota:** Los estudios pueden ser puntuados con máximo una estrella por cada ítem dentro de la subescala “Selección” y “Exposición”. Un máximo de dos estrellas pueden ser otorgadas en “Comparabilidad”

**Selección:** (máximo 4 estrellas)

- 1) ¿El caso está definido adecuadamente?
  - a. Sí, con una validación independiente \*
  - b. Sí, por ejemplo, con enlace de registro o autorreportes
  - c. No hay descripción
- 2) La representatividad de los casos:
  - a. Consecutivos o una serie de casos representativamente obvios \*
  - b. Potenciales sesgos declarados o no
- 3) Selección del grupo control
  - a. Grupo de controles basados en una comunidad\*
  - b. Grupo de controles basados en una comunidad hospitalaria
  - c. No hay descripción
- 4) Definición de los controles
  - a. No hay historial de enfermedad (criterios de valoración)\*
  - b. No hay una descripción de la fuente

**Comparabilidad:** (máximo 2 estrellas)

- 1) Comparabilidad de los casos y los controles en cuanto al diseño o el análisis
  - a. Estudio de los controles por \_\_\_\_\_ (seleccionar el factor más importante.)\*
  - b. Estudio de los controles por algún factor adicional (Este ítem puede ser modificado para indicar un control específico de un segundo factor importante.)\*

**Exposición:** (máximo 3 estrellas)

- 1) Comprobación de la exposición
  - a. Historial asegurado (por ejemplo, historiales quirúrgicos)\*
  - b. Entrevistas estructuradas con ciego en los casos control\*
  - c. Entrevistas donde no hay ciego en los casos control
  - d. Autorreporte o registros médicos únicamente
  - e. No hay descripción
- 2) Mismo método de comprobación para casos y controles
  - a. Si\*
  - b. No
- 3) Ratio de no respuesta
  - a. Misma para ambos grupos\*
  - b. No se describe

- c. Ratio diferente y no hay clasificación

## ESCALA NEWCASTLE-OTTAWA PARA LA EVALUACIÓN DE ESTUDIOS DE TIPO COHORTE

*Wells et al. (2000)*  
*Traducido por la autora*

**Nota:** Un estudio puede ser puntuado con máximo de una estrella por cada ítem en la subescala de Selección y Resultados. Un máximo de dos estrellas puede ser otorgado en Comparabilidad.

**Selección:** (máximo 4 estrellas)

- 1) Representatividad de la cohorte
  - a. Verdaderamente representativos dentro de la media de la comunidad \_\_\_\_\_ (describir)\*
  - b. Más o menos representativas en la media de la comunidad \_\_\_\_\_\*
  - c. Un grupo seleccionados de, por ejemplo, enfermeras o voluntarios
  - d. No hay descripción del origen de la cohorte
- 2) Selección de la cohorte no expuesta
  - a. Fue elegida de la misma comunidad que la comunidad expuesta\*
  - b. Fue elegida de una fuente diferente
  - c. No hay descripción del origen de la fuente de la cohorte no expuesta
- 3) Comprobación de la exposición
  - a. Historial asegurado (por ejemplo, historiales quirúrgicos)\*
  - b. Entrevistas estructuradas\*
  - c. Autorreportes
  - d. No hay descripción
- 4) Demostración de que los resultados de interés no estaban presentes al comienzo del estudio
  - a. Si\*
  - b. No

**Comparabilidad:** (máximo 2 estrellas)

- 1) Comparabilidad de los casos y los controles en cuanto al diseño o el análisis
  - a. Estudio de los controles por \_\_\_\_\_ (seleccionar el factor más importante.)\*
  - b. Estudio de los controles por algún factor adicional (Este ítem puede ser modificado para indicar un control específico de un segundo factor importante.)\*

**Resultados:** (máximo 3 estrellas)

- 1) Evaluación de los resultados
  - a. Evaluación independiente tipo ciego\*
  - b. Enlace de registro\*

- c. Autorreporte
- d. No hay descripción
- 2) ¿Fue el seguimiento lo suficientemente largo como para que los potenciales resultados ocurrieran?
  - a. Si (selecciona un método adecuado de seguimiento para el periodo y los resultados de interés)\*
  - b. No
- 3) Adecuación del seguimiento de las cohortes
  - a. Seguimiento completo de todos y cada uno de los sujetos\*
  - b. Pérdida de un pequeño número de participantes en el seguimiento  
→ \_\_\_\_\_% (selecciona un porcentaje adecuado de seguimiento o provee una descripción de aquellos perdidos)\*
  - c. Seguimiento de menos de un < \_\_\_\_\_% (selecciona un porcentaje adecuado) y no se describen a los participantes perdidos
  - d. No hay datos

Estudios de caso único y tipo cohorte:  
 Buenos estudios: >7 puntos (incluido)  
 Estudios satisfactorios: 2-6 puntos  
 Estudios pobres: <1 (incluido)

**Tabla 3.** *Calidad de los estudios de caso único y de tipo cohorte*

<b>Estudios de caso único</b>	<b>Selección</b>	<b>Comparabilidad</b>	<b>Exposición</b>	<b>Total</b>	<b>Valoración</b>
<b>Sved et al. 2023</b>	1 estrella			1 estrella	Estudio pobre
<b>Wendland et al. 2014</b>	2 estrellas		1 estrella	3 estrellas	Estudio satisfactorio
<b>Blankley et al. 2015</b>	1 estrella	1 estrella	1 estrella	3 estrellas	Estudio satisfactorio
<b>Estudios de cohorte</b>	<b>Selección</b>	<b>Comparabilidad</b>	<b>Resultados</b>	<b>Total</b>	<b>Valoración</b>
<b>Lyons-Ruth et al. (2019)</b>	4 estrellas	1 estrella	1 estrella	6 estrellas	Estudio satisfactorio

Fuente: Wells et al. (2000)

**Tabla 4.** *Calidad de los estudios cuantitativos evaluados*

Ítems	Newman-Morris et al. 2020	Osborne et al. 2023	Sved et al. 2021	Wendland et al. 2023
Los objetivos del estudio están claros	X	X	X	X
El diseño del estudio es el apropiado para los objetivos establecidos	X	X	X	X
El tamaño de la muestra está justificado	X	X	X	X
La población objetivo está claramente definida	X	X	X	X
La muestra se tomó de una base de población apropiada que representara a la población de interés para la investigación	X	X	X	X
Durante el proceso de selección los participantes seleccionados eran representativos para el objeto de la investigación	X	X	X	X
Se tomaron medidas para abordar y clasificar a los sujetos que no respondieron			X	
Los factores de riesgo y las variables de los resultados se midieron de manera adecuada para los objetivos del estudio	X	X	X	X
Los factores de riesgo y las variables de los resultados han sido medidas utilizando instrumentos validados	X	X	X	X
La significación estadística y/o las estimaciones de precisión están claramente detalladas	X	X	X	X
La metodología es lo suficientemente precisa como para ser replicada	X		X	X
Los datos básicos se han descrito correctamente	X	X	X	X
La tasa de respuesta no genera preocupaciones sobre el sesgo de no respuesta	X	X	X	X
Si corresponde, se ha descrito la información de aquellos participantes que no respondieron				
Los resultados han sido internamente consistentes	X	X	X	X
Se han expuesto los resultados de los análisis	X	X	X	X
Las discusiones y las conclusiones están basadas en los resultados	X	X	X	X
Limitaciones del estudio	X	X	X	X
Las fuentes de financiación o los conflictos de intereses no afectaron a la interpretación de los resultados por parte de los autores	X	X	X	X
Aprobación o consentimiento ético por parte de los participantes	X	X	X	X
<b>Evaluación de calidad final</b>	<b>Moderada</b>	<b>Moderada</b>	<b>Alta</b>	<b>Moderada</b>

Fuente: Bach-Mortensen et al. (2018)

**Tabla 5.** *Evaluación de la calidad de las revisiones sistemáticas incluidas*

<b>Ítems</b>	<b>Petfield et al. 2015</b>	<b>Prasad et al. 2022</b>	<b>Eyden et al. 2016</b>
La revisión está basada en una pregunta concreta adecuadamente formulada y descrita	X	X	X
Los criterios de inclusión y exclusión aparecen detallados	X	X	X
La estrategia de búsqueda de la literatura fue comprehensiva y sistemática	X	X	X
Los títulos, resúmenes y textos completos de los artículos fueron dual e independientemente revisados para la inclusión y exclusión con el fin de minimizar el sesgo	X	X	X
La calidad de cada estudio fue calificada de forma independiente por al menos un revisor y, además, se utilizó un método estándar para evaluar la validez interna	X	X	X
Se enumeraron los estudios incluidos junto con las características y resultados importantes de cada estudio	X	X	
Se evaluó el sesgo de la publicación	X	X	X

Fuente: National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2020)

**Tabla 6. Resultados de los estudios seleccionados en la revisión sistemática**

Autor/es y año	Objetivos	Muestra y características	Diseño	Criterios de inclusión	Variables medidas	Instrumentos utilizados	Resultados
Wendland et al. (2014)	Ilustrar los problemas de las mujeres con TPL durante su transición a la maternidad, la calidad de la vinculación y el desarrollo infantil.	N= 2 Madre de 34 años y su bebé (desde antes del nacimiento hasta los 34 meses)	Estudio de caso único	Criterios del DSM-IV para el TPL			Resultados descriptivos: Madres con TPL necesitan ser identificadas durante el embarazo para ser capaces de llevar a cabo una intervención personalizada con el propósito de ayudarlas a transicionar a la maternidad, la comunicación con su bebé y atender sus necesidades, trabajar formas de vinculación saludable, etc.
Blankley et al. (2015)	Examinar el embarazo y el desarrollo temprano de los bebés en mujeres embarazadas con TPL en el contexto australiano.	N= 42 (comparado con un grupo control de N=14.313)	Estudio de cohorte retrospectivo	Criterios del DSM-IV-R para el TPL	Cuidado obstétrico, desarrollo del bebé, preocupaciones del personal sanitario, derivación de otros servicios	Informes médicos (hora del parto, peso, etc.), escalas médicas (Apgar) y sobre el potencial cuidado de los hijos antes del parto, cuestionarios estandarizados realizados para la investigación	Mujeres con TPL experimentan una disfunción psicosocial importante. Anticipan como traumático el momento del parto y, con frecuencia demandan adelantar el parto debido al estrés (21%). Las mujeres con TPL presentan altos niveles de consumo de sustancias (33,3%) y, a menudo, los bebés quedan al cargo de servicios sociales (el 28,6% de los niños/as estaba considerado de alto riesgo por el personal del estudio).
Petfield et al. (2015)	Descubrir cuáles son las dificultades que experimentan las madres con TPL y cuáles son los impactos en sus hijos/as.	Estudios cuya cuidadora principal tenga menos de 19 años.	Revisión sistemática	Criterios DSM-IV para el TPL, madres mayores de 18 años e hijos menos de 18 años. Estudios en inglés y que presenten los resultados. Estudios que mencionen cómo la crianza de la madre influye en los hijos.	Crianza y TPL, bebés y niños/as pequeños (tipo de interacción, reconocimiento de las emociones, estructuración de la actividad, estrés en la crianza), niños/as mayores (ambiente familiar, teoría de la mente, sobreprotección, estrés en la crianza), influencia materna sobre los hijos/as.	Entrevista estructurada (SCID-II, DIB-R, SIDP-IV, BEST)	Madres con TPL a menudo crían a sus hijos/as en un contexto con factores de riesgo adicionales como depresión, uso de sustancias y poco apoyo. Madres con TPL a menudo muestran una alta intrusividad y baja sensibilidad. Además, experimentan un alto nivel de estrés, se consideran malos padres y el nivel de satisfacción también es bajo.
Sved et al. (2015)	Describir la población clínica de mujeres admitidas a una unidad madre-bebé en Australia para evaluar los cambios durante la admisión en los Ejes I y II de los diagnósticos de salud mental y en las relaciones madre-hijo/a.	N= 117	Estudio de incidencia	Criterios del DSM-IV-R	Depresión postparto, ansiedad, TPL y estilos de apego	Cuestionarios (EPDS, BAS, MSI-BPD, MPAS)	La admisión de las madres en esta unidad supone una mejora en las escalas que median la salud mental (EPDS $t(34)= 5,92, p<.001$ ); BAS $t(36)= 5,06, p<.001$ ) y, MSI-BPD $t(34)=2,88, p<.007$ ) y la relación que tenían con su bebé (MPAS $t(27)=2,95, p=.006$ ).
Eyden et al. (2016)	Examinar los estilos de crianza y las actitudes en madres con TP Lo sintomatología TPL y/o las consecuencias para sus hijos/as.	N= 13 bebés (2-36 meses); 11 niños/as (3-9 años); 13 adolescentes (10-19 años), 4 adultos (más de 19 años).	Revisión sistemática	Madres con TPL o sintomatología TPL y sus hijos (de cualquier edad), estudios que reporten la crianza materna y los resultados en sus hijos y una muestra en la que la crianza fuera llevada en al menos más de un 70% por la madre.	Comportamientos en la crianza (sensibilidad/ intrusividad, sobreprotección, calor materno, hostilidad/ negatividad/ castigo, rechazo/ laxitud, reconocimiento en las emociones, representaciones maternas y las percepciones de los hijos), dinámica madre e hijos (inversión de roles, comunicación, comportamiento del niño/a), consecuencias de la crianza		Los resultados encontrados sugieren que la vulnerabilidad por parte de la madre hacia el hijo puede ser parcialmente transmitida por una crianza poco adaptativa y una disfunción emocional. Estudios prospectivos podrían arrojar información sobre los mecanismos de transmisión, así como los factores de protección. La crianza consciente, la mejora del vínculo materno-filial y las estrategias de regulación emocional podrían ser importantes objetivos terapéuticos.

					(psicopatología, psicosociales) y mecanismos de transmisión del TPL.		
Sved et al. (2017)	Proveer de información a los sanitarios con información relevante sobre el conocimiento actual del TPL y su manejo con madres cuidadoras de sus hijos.		Estudio descriptivo				Resultados descriptivos: Ayudar a la madre implica ayudar al bebé y a la familia en su totalidad.
Lyons-Ruth et al. (2019)	Extender la literatura sobre los contextos asociados con el comportamiento desinhibido en criados en casa.	N= 59	Estudio de cohorte	Criterios del DSM-III-TR	Situación extraña y la comunicación materno afectiva disruptiva	Entrevistas estructuradas (SCID-II), código RISE para medir la situación extraña, cuestionarios (AMBIANCE)	Entre las madres con diagnóstico de TPL, el 84,6% de los niños/ as mostraron un compromiso igual o mayor con el extraño que con la madre y fueron clasificados como desinhibidos, mientras que entre los que no tenían diagnóstico, sólo el 35,5% fueron clasificados así. (Resultados generales $\chi^2(2, 56)=10.79, p=.005, R^2=.22, R=.46$ ; TPL vs. Sin diagnóstico Wald =7.25, $p = .007$ , TPL vs. Diagnóstico de depresión Wald = 6.45, $p=.01$ ).
Newman-Morris et al. (2020)	Investigar las relaciones entre el historial materno de trauma, las representaciones distorsionadas maternas, la mentalización maletas y la calidad de la interacción en una muestra de madres con TPL.	N= 61	Cuasi-experimental	No presentar riesgo de suicidio, o tener un historial de sintomatología psicótica.	Sintomatología TPL, ansiedad, trauma en la infancia, depresión postparto, disponibilidad emocional, relación materno-filial, estrés parental y desarrollo parental.	Cuestionarios (BAI, BSL-23, CTQ, EPDS, PSI-SF, MIRS, EAS) y entrevista estructurada (PDI).	El historial de trauma materno correlacionó de manera positiva con la sintomatología del TPL ( $r = .43, p < .01$ ) y las representaciones maternas distorsionadas ( $r = .30, p < .01$ ). Las escalas BAI, BSL-23, CTQ, PSI-SF, EPDS, MIRS y EAS solo se midieron una vez y se compararon entre grupos. No hubo diferencias entre las muestras.
Nagel et al. (2021)	Examinar la prevalencia y las características de las mujeres embarazadas con TPL derivadas desde el servicio psiquiátrico	N=318	Estudio longitudinal	Puntuaban más de 13 en la escala EPDS, habían reportado un historial previo de depresión, ansiedad, TMG y, consumían psicotrópicos.	Tipo de embarazo, situación sentimental, consumo de sustancias, intervención de los servicios sociales, tipo de TMG (ansiedad, depresión, personalidad) y rasgos de personalidad	Entrevista clínica siguiendo los criterios del DSM-5.	Las mujeres con TPL tenían más a menudo embarazos no planificados (60,7%), embarazos con padre desconocido (18,2%), consumo de sustancias durante el embarazo (30,2%) o la intervención de servicios sociales durante este o en previos embarazos en comparación con mujeres con otros diagnósticos (41,8%).
Nanini et al. (2021)	Examinar los cambios en la severidad de la depresión y el TPL a lo largo de los años (desde el momento del parto) en una muestra racialmente diversa y basada en adolescentes.	N= 614 (307 madres adolescentes entre 14-18 años y 307 adolescentes que nunca habían sido madres).	Cuasi-experimental	Las adolescentes tenían que tener al menos 14 años ya que utilizaban el PGS que mide a partir de esa edad.	Depresión y severidad del TPL.	Cuestionarios (ASI-4, ASRI-4, IPDE-BOR).	Las adolescentes con TPL embarazadas mostraban síntomas más severos que las que no lo estaban, así como síntomas concomitantes con la depresión. La diferencia entre los grupos permaneció durante al menos 3 años ( $F[2.87, 537] = 3.92, p = .01$ ). No reportaron datos de ninguno de los cuestionarios utilizados.
Sved et al. (2021)	Descubrir si la implementación del programa en curso confirmaba los resultados preliminares en relación a la salud mental y, además, si la crianza y la relación madre-hijo/a habían mejorado significativamente.	N=98	Cuasi-experimental	Mujeres con TPL con al menos un hijo de menos de 3 años. Además, la derivación tenía que haber sido realizada por su médico, preocupado por la relación de calidad madre-bebé.	Síntomas depresivos durante el embarazo, ansiedad, TPL, estrategias de regulación emocional, satisfacción materna y autoeficacia, capacidad maternal sobre la autorreflexión y la de su hijo/a, estrés y problemas en el comportamiento de la madre y/o el hijo/a, interacción madre-bebé y desarrollo emocional del bebé.	Cuestionarios (EPDS, BAI, BSL-23, MSI-BPD, DBT-WCCL, PSOC, PRFQ, PSI-4 SF, NCAST y ASQ-SE2).	Los resultados muestran cómo se produce un cambio significativo en todas las medidas sobre la salud mental (ansiedad $r = 0.29, p = .002$ , depresión $r = 0.36, p = .000$ y TPL $r = 0.36, p = .000$ ). Además, aumentaron la confianza sobre sus prácticas de crianza ( $r = 0.40, p = .000$ ). El programa mostró mejoras en diferentes contextos y con diversos profesionales ( $r = 0.09, p = 0.394$ ). No obstante, no hubo mejoría en el desarrollo social-emocional del bebé.

Prasad et al. (2022)	Proporcionar información sobre la prevalencia del TPL y los rasgos límites en mujeres embarazadas y tras el parto.		Revisión sistemática	Artículos originales que incluyeran mujeres con TPL (embarazadas o hasta 12 meses post-parto).	TPL en muestras clínicas y no clínicas durante el embarazo y en el post-parto		El ratio de prevalencia para el TPL durante el embarazo varía entre un 6,9-26,7% mientras que en el post-parto sería de entre 0,7 y 1,7%, en muestras no clínicas. Mientras que en muestras clínicas, varía entre un 9,7-34% y 2-35,2%, respectivamente. En la muestra clínica también había una alta prevalencia de patología límite.
Osborne et al. (2023)	Explorar las diferencias en el funcionamiento reflexivo parental y las relaciones de calidad madre-hijo/a al inicio y durante el seguimiento de una intervención grupal para madres con TPL.	N= 55 (23 cuantitativo y 32 cualitativo).	Estudio mixto (cuantitativo y cualitativo)			Cuestionarios (NCAST, PRFQ)	Los datos cuantitativos mostraron una mejora significativa en una de las tres subescalas, "Interés" y "Curiosidad" ( $\rho = 0.60$ , $p = 0.01$ ), en ambos casos) ante y después de la intervención y una asociación positiva y moderada entre la subescala "Ciertos Estados Mentales" ( $\rho = 0.46$ , $p = 0.05$ ). En la escala NCAST aunque hubo mejoras no fueron estadísticamente significativas ( $t = 1.40$ , $p = 0.17$ ). Desde el punto observacional no hubo evidente mejora en las relaciones materno-filiales. No obstante, la entrevista semiestructurada mostró resultados positivos en la reflexión parental, las estrategias de regulación emocional y la calidad de las relaciones madre e hijo/a.
Sved et al. (2023)	Mostrar los potenciales beneficios de una unidad protocolizada madre-bebé especializada en terapia grupal de larga estancia	N=2 Madre de 29 años y su bebé recién nacido.	Estudio de caso	Criterios DSM-V para el TPL	Funcionamiento parental reflexivo y relaciones materno filiales de calidad		Resultados descriptivos: el parto, los cambios hormonales, la lactancia materna, el cuidado del bebé o una mezcla de todos los anteriores podrían ser psicológicamente abrumadores para las mujeres que son propensas a la desregulación emocional.
Wendland et al. (2023)	Investigar de qué manera la privación social y la sensibilidad materna están asociadas con un diagnóstico TPL en las madres.	N= 27 diadas madre-hijo.	Cuasi-experimental	Criterios DSM-V, madres mayores de 18 años fluentes en francés y cuyo hijo fuera biológico. Los niños tenían que tener entre 2 y 24 meses	Comportamientos sociales en el bebé y la sensibilidad materna.	Cuestionarios (ADBB y The Ainsworth et al. (1974) scale.	Madres con TPL mostraron una baja sensibilidad materna ( $M_{TPL} = 2.8$ vs. $M_{control} = 6.6$ , $p < 0.0001$ ) y sus hijos/as aislamiento social en comparación con el grupo control ( $M_{TPL} = 7$ vs. $M_{control} = 1.7$ , $p = 0.002$ ). Con respecto a la correlación entre la sensibilidad materna y el aislamiento encontraron una correlación negativa moderada (-0.41 a -0.76). Asimismo, los hijos de las madres con TPL parecen tener un mayor riesgo de desarrollar consecuencias adversas durante los primeros meses de vida.

*N.B.*: **ADBB**: Alarm Distress Baby Scale (Guedeny & Fermanian, 2001); **APGAR**: (Apgar, 1952); **ASI-4**: Adolescent Symptom Inventory-4 (Gadow & Sprafkin, 1998); **ASQ-SE2**: Ages & Stages Questionnaire Social Emotional Index (Squires et al., 2015). **ASRI-4**: Adult Self Report Inventory-4 (Gadow & Sprafkin, 2004); **BAI**: Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988); **BAS**: Beck Anxiety Scale (Beck et al., 1986); **BEST**: Borderline Evaluation of Severity over Time (Phohl et al., 2009); **BSL-23**: Borderline Symptom List-23 (Bohus et al., 2009); **CTQ**: Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 1994; Bernstein & Fink, 1988); **DBT-WCCL**: DBT-Ways of Coping Checklist (Neacsiu et al., 2010); **DIB-R**: Revised Diagnostic Interview for Borderlines (Zanarini et al., 1989); **EAS**: Emotional Availability Scales (Biringen, 2004; Biringen et al., 2014); **EPDS**: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox et al., 1987); **IPDE-BOR**: International Personality Disorders Examination (Loranger et al., 1994); **MIRS** (Mother-Infant Relationship Scale, Newman-Morris et al., 2020); **MPAS**: Maternal Postnatal Attachment Style (Gordon & Corkindale, 1998); **MSI-BPD**: McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (Zanarini et al., 2001); **NCAST**: Nursing Child Assessment Satellite Training, Teaching Scale 2<sup>nd</sup> ED (Oxford & Findlay, 2013); **PDI**: Parent Development Interview (Aber et al., 1985; Slade et al., 2004); **PRFQ**: Parental Reflective Functioning Questionnaire (Luyton et al., 2017); **PSI-4 SF**: Parenting Stress Index -Short Form (Abidin, 2012); **PSI-SF**: Parenting Stress Index - Short Form (Abidin, 1990); **PSOC**: Parenting Sense of Competence Scale (Johnson & Mash, 1989); **SCID-I**: Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (First et al., 1995); **SES**: estatus socioeconómico (Hollingshead, 1975); **DSM-IV**: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (APA, 1994); **DSM-IV-TR**: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales: texto revisado (APA, 2001); **SHRHI**: Sexual Health and Reproductive History Interview (Gold & Feske, unpublished interview); **SIDP-IV**: Entrevista estructurada de Personalidad para el DSM-IV (Pfohl et al., 1997);

**Tabla 7.** Evaluación de la calidad de la revisión sistemática

La revisión está basada en una pregunta concreta adecuadamente formulada y descrita	√
Los criterios de inclusión y exclusión aparecen detallados	√
La estrategia de búsqueda de la literatura fue comprehensiva y sistemática	√
Los títulos, resúmenes y textos completos de los artículos fueron dual e independientemente revisados para la inclusión y exclusión con el fin de minimizar el sesgo	X
La calidad de cada estudio fue calificada de forma independiente por al menos un revisor y, además, se utilizó un método estándar para evaluar la validez interna	√
Se enumeraron los estudios incluidos junto con las características y resultados importantes de cada estudio	√
Se evaluó el sesgo de la publicación	X

Fuente: National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (2020)