

FACULTAD DE HUMANIDADES

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Relación entre los síntomas del trastorno límite de la
personalidad y el apego en el grupo femenino TLP
Borderline 2021**

Melannie Grace Abarca Rojas

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Psicología

Arequipa, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la Virgencita de Guadalupe, por guiar mi camino y cuidarme a cada paso; a mis abuelos, Augusta y Aurelio, por brindarme todo su apoyo moral y emocional a lo largo de este sendero; a mis padres, Jesseka y Derly, por el gran esfuerzo que hacen día con día para que pueda continuar con mis estudios, con este proyecto y por estar siempre conmigo; por apoyarme incondicionalmente para poder seguir con este sueño; a mis hermanos, Mauricio y Narella, por ser mi inspiración para poder superarme como persona y como profesional. A las personas que formaron parte de este camino y que hoy ya no están.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Continental por brindarme un espacio en el cual pude empezar y desarrollar mi carrera profesional, a cada docente que fue parte de este gran reto, en especial quisiera agradecer a la psicóloga María Laura Herrera Falcon, que, sin duda, fue quien me ayudó a culminar con este proyecto. Al psicólogo Jonathan Paúl Jara Quispe, por todo el apoyo moral que me brindó desde el comienzo de mi carrera. Y todos los docentes que conocí gracias a esta maravillosa carrera, quienes me brindaron sus conocimientos para poder crecer como profesional.

A mis padres, por haberme apoyado en todo este camino universitario, en especial a mi madre, que, pese a todo lo que ha podido pasar, siempre estuvo apoyándome y dándome la fuerza para poder seguir adelante con mis decisiones.

A mis hermanos, que siempre fueron una gran fuente de apoyo y estuvieron conmigo pese a la distancia que nos separaba, por brindarme la motivación para continuar con todas mis metas.

A todos mis amigos, por hacerme ver que la vida se puede vivir de diferentes formas y que también me ayudaron a salir de mi zona de confort.

A toda mi familia, quienes siempre me brindaron su apoyo y paciencia, en especial a mis abuelitos, por haberme inculcado grandes valores desde pequeña y que hasta hoy en día los aplico.

ÍNDICE

ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo I: Planteamiento del estudio	15
1.1. Pregunta general	17
1.2. Preguntas específicas	17
1.3. Objetivos	17
1.4. Justificación	18
Capítulo II: Marco teórico o conceptual	21
2.1. Antecedentes de Investigación	21
2.2. Marco Conceptual	26
2.3. Definición de Términos	55
Capítulo III: Metodología	57
3.1. Hipótesis	57
3.2. Métodos de Investigación	57
3.3. Configuración de la Investigación	58
3.4. Población y Muestra	59
3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	61
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	96
RECOMENDACIONES	97
REFERENCIAS	98
ANEXOS	105

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de las integrantes del Grupo Femenino TLP-Borderline de Latinoamérica	72
Tabla 2 Nacionalidades.....	74
Tabla 3 Miedo al abandono.....	75
Tabla 4 Relaciones inestables	76
Tabla 5 Impulsividad	77
Tabla 6 Suicidio.....	78
Tabla 7 Inestabilidad afectiva.....	79
Tabla 8 Ira.....	80
Tabla 9 Ideación paranoide.....	81
Tabla 10 Sintomatología TLP.....	82
Tabla 11 Dependencia	83
Tabla 12 Ansiedad	84
Tabla 13 Intimidad.....	85
Tabla 14 Apego.....	86
Tabla 15 Pruebas de normalidad	87
Tabla 16 Correlación entre Apego y Sintomatología TLP	87
Tabla 17 Correlación entre las dimensiones de Sintomatología TLP y las dimensiones de Apego.....	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ficha técnica BSL-23.....	63
Figura 2. Alfa de Cronbach del BSL-23.....	64
Figura 3. Prueba de KMO y Bartlett	65
Figura 4	67
Figura 5. Matriz de operacionalización de la variable trastorno límite de la personalidad.	70
Figura 6. Matriz de operación de la variable apego.	71
Figura 7. Edades agrupadas	73
Figura 8. Nacionalidades.....	74
Figura 9. Miedo al abandono.....	75
Figura 10. Relaciones inestables	76
Figura 11. Impulsividad	77
Figura 12. Suicidio.....	78
Figura 13. Inestabilidad afectiva.....	79
Figura 14. Ira.....	80
Figura 15. Ideación paranoide.....	81
Figura 16. Sintomatología TLP	82
Figura 17. Dependencia. Nota. Se precisa los niveles de dependencia, correspondiente a la dimensión del apego.....	83
Figura 18. Ansiedad	84
Figura 19. Intimidad. Nota. Se precisa los niveles de intimidad, correspondiente a la dimensión del apego.	85
Figura 20. Apego.....	86
Figura 21. Matriz de consistencia.....	105

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es bastante complejo, caracterizado por sus emociones intensas y la dificultad para mantener relaciones sólidas y estables con los demás; diversos autores han tratado de encontrar un origen, no obstante, debido a la existencia de diferentes factores que predisponen el TLP no se ha logrado encontrar una sola causa. Por esta razón, este estudio relaciona los síntomas del TLP con el apego, por lo que el objetivo de la investigación es analizar la relación entre los síntomas del TLP y el apego. Para esto, se contó con la participación del grupo femenino TLP-Borderline de Latinoamérica, grupo privado de Facebook. Asimismo, se tuvo una muestra de 300 personas, integrantes de dicho grupo entre las edades de 18 a 35 años. Para la estadística se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para determinar la normalidad de la muestra, los resultados mostraron una no normalidad y por lo tanto se procedió a utilizar estadísticos no paramétricos, en este caso, la prueba de correlación de Spearman. Los resultados de la investigación evidencian que el 81.3 % de las encuestadas presenta un nivel de sintomatología alto y el 18.7 % muestra un nivel de sintomatología medio. Además, el 51 % de las encuestadas presenta un apego ambivalente; el 28 %, un apego evitativo; y solo el 21 %, un apego seguro. También, se observa que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r = -.194$; $p = 0.000$, $p < 0.05$). entre apego seguro y sintomatología TLP, eso quiere decir que, ante el incremento de sintomatología, el apego seguro disminuye. Por tanto, se concluye que existe una relación significativa entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego.

Palabras clave: personalidad, trastorno de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, apego, apego adulto.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) is quite complex, characterized by intense emotions and difficulty maintaining strong and stable relationships with others; Various authors have tried to find an origin, however, due to the existence of different factors that predispose BPD, it has not been possible to find a single cause. For this reason, this study relates BPD symptoms to attachment, so the objective of the research is to analyze the relationship between BPD symptoms and attachment. For this, the female group TLP-Borderline from Latin America, a private Facebook group, participated. Likewise, there was a sample of 300 people, members of said group between the ages of 18 and 35 years. For statistics, the Kolmogorov - Smirnof test was used to determine the normality of the sample, the results showed non-normality and therefore non-parametric statistics were used, in this case, the Spearman correlation test. The results of the research show that 81.3% of the respondents have a high level of symptoms and 18.7% show a medium level of symptoms. In addition, 51% of the respondents have an ambivalent attachment; 28%, an avoidant attachment; and only 21%, a secure attachment. Also, it is observed that there is a significant, inverse and weak correlation ($r = -.194$; $p = 0.000$, $p < 0.05$). between secure attachment and BPD symptoms, this means that, given the increase in symptoms, secure attachment decreases. Therefore, it is concluded that there is a significant relationship between the symptoms of borderline personality disorder and attachment.

Keywords: personality, personality disorder, borderline personality disorder, attachment, adult attachment.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP), durante los últimos treinta años, ha sido y es uno de los trastornos de mayor interés por parte de investigadores y clínicos dentro del campo de la salud mental (Serván, 2018). Esto a causa de que el TLP es un trastorno que llama la atención no solo de investigadores o clínicos, sino también de cualquier otro tipo de persona no ligada al rubro de la salud por su complejidad y la forma en las que se presenta. Al ser un trastorno de personalidad (TP) tan complejo ha sido considerado por diversas perspectivas, tal como lo menciona Servan en el 2018, donde cita a diferentes autores, entre ellos esta Kemberg (2019), quien consideraba el TLP como una personalidad fronteriza entre la neurosis y psicosis; por otro lado, Grinker (1968) lo considera síndrome clínico; mientras que Spitzer (1979) lo toma como un trastorno y Cancrini (2007) lo considera como un nivel de funcionamiento intra e interpersonal con diferente umbral de activación individual. Otros autores como Bergeret (2005) y Heinrich (1997) prefieren describirlos como estructuraciones de la personalidad

Este TP es uno de los trastornos más resaltantes dentro de la psicopatología, puesto que las personas que lo poseen viven constantemente en una montaña rusa de emociones, mostrando un patrón de comportamiento donde todas las situaciones las perciben con mayor intensidad; un día pueden estar en el cielo y en muchos otros en el infierno, metafóricamente; así como un día pueden adorar a su pareja, pero al otro día pueden llegar a sentir que la odian. La intensidad e inestabilidad de sus emociones, describen muchos de los rasgos del TLP, que es un síndrome heterogéneo y difícil de delimitar con precisión al actuar, dependiendo el momento que vive la persona, debido a que sus reacciones explosivas están asociadas a la ira y la impulsividad que poseen, en

donde la persona con este diagnóstico no es capaz de controlar; sin embargo, al recordar la situación se sienten destrozados y con remordimiento, pero este descontrol de emociones volverá a pasar una y otra vez (Abarca, 2021).

Según el DSM-V, este TP es uno de los focos más resaltantes dentro de la psicopatología, caracterizado por su inestabilidad en las relaciones interpersonales, comportamentales y emocionales (APA, 2013). Hallazgos de diversos autores sugieren que el TLP consiste en la desregulación emocional y disfunción relacional; a consecuencia de esto, se presentan características tales como inestabilidad relacional, impulsividad y deficiencia para modular la respuesta emocional, lo que produce comportamientos autodestructivos, como autolesiones, intentos suicidas, consumo de sustancias psicoactivas, comportamiento sexual de riesgo e imprudencia, etc. (Chapman, 2019).

Linehan (1981-1987) (citado en Arias, 2017) presentó una terapia para pacientes con TLP, terapia dialéctica conductual, consideraba que el TLP es una disfunción dentro de la regulación emocional; creía que esta disfunción era la responsable de las reacciones y los actos impulsivos del paciente. Al mismo tiempo, Linehan añadió que los progenitores invalidaban sus emocionales, por tanto, recibían una inadecuada educación emocional y que, además, asumían una actitud despectiva y castigadora relacionado a lo que sentían. Estas actitudes, conjuntamente con los miedos realistas que presentaban los TLP de no ser capaz de controlar sus intensas emociones, le impiden tolerar emociones fuertes durante un tiempo suficiente como, por ejemplo, el duelo por la pérdida de un ser querido (Arias, 2017).

Es común que personas con este trastorno necesiten de las emociones para sentirse vivos, a consecuencia de esto, necesitan sentirse engolondrinados, queridos y, a su vez, esta sensación los hace sentir alegres, animosos, al menos cuando se encuentran en un estado emocional positivo. Sin embargo, al tratarse de un trastorno lleno de emociones turbulentas, cuando presentan un estado emocional negativo, este se asocia con altas tasas de suicidio, graves autolesiones, deterioro dentro de sus relaciones interpersonales y en sí, en su desempeño con la sociedad. Personas con este diagnóstico pueden experimentar diferentes situaciones altamente significativas como cambios de humor, pérdida de confianza en sí mismo y en los demás, comportamiento impulsivo y de autodestrucción, desenfreno en el uso de sustancias, en muchos casos, enorme sensibilidad, miedo al abandono, a ser rechazado y a la opinión de los demás (Abarca, 2021).

Si se analiza la causa por qué surge el TLP, esta resulta ser compleja y actualmente no se conoce un factor principal sobre un desencadenante dentro de su desarrollo, sin embargo, tomando en consideración la etiología del trastorno, se han visto involucrados distintos factores, los más resaltantes son la fragilidad genética, el cambio de los neurotransmisores, el apego, los traumas infantiles y la disfunción neurobiológica.

Actualmente, el conocimiento que se tiene sobre la etiología del TLP resulta controversial, puesto que existen diferentes factores etiológicos, tales como los siguientes: “Genético bioquímico, neuroanatómicos, neuropsicológicos y psicosociales” (Arias, 2017, p. 3). Producto de ello, este estudio relaciona al TLP con uno de los factores psicosociales, el apego; puesto que el primer contacto del ser humano es con sus progenitores, es ahí en donde se empieza a formar un tejido emocional; de esta manera,

el apego que el infante establezca con sus progenitores va a incidir en el futuro desarrollo emocional. El apego se da de dos maneras: seguro o inseguro, donde el apego inseguro se subdivide en tres, ambivalente, evitativo y desorganizado (Abarca, 2021).

Por otro lado, las escasas investigaciones dentro de nuestro país forman parte de la motivación de la autora de esta investigación por profundizar el tema planteado; dado que las investigaciones que se encuentran publicadas, si bien investigan el TLP, no la relacionan con el apego o en muchos casos trabajan estas variables de manera independiente y en otros no se investiga los factores vinculados al TLP.

El estudio se realizó mediante dos instrumentos psicométricos válidos y fiables, cada uno de los instrumentos miden las variables planteadas en esta investigación, TLP y apego. Para el TLP, se utiliza el BSL-23, evaluación psicométrica del TLP, elaborado por “Soler, Vega, Feliu, Trujols, Soto, Elices, Ortiz, Pérez, Bohus, Pascual, mostrando niveles adecuados de validez y fiabilidad. En cuanto al apego, se utiliza la Escala de Apego Adulto, en la cual se consideran los estilos de apego seguro, evitativo y ambivalente, este instrumento fue creado por Collins y Read, y fue validado en una población cajamarquina por Franco en el 2019.

Ambos instrumentos mencionados fueron aplicados de manera *online* a las integrantes del grupo femenino TLP-Borderline de Latinoamérica, y se contó con la participación de 300 mujeres entre las edades de 18 a 35 años. Asimismo, se utilizó una muestra no probabilística intencional, el tipo de investigación es correlacional y cuenta con un diseño no experimental transversal de tipo correlacional.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

La investigación cuenta con cuatro capítulos, seguido de la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias y los anexos. Dentro del primer capítulo se coloca el planteamiento del estudio, en donde se diseña por qué se está realizando el estudio del tema, también se plantean las preguntas de investigación, los objetivos y la justificación.

En el segundo capítulo se encuentra el marco teórico o conceptual, dentro de esta sección, se plantean investigaciones de los últimos cinco años en relación con el tema, del mismo modo se considera conceptos relevantes para la investigación, consignadas en las palabras clave.

En cuanto al tercer capítulo, se señala la metodología, donde se detallan las hipótesis, el tipo de investigación, la población, la muestra (criterios de inclusión y exclusión para el estudio), los instrumentos utilizados para cada variable, el tipo de recolección de datos, los aspectos éticos que se tomaron en consideración y la técnica usada para el análisis de los resultados.

Posteriormente, el capítulo cuatro recopila todos los resultados de esta investigación, en donde se encuentran las tablas y figuras (cada una con su interpretación) recolectadas en el SPSS-25.

Por otra parte, en la discusión de resultados, se señalan los más relevantes, tanto de este estudio como de otros similares, considerando la bibliografía recabada, efectuando así un análisis completo del estudio presentado. Posteriormente, se

presentan cuatro conclusiones, cada una de ellas respondiendo a los objetivos, tanto el general como los específicos. En cuanto a las recomendaciones, se brinda algunas acotaciones para futuras investigaciones en relación con el tema. Finalmente, en la última sección de esta investigación, se colocan la bibliografía utilizada en este estudio y los anexos que la complementan.

Los alcances de este estudio se proyectan a que dentro de la región Arequipa se genere más investigaciones sobre el TLP, además que sea usada como punto de partida para continuar investigando este trastorno a beneficio de las personas que lo padecen. Este trastorno, que no es ajeno a la realidad y merece más visibilidad, por lo que se pretende realizar un programa de intervención para personas con este diagnóstico.

Las limitaciones de este estudio se basaron en los antecedentes, ya que si bien se estudia el TLP, son muy pocos autores que la relacionan con el apego o los factores psicosociales como tal, pues en la mayoría de investigaciones se realiza un estudio de caso, incidencia en los centros de salud mental, relación con sustancias psicoactivas, inteligencia emocional, trastornos alimenticios, etc.; por lo que son pocos los estudios que detallan los factores asociados a este trastorno. Otra de las limitaciones tuvo como protagonistas a las miembros del grupo femenino TLP-Borderline de Latinoamérica, si bien se tuvo la autorización de la administradora del grupo, las participaciones en la investigación fueron voluntarias.

Capítulo I: Planteamiento del estudio

Al nombrar el trastorno límite de la personalidad (TLP), en múltiples ocasiones lo relacionan con constantes cambios en el estado de ánimo, conducta y vínculos inestables, pese a no conocerse una causa exacta para este trastorno de personalidad (TP) se le puede atribuir una relación con el apego. Ainsworth (1979) muestra uno de los aportes teóricos que resaltan los lazos afectivos entre el infante y los progenitores, esta es la teoría del apego. A través de los años, esta teoría se ha ido enriqueciendo y considera que uno de los focos fundamentales dentro de la conducta del individuo es aquella experiencia que tuvo dentro de los primeros años de desarrollo, pues le permitirán concebir una determinada exploración en distintos ambientes.

Considerando la teoría del apego, la familia es una pieza clave dentro del rompecabeza de la construcción de la personalidad, en caso no exista una unión familiar y se presenten conflictos frecuentes, poca o nula relación con los progenitores, la persona, mostrará incapacidad para experimentar una adecuada percepción de su mundo exterior (Pérez y Martínez, 2015).

Autores como Zanarini, Frankenburg y Reich (2011) han asociado a este TP con el apego inseguro, dado que en el estudio "Insuficiencia biparental en las experiencias infantiles de pacientes borderline" se muestra que "solo el 6-8 % de los pacientes con TLP se codifican con apego seguro. Por otro lado, Fornagy, Target y Gergely (2003), sugieren que el TLP está relacionado a los efectos adversos propios del apego inseguro y/o desorganizado, como los que son los siguientes: "Baja autoestima, sensación de desprotección constante, crítica constante hacia uno mismo, ansiedad, somatizaciones,

miedos frecuentes, incapacidad para regular sus propias emociones, dificultad para ser empático, inseguridad, mayor probabilidad de desarrollar una adicción y en algunos casos, dependencia emocional” (p. 21), debido a que muchas de las personas TLP describen una tensión y malestar familiar.

Por ello, la CIE-10 (OMS, 1992) denomina como síntomas más comunes para este trastorno a la inestabilidad emocional, los sentimientos de inutilidad, la inseguridad, la impulsividad y las dificultades para relacionarse con otro. A consecuencia de esto, el individuo diagnosticado con TLP evidencia un deterioro en su autoimagen, mostrando dificultades para manejar sus emociones. Estos síntomas, en ocasiones, son debido a un profundo temor a ser abandonados, debido a que muestran poca tolerancia a la soledad. Por tanto, es importante rescatar que muchos de estos pensamientos son producidos por algunos esquemas y/o creencias que vienen desde la infancia, a esto se le suma la mentalización, propuesta por Fonagy (1999), citado por Pinedo y Santelices (2006), quien la describe como la habilidad de poder deducir aquellos anhelos, metas y planes significativos de todo el entorno del individuo, adaptando pensamientos y necesidades a uno mismo y estos se ven reflejados a lo puedan querer más adelante.

En consecuencia, resulta relevante establecer un vínculo de apego saludable para que posibilite un óptimo desarrollo en el individuo en su vida adulta, dado que al no estar presente este vínculo es probable que se cree problemas dentro del desarrollo de la personalidad, que afectarán en las relaciones sociales y en el comportamiento del individuo. Por lo expuesto, se pretende hallar la relación entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021), para esto, se ha consignado las siguientes preguntas:

1.1. Pregunta general

¿Cuál será la relación entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021)?

1.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es el nivel la sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el grupo femenino TLP-Borderline (2021)?
- ¿Cuál es el tipo de apego que presenta el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021?
- ¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y las dimensiones de apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021)?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

- Identificar los tipos de apego que presentan las participantes con sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).
- Establecer la relación entre las dimensiones de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y las dimensiones de apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

1.4. Justificación

Hoy en día, según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), el 5 % de toda la población mundial tiene TLP, y con mayor incidencia la población femenina, adicionalmente la pandemia ha generado estragos significativos en la salud mental.

Para esta organización, la salud mental es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 1). No obstante, este estado de bienestar completo, que menciona la OMS, no se da solo; pues cuando un individuo nace se ve sujeto a diversos factores, uno de estos es el factor familiar que jugará un papel importante dentro de este bienestar completo.

El desarrollo de esta investigación es idóneo, debido a que hasta el día de hoy se han presentado escasas investigaciones que relacionen estas dos variables y al ser dos necesidades latentes, necesitan mayor visibilidad dentro del campo clínico. Morante (2017) menciona que las experiencias negativas de la infancia pueden generar factores de riesgo para el TLP y al reportarse diariamente a niños y niñas en estado de abandono a nivel mundial. Además, estas estadísticas que no son ajenas en el Perú. Por tanto, se

podría prevenir la incidencia del TLP en esta población, con un estudio precedente, que resultará en provechoso para su prevención y tratamiento.

Tomando como referencia este concepto, la familia es una semilla vinculada con la protección y lazos emocionales del individuo; a su vez, es el principal estresor, esto dependerá de la relación que se maneje. Por tanto, es necesario comprender que el apego está asociado a alteraciones conductuales y socioemocionales.

Si bien el apego inseguro puede desencadenar un TP, entonces ¿por qué estudiar el TLP en relación con el apego? Dentro del estudio de Zanari, Young y Frankenburg (2002), se ha demostrado que pacientes con TLP informan eventos negativos durante su periodo de infancia, tales como los siguientes: traumas infantiles, negligencia por parte de sus cuidadores/progenitores, etc. A este estudio, se le suman Yen, Shea y Batte (2002), en donde resaltan que estos eventos negativos: “Son más frecuentes en pacientes con TLP”, que en el resto de trastornos de personalidad (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011, p. 10). Además, Frías, Palma, Farriols, Gonzales y Horta (2016) realizaron un estudio sobre “El papel mediador del apego ansioso entre el abuso emocional y la aparición de TLP”, con el objetivo de diferenciar a pacientes con TLP y otros trastornos de la personalidad en relación con el trauma infantil y el apego, en donde concluyen que las diversas formas de trauma infantil y abuso emocional tienen un gran papel en el desarrollo del TLP, a diferencia del resto de trastornos de la personalidad. Además, los resultados también sugieren que el apego ansioso ayuda a explicar el porqué del trauma emocional puede aumentar el riesgo de TLP. Ante esto, Frías et al. sugieren estudios de otros mecanismos mediadores, como el de la regulación emocional; partiendo de esta sugerencia, un estudio reciente propuesto por Erkoreka, et. al (2021),

quienes investigaron sobre “La ansiedad por el apego como mediadora de la relación entre el trauma infantil y disfunción de la personalidad en el TLP”. Los resultados reflejan que el apego ansioso ocurre por el abuso emocional y la desregulación emocional, “refiriéndose a las emociones y relaciones inestables, mayor intensidad y reactividad de la expresión emocional, necesidad de dependencia y un sentido inestable y fragmentado del yo” (Erkoreka, et al., 2021, p. 6), que es la característica primordial del TLP, siendo incapaces de controlar y modular su propio estado afectivo. Tomando como referencia estos estudios, además del complejo trastorno y su alta prevalencia, resulta de interés dilucidar la relación que existe entre el TLP y el apego.

Esta investigación cuenta con relevancia, puesto que tiene un valor teórico que partirá de la teoría del apego, tomando en cuenta diversas investigaciones significativas relacionadas a esta variable y con el TLP. Los resultados tendrán un valor práctico debido a las implicaciones a nivel preventivo y terapéutico. Pues en la reciente investigación de Chanen, Nicol, Betts y Thompson (2020), evidencian que la detección e intervención temprana del TLP, lleva consigo resultados efectivos. Tomando en cuenta esto, la autora de la investigación considera que el conocimiento profundo del factor etiológico del TLP es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuado, pues lo que puede funcionar para uno no va funcionar para todos. Para que así, aquellos que hubiesen sufrido algún tipo de evento negativo durante las primeras etapas de vida, se pueda desarrollar un plan de tratamiento centrado y lograr provecho a corto, mediano y largo plazo.

Capítulo II: Marco Teórico o Conceptual

2.1. Antecedentes de Investigación

2.1.1. Regionales

Dentro de la región Arequipa, se encontraron las siguientes investigaciones, tales como la de Prado (2015), denominada “Factores asociados a pacientes con trastorno límite de la personalidad hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014”, donde tuvo como objetivo determinar los factores asociados al TLP en pacientes hospitalizados dentro del servicio de psiquiatría en dicho hospital, tomando en cuenta los años 2011-2014. Dentro de la metodología, se empleó la técnica de la observación documental, además se utilizó una ficha de recolección de datos de los casos de hospitalización que cumplían los criterios de diagnóstico del TLP. Los resultados registraron 71 casos, con un incremento de pacientes TLP de 35 casos el 2014; dentro de estos casos, se han evidenciado antecedentes de abuso sexual y casos de violencia física. Por ello, se concluye que existe un aumento en cuanto a la frecuencia de hospitalizaciones por TLP.

Denegrí (2018) realizó el estudio denominado “Características psicosociales en personas con trastorno límite de la personalidad”, donde tuvo por objetivo principal el “elaborar una construcción teórica de las características psicosociales vinculadas a personas con trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva de estudio de caso” (p. 10). Dentro de la metodología utilizó “el estudio de caso, validándose de un tipo de muestreo típico, muestra total de 7 personas al servicio de psiquiatría, significativa para describir, analizar y comprender las características psicosociales del trastorno” (p. 3).

Los resultados de la investigación de Denegrí evidenciaron que “el trastorno se presentó en su totalidad en la muestra de sexo femenino en las edades de 22 y 53 años” (p. 44). Asimismo, en las conclusiones, Denegrí (2018) logra evidenciar que el antecedente de violencia intrafamiliar es un factor sociobiofigura con mayor predisponente, por lo que está asociado a un tipo de familia disfuncional, donde la infancia y la adolescencia fueron dadas de una difícil experiencia, y a esto se relaciona con la violencia sexual. Estas vivencias llevaron a estructurar características psicológicas donde el indicador conductual, emocional y cognitivo se manifiesta con la ideación suicida, la tristeza, la ira, la impulsividad, la dependencia, la ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas, la rigidez de pensamiento, etc.

Por otro lado, Hurtado y Pino (2019) estudian el “funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con trastorno límite de la personalidad”, considerando como objetivo el conocer el nexo entre el funcionamiento familiar y la resiliencia en pacientes con TLP. Para esto, obtuvieron una muestra de 30 pacientes diagnosticados, utilizando una ficha de datos personales, la escala de cohesión y adaptabilidad familiar y la escala de resiliencia. En cuanto a los resultados, revelaron que no existe una relación entre las variables planteadas en cuanto a pacientes con TLP. Se concluye que el 90 % de los participantes muestran un nivel alto de resiliencia.

2.1.2. Nacionales

Del mismo modo, se tiene la investigación de Morante (2017) sobre antecedentes de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado al trastorno límite de personalidad en adultos, el cual tuvo como objetivo determinar el antecedente de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a desarrollo de trastorno límite de

la personalidad (TLP) en adultos. Para lo cual, realizó un estudio observacional, retrospectivo y contó con una muestra de 90 pacientes del servicio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Trujillo. Considerando los criterios de inclusión y exclusión, esta muestra fue dividida en dos partes, para el grupo control se utilizó a 60 pacientes de 30 casos. En cuanto a los resultados, el análisis muestra que entre los factores de riesgo está el abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Concluye que el abuso infantil es un factor muy determinante para el desarrollo del TLP en adultos, por ello, están asociados los factores que se ha mencionado en los resultados.

De forma semejante, Almuelle (2017) estudia las representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe, donde “busca describir las representaciones mentales de apego de un grupo de mujeres con TLP” (p. 4) Para lograrlo, evalúa a un grupo de mujeres entre las edades de 18 a 41 años, utilizando instrumentos como el BPQ para el TLP y el CaMir para el apego. Los resultados muestran que el grupo evaluado se caracterizó por tener apego inseguro, teniendo como tipo el apego preocupado y el apego evitativo, además “las participantes evidenciaron representaciones vinculadas al pasado, de sobreprotección como de negligencia en comparación con el ideal teórico del apego. Concluye que no se halló relaciones relevantes entre los prototipos de apego y la sintomatología del TLP” (p. 4).

Asimismo, Zamorano (2017) realiza una investigación denominada “Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad”, contando con una muestra de 50 pacientes mujeres TLP, a quienes se les administraron dos cuestionarios, uno que mide la autorregulación emocional y el

otro que miden los estilos de afrontamiento. Los resultados de dicha investigación revelan que existe una relación entre los estilos de afrontamiento centrados en el problema y en la emoción. Por otro lado, “no se encontraron resultados altamente significativos en cuanto al afrontamiento y la autorregulación emocional y el tiempo de tratamiento” (p. 21).

Finalmente, Vigo (2019) estudia el antecedente de abuso infantil asociado a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite, para esto busca establecer si el abuso infantil se asocia al desarrollo de conductas suicidad en pacientes con trastorno de la personalidad límite (TLP). Para esta investigación, se contó con la participación de 39 pacientes dentro del servicio de psiquiatría del Centro de Salud Mental El Porvenir, utilizando la escala de pensamientos y conductas autolesivas, modificada para conductas suicidas y también utilizó el cuestionario de trauma infantil. Entre los resultados se encontró que el 67 % de los pacientes evaluados mostraban antecedentes de abuso sexual infantil y negligencia emocional, y están asociados a las conductas suicidas del paciente TLP. Se concluye que tanto los antecedentes de abuso físico, abuso emocional y negligencia física no se asocian a las conductas suicidas en pacientes con este trastorno.

2.1.1. Internacionales

Una de las investigaciones internacionales que llama mucho mi atención es la de Vaquero (2018), titulada “Apego y rasgos límites de la personalidad, el papel mediador de la regulación emocional”, que consiste en evaluar el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional en personas con rasgos límites. Este estudio tuvo una muestra de 47 pacientes diagnosticados con TLP del Complejo Asistencial Universitario de

Palencia; a quienes se les administraron dos instrumentos, CaMi-R, la entrevista diagnóstica revisada para pacientes con TLP y la escala de obstáculo en la regulación emocional. Los resultados de la investigación asocian el TLP y el apego inseguro, en donde se evidencia la sintomatología límite, vinculándolo con el área afectiva y obstáculos dentro de la regulación emocional. Las conclusiones destacan las dificultades emocionales entre los estilos de apego y la sintomatología del TLP, donde es más prevalente el apego desorganizado y el apego ansioso-ambivalente.

De la misma forma, Guido (2019) investiga sobre el apego desorganizado y trastorno límite de la personalidad, tuvo como objetivo analizar la relación entre el apego desorganizado y el TLP, el estudio fue descriptivo, en donde se buscó la mayor información sobre el tema, tomando en consideración teoría importantes y destacadas en cuanto al apego y el TLP, Los resultados identificaron los déficits asociados al apego desorganizado y que las experiencias tempranas son determinantes para individuos con TLP.

Investigadores como Hiraoka, Crouch, Wagner, Milner y Skowronski (2016) realizaron una exploración denominada "Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential" (Características de la personalidad límite y déficits en la regulación emocional asociados con potencial abuso física de niños), contaron con una muestra de 106 padres, además se usó el autoinforme con características típicas del TLP como el riesgo de abuso infantil y las dificultades de regulación de las emociones. Los resultados mostraron que estas características son mucho más frecuentes en padres con riesgo significativo a abuso infantil. Finalmente, se

concluyó que aquellos padres clasificados con alto riesgo de abuso infantil presentaban características elevadas de TLP.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Trastorno de la personalidad

El comportamiento es variable, en determinados momentos la persona actúa de manera lógica, algunas veces inflexible o desconfiada ante diversos estímulos de nuestro exterior; en ocasiones procedemos de manera impulsiva, agresiva o sumisa, nuestra conducta es variable y no siempre obramos de manera positiva. Por esta razón, este comportamiento no solo nos afecta a nosotros mismos, sino que también a las personas que nos rodean. No obstante, estas conductas se verán limitadas en tiempo, es decir, que su duración será breve y concreta. En cambio, existen personas que no corren con esta misma suerte y son aquellas que poseen algún trastorno de la personalidad (TP). A diferencia de las personas que no poseen ningún TP, este tipo de individuos mostrarán una conducta prolongada a lo largo de sus vidas y muchos de ellos harán de esta conducta la autodestructiva (Caballo, 2004).

2.2.1.1. Historia del trastorno de la personalidad

El término trastorno de la personalidad (TP), antiguamente, se ha utilizado de manera despectiva como parte de una exclusión diagnóstica, pues era una manera de etiquetar a aquel individuo que era difícil de tratar y en ocasiones se tornaba irritable. El TP no se consideró como diagnóstico hasta el siglo XIX, pese a que Galeno dio algunos indicios. No fue hasta finales del siglo XVIII y XIX que Bénédict, Pinel y Koch postularon que los TP eran trastornos neurodegenerativos. En donde Prichard acuñó el término

locura moral, este era una alteración del comportamiento. Y no fue hasta Schneider que se dio una clasificación formal del TP, este describió una frase bastante confusa, “aquellos con trastornos de la personalidad sufren debido a su trastorno y también hacen sufrir a la sociedad”, pese a que resultaba bastante ambigua, en la actualidad, se puede relacionar con muchos de los TP actuales (Tyrer, Reed & Crawford, 2015, p. 23).

2.2.1.2. Definición del trastorno de personalidad

Muchos investigadores han tratado de desarrollar criterios que separan lo normal de lo patológico, en donde se ha considerado características vitales como “el acto, el tiempo y la intensidad” (Millon, 2016, p. 290) de las conductas que presenten; la intensidad de dichas características influenciará en la adquisición de “rasgos patológicos o el desarrollo de rasgos adaptativos” (Millon, 2016, p. 291).

Partiendo de este punto, aquellos individuos que muestren capacidades para lidiar con su medio exterior de manera flexible, cómoda con sus percepciones y comportamientos mostrarán que poseen una personalidad saludable o normal. Si por el contrario este individuo muestra inflexibilidad, incomodidad consigo mismo y con su medio exterior y estos, a su vez, reducen las oportunidades y desarrollo personal, entonces se evidenciaría un patrón patológico o desadaptativo.

Los TP es una condición psiquiátrica comúnmente experimentada por el 5 a 15 % de la población a nivel mundial. Esta condición aparece durante la adolescencia o durante la edad adulta temprana, interrumpiendo actividades diarias, además, causa angustia en quienes lo padecen. Al igual que aquellas enfermedades mentales, las personas con un TP experimentan un impacto destructivo por el estigma social, además

de presentar síntomas problemáticos producto de la enfermedad (Sheehan, Nieweglowski y Corrigan, 2016).

Los TP se caracterizan por ser alopáticos, es decir, que son capaces de adaptarse a su medio exterior y poder modificarlo, también son egosintónicos; en otras palabras, el individuo se siente en conflicto con sus valores y creencias, pues concibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, y llega a creer que no tiene el control de la manera como es y cómo se comporta (Prado, 2015).

El DSM-IV define los rasgos de la personalidad como “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (APA, 2013, párr. 4).

Por otro lado, el DSM-IV-TR establece que “solo se considera trastorno de personalidad cuando los rasgos de son inflexibles, desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o angustia subjetiva” (Trull, 2010, p. 412).

Sin embargo, el DSM-V 5° edición, define al TP como los siguientes:

Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, (...) y da lugar a un malestar o deterioro (p. 645).

En pocas palabras, un TP es un patrón repetitivo de comportamiento diferente a las expectativas de la sociedad, que se presenta de manera inflexible y desadaptativa,

se expresa a inicios de la adolescencia o a inicios de la etapa adulta temprana, y se da a lo largo de la vida del individuo, dando lugar a un malestar y deterioro personal.

Los once tipos de diagnósticos descritos en el DSM-5 se clasifican en tres grupos de acuerdo a la similitud de sintomatología. Los trastornos de personalidad del clúster A, se distinguen por su excentricidad, incluyendo los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico. Dentro del clúster B, los TP se caracterizan por la emocionalidad o imprevisibilidad, incluyendo los trastornos antisociales, límite e histriónico. Finalmente, en el clúster C, los trastornos se distinguen por características ansiosas., como la evasiva, dependiente y obsesivo compulsivo (Sheehan et al., 2016).

Los TP más comunes son los del clúster B, con una prevalencia aproximada del 5,5 %, mientras que el clúster A y C son menos comunes con una prevalencia de 2.1 y 2.3 %. (Trull, Jahng, Tomjo, Wood & Sher, 2010).

2.2.2. Impacto de la COVID-19 en la salud mental

La humanidad, a través de los años, se ha tenido que enfrentar a diversos problemas, tales como desastres naturales o producidos por la misma mano del hombre, plagas y enfermedades letales que costaron la vida a parte de la población. Las pandemias mundiales, lamentablemente, tienen características particulares, como crear un desajuste masivo y generalizados en distintos aspectos de la vida del hombre, instaurando confusión, miedo, incertidumbre y la muerte de muchos seres queridos. Del mismo modo, se relaciona con incontables estresores sociales, como el hacer un ajuste en la rutina diaria, separación de amigos y familiares, pérdida de empleo o inestabilidad en los mismos y aislamiento social.

A pocos meses de la aparición de la COVID-19, y ya denominada como pandemia mundial, se han publicado diversas investigaciones sobre el tema, relacionándolo con diferentes ámbitos, uno de ellos fue la relación de este virus y la tan importante salud mental. La reacción de las personas a nivel emocional y conductual ha sido muy marcada por una cuantiosa parte de la población en general. Para poder entenderlo mejor, Martínez (2020) menciona que existen dos factores determinantes en relación con la COVID-19 y la salud mental.

El primero tiene que ver con la pérdida de empleo, ante esto, hay referencias estadísticas de Pew Research Center (2020), quien detalla que de “6.2 millones de desempleados en febrero, aumentó a 20.5 millones hasta mayo” (p. 144). Incluso, antes de la pandemia, se creía que el mayor número de desempleados fue en la llamada Gran Recesión del 2007 al 2009, sin embargo, en menos de 3 meses, el 2020 subió al 14.4 % (Koshhar, 2020). Para la autora, este dato es de suma importancia, puesto que diversos estudios relacionan el desempleo con bajos niveles de salud mental. No yendo tan lejos, en el 2019 Forbes y Krueger realizaron una investigación entre los años del 2003 al 2013 sobre “El impacto de la depresión en personas que perdieron su empleo”, donde expusieron que esta población presentó niveles altos en “Ansiedad generalizada, pánico, depresión y uso problemático de sustancias” (p. 12). A esto se le suma Crayne (2020), quien menciona que la pérdida de empleo no solo se basa en la estabilidad financiera, sino que, para muchas personas, el trabajo es un motivo para sentirse vivos, donde sienten ese compañerismo y bienestar. Además, menciona que esta pérdida del empleo puede resultar para muchos un evento traumático y el hecho de que la persona busque

inmediatamente un nuevo empleo y al no encontrarlo, se evidencia frustración y ansiedad (Martínez, 2020).

El segundo lo relaciona con el impacto negativo del aislamiento y distanciamiento social, pues en el estudio de Tull, Edmonds, Scamaldo, Richmond, Rose y Gratz (2020), quienes utilizaron una muestra de 500 personas de EE. UU. dieron como resultado que aquellas sí cumplían con las disposiciones del Gobierno para evitar el contagio, presentan más ansiedad por las preocupaciones financieras y por sentirse solos. Se cree que la privación de relaciones interpersonales, hizo que “los trastornos de ansiedad y depresión broten o empeoren” (p. 2).

Esta pandemia no solo ha afectado en la salud física de las personas, sino también en la mental; en el estudio que realiza Martínez (2020) se concluye que los trastornos psiquiátricos han ido en aumento, afectando a niños, adolescentes y adultos. Donde la tasa de trastornos mentales es aún más alta en personas que dieron positivo a este virus y a los trabajadores de la salud, pues día a día se enfrentan trabajando con este tipo de pacientes.

A esto se suma Jeff (2020), quien menciona que “la cuarentena incrementa la posibilidad de problemas psicológicos y mentales, principalmente por el distanciamiento entre personas” (párr. 6). Por otro lado, este aislamiento social no solo hace que los trastornos aparezcan o resalten más, sino que redujo las intervenciones psicológicas o psiquiátricas oportunas, haciendo que el caos mental invada a muchas personas.

2.2.2.1. COVID-19 y salud mental en el Perú

Nuestro país no fue ajeno a esta pandemia, cuando se dio a conocer los primeros casos de COVID-19 en nuestro país, se tomó medidas para poder frenarlas; una de estas fue el confinamiento. Lamentablemente al ser un virus nuevo cobró muchas vidas. Tanto en noticias televisivas, radiales o diarios, se mostraban día con día el número de personas infectadas por departamento, las muertes, los pacientes dados de alta, etc. Casi todo el 2020, las estadísticas que mostraba el Minsa eran bastantes altos, preocupantes y desalentadores; al día de hoy, si bien sigue habiendo pacientes en camas UCI, positivos a la COVID-19, etc., la letalidad del virus en Perú está en 9.17 %, contando con 2,173,354 contagiados (Minsa, 2021); aunque las cifras no son tan alentadoras, a inicios de pandemia eran aún mayores.

Es a raíz de esta pandemia que se empezó a dar más importancia a la salud mental; ante esto, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) del Ministerio de Salud (Minsa, 2021, párr. 3) manifiesta que el “52.2 % de la población limeña sufre de estrés moderado a severo, a consecuencia de la pandemia”; es así que el INSM durante el 2020 tuvo un incremento del 12.07 % de atenciones a causa de esta pandemia, resaltando lo siguiente:

En 39 años de creación, esta institución ha brindado un total de 951 502 atenciones médicas. De este universo, 204 481 se realizaron mediante consulta externa y 58 135 a través del Servicio de Emergencia en el último quinquenio 2017-2021, con corte hasta abril (párr. 10).

A consecuencia de esto, en Perú, se ha implementado medidas para cuidar la salud mental, dentro de este plan se menciona la ansiedad, el estrés, la depresión, los vínculos familiares y las relaciones interpersonales; sin embargo, no se hace mención a los trastornos de personalidad.

El último estudio encontrado sobre la prevalencia del TLP en el Perú fue en el 2008, un análisis que se realizó en el Hospital Hemilio Valdizán, mostrando que solo en febrero se atendió a 49 pacientes con este diagnóstico; esta investigación, evidenció que estos pacientes representaban el 1.94 % de los 2524 pacientes atendidos de dicho mes, en donde el Minsa (2008) refirió que “es el único trastorno de la personalidad con una cantidad suficiente para aparecer en las encuestas” (p. 2). Además, dentro de este estudio, se encontró que “el 2.76 % de 181 pacientes hospitalizados presentan TLP” (Minsa, 2008, p. 2). Asimismo, el 2.86 % de 385 de pacientes que ingresaron a hospitalización ese año, presentaban tal diagnóstico (Saravia, 2011).

Este último dato encontrado evidencia que, dentro del Perú, este diagnóstico no es ajeno a los establecimientos de salud mental, sin embargo, no se le está dando la debida importancia, además de que al ser un estudio del Minsa 2008, es de suponer que, hasta la actualidad, esta cifra fue en aumento.

A esto, Prado (2015), menciona lo siguiente:

La prevalencia de la población media de trastorno límite de la personalidad se estima en 1.6 %, pero puede ser tan alta como 5.9 %. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es alrededor del 6 % en la asistencia primaria, cerca del 10 % entre los individuos observados en pacientes ambulatorios, clínicas de salud

mental y alrededor del 20 % entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad puede disminuir en los grupos de mayor edad (p. 86).

En este contexto, la directora de Alianza Nacional de Educación para el Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP), Edwards (2021), sostiene que el impacto de esta pandemia en personas con TLP y desregulación emocional severa:

El TLP tienen sistemas emocionales que son más intensos y más reactivos que los de la población en general (...), tienden a sentir las cosas con más fuerza que la mayoría de personas (...), relaciones emocionales más fuertes cuando las cosas van mal. Esto hace que su estrés sea mucho más difícil de tolerar, mucho más difícil de procesar (p. 2).

Las noticias sobre la COVID-19 resultan para cualquier persona bastante abrumadoras y estresantes para una persona promedio, lo cual es muy probable que para un individuo con TLP sea el doble de insoportable. Cuando inicio el aislamiento social, muchos centros cerraron, entre ellos los centros psicológicos y psiquiátricos, por lo que muchas personas se quedaron sin contención. Al no tener un tratamiento continuo, las familias fueron el principal apoyo para poder lidiar con el TLP, se sabe que este diagnóstico es difícil de lidiar y apoyarlos es aún más abrumador, pues no se sabe cómo es que van a reaccionar. Y así como la familia fue una fuente apoyo, no todas las personas con este diagnóstico corrieron con la misma suerte, pues se sabe que cada quien tiene sus propios estresores y preocupaciones, en muchos casos también la familia fue el principal estresor y detonante para este trastorno (Edwards, 2021).

Por su lado, el Servicio de salud O'Higgins, Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, aborda los trastornos de la personalidad en tiempos de pandemia, desarrollando una jornada de salud mental enfocada a este trastorno. Concuera que esta situación de pandemia para cualquier persona involucra un estado de incertidumbre y estrés, pues se pierden los soportes de nuestra vida rutinaria. En un apartado, hace referencia a los estados límites en los que viven las personas con trastorno de personalidad, debido a que frecuentemente dependen de la realidad del otro para llevarla a su vida, en este sentido, si observan que una persona cercana no está mostrando niveles emocionales equilibrados, es posible que pierda cierta homeostasis que ya había encontrado, esto quiere decir que la situación con la vivimos actualmente puede trastocar y con esto desencadenar la sintomatología que los caracteriza (Red de salud mental O'Higgins Marchigüe, 2020).

Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y Unicef, revela que 3 de cada 10 niños y adolescentes de entre 6 y 17 años presentaron algún problema de salud mental en el contexto de la pandemia por Covid-19. Estas manifestaciones fueron más frecuentes en aquellos menores cuyos padres presentaron depresión y poca capacidad de sobreponerse a situaciones traumáticas (Chávez, 2021, párr.10).

Asimismo, la Universidad Católica San Pablo (UCSP), en Arequipa (2021), realiza un artículo donde refleja que la adolescencia en tiempo de pandemia es un riesgo para la salud mental, resaltando que "el impacto de la pandemia será un sello definitivo" (párr. 9) para el adolescente y no por el arrebató de la vida social que acostumbraban, sino porque esta situación invadirá aspectos relevantes de su desarrollo y construcción de su

personalidad, de igual forma destacan que no se está tomando en cuenta los riesgos en esta población.

Al respecto, se sabe que el TLP suele manifestarse en la adolescencia, muchas veces tiene comorbilidad con otros trastornos, por lo cual mucha de esta población es diagnosticada en una primera instancia con dicha comorbilidad o con problemas en la conducta. No es fácil de determinar un diagnóstico TLP, debido a que la presentación de su sintomatología es diversa y la clave para muchos especialistas es realizar un buen diagnóstico diferencial (López, 2019).

2.2.3. Trastorno límite de la personalidad

2.2.3.1. Definición

Para el CIE-10 (1994), este TP forma parte de un subtipo del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, este se distingue por tener una alteración de su autoimagen, sentimientos crónicos de vacío, vínculos interpersonales inestables e intensas y sobre todo por su comportamiento autodestructivo, resaltando así la ideación y acción suicida y autolesiones.

Algunos autores están en desacuerdo sobre la denominación independiente del TLP, pues consideran que esta forma parte del espectro del trastorno bipolar. Además, sostienen que la falta de unificación de las teorías de la personalidad y la dificultad de la conceptualización de estos términos han dado como resultado una disputa entre diversos autores en cuanto a aquello que caracteriza dichos trastornos (Perry y Klerman, 1978).

En Perú, Oliver (2015) define al TLP como un “síndrome en el cual predomina la ansiedad libre y flotante, la inestabilidad del carácter, el mal uso de las relaciones

interpersonales, la actitud demandante, los abismos de la valoración de las situaciones” (p. 10). En un sentido más simple, describe al individuo con este trastorno como alguien quien necesita algo de vida o muerte, en donde su estado de ánimo depende mucho y, de acuerdo a la situación en la que se presentan las emociones, abandona, agrade, injuria y desvaloriza.

El TLP posee un principio psicoanalítico, se muestra como un trastorno incierto dentro de la clasificación diagnóstica, aquellos individuos que se mostraban con esta sintomatología, se les consideraba como hostiles e irritables y, de hecho, eran ignorados por los tratantes (Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen y Zanarini, 2018).

Este TP se añade por primera vez al DSM-III en 1980 y se sigue manteniendo hasta la actualidad y está incluido dentro del DSM-V, pese a existir diversas críticas sobre este trastorno. Posterior a esto, el CIE-10 incorpora este trastorno como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, en donde lo divide en dos subtipos, límite e impulsivo (Gunderson, et al. 2018).

Por consiguiente, el TLP se caracteriza por una sensibilidad extrema hacia su medio externo, pues lo percibe como desaires constantes, causándole problemas interpersonales e inestabilidad consigo mismo, presentando así, emociones intensas y fugaces.

2.2.3.2. Epidemiología

A medida que los años transcurren, se evidencian más casos de pacientes con TP y estos son más frecuentes no solo en el Perú, sino que también en el mundo, tal y como la autora lo menciona anteriormente.

Pese a los diversos estudios epidemiológicos que se realizan alrededor del mundo, el estudio epidemiológico de los TP resulta complicado por diferentes factores, una de ellos es la multiplicidad de instrumentos de evaluación para la identificación del trastorno, además de la existencia de una elevada comorbilidad. A esto se suma la dificultad para las comprobaciones de los diversos datos obtenidos por temporalidad y países (Molina, Rubio, Pérez y Carrasco, 2004). La población del TLP en la población en general no es mucho y, aunque sustancialmente no sea mayor, pacientes con TLP presentan mayor incidencia dentro de las clínicas psiquiátricas que el resto de trastornos. De hecho, se tiene una alta prevalencia en todos los entornos de tratamiento (Gunderson, et al. 2018).

Castillo (2015) asocia al TLP con lo siguiente:

El vínculo ambiguo e inestable entre madre e hijo desde el nacimiento, resaltando que este vínculo es uno de los lazos más fuertes de la naturaleza que se evidencia desde el nacimiento y se transforma a lo largo de la vida y es tan importante que marca la personalidad en el desarrollo evolutivo del ser humano (párr. 15).

Lo mencionado por Castillo (2015) tiene base psicoanalítica, pues Kernberg (2015) conecta la etiología y la patología del TLP con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler. Los resultados mostraron que el infante puede distinguir claramente la separación de su madre, esto ocurre aproximadamente entre los 16 y 24 meses de vida del niño. Esto se da, debido a que en este periodo el infante teme a que su progenitora pueda esfumarse, y que le ocasione una angustia intensa, sobre todo cuando no sabe dónde está. Tomando como referencia este punto, se puede decir que los individuos con este diagnóstico reviven esta crisis infantil, siendo incapaces de tolerar los periodos de

soledad y el temor a que lo abandonen son bastante significativos, sintomatología bastante típica en los TLP.

En los últimos años, la literatura mencionó mucho acerca de la relación entre el género y el TLP, lo cual creó mucha controversia y poca claridad (Ruiz y Vairo, 2008). APA en el 2013 calcula que el 2 % de toda la población mundial es diagnosticada con TLP. Además, el 10 % de pacientes son diagnosticados en centros ambulatorios de salud mental y es de resaltar, que además menciona que el 70 % de casos son mujeres, considerándolas como individuos de riesgo y peligro (Pericás, Sánchez y Solé, 2020).

Por tanto, los cuestionamientos sobre el desarrollo de la personalidad se ven influenciados por la existencia de diferentes factores, tales como la raza, la cultura, el ambiente social y las ideologías de género que dan forma a este funcionamiento (Ruíz et al, 2008).

2.2.3.3. Cuadro clínico y diagnóstico

Se ha observado que el TLP se caracteriza por una sensibilidad extrema hacia su medio externo, pues lo percibe como desaires constantes, y que causa problemas interpersonales e inestabilidad consigo mismo, presentando así emociones intensas y fugaces, que se presenta a inicios de la adolescencia o a inicios de la etapa adulta temprana y a su vez, se presenta en una diversidad de contextos.

De acuerdo con el DSM-V (2018), el TLP presenta 9 criterios de diagnóstico. Aquellos individuos diagnosticados con este trastorno, muestran “esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, ya sea real o imaginario” (p. 663) (criterio 1). La forma como percibe el rechazo o la separación da lugar a diversos cambios en cómo se percibe a sí

mismo, en donde esta percepción influirá en su comportamiento. Estos individuos se mueven por el ambiente, es decir, que su manera de actuar y pensar dependerá de un evento o suceso que les esté pasando, es en donde experimentan temores de abandono intenso e ira inapropiada y sus emociones suelen presentarse de manera desadaptativa. Cuando presencian abandono, el concepto que tienen de sí mismos cambia, pues consideran que son “malos”. Esto se relaciona a la intolerancia que tienen a la soledad, debido a su necesidad constante de otros para poder sentirse completos. Estos esfuerzos que hacen para evitar cualquier tipo de abandono, en muchas ocasiones hace que tomen decisiones impulsivas, presentándose así los comportamientos suicidas y conductas autolíticas.

También, se considera que individuos con TLP muestran un “patrón de relaciones inestables e intensas” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 2). Repetidas veces se observa que personas con este diagnóstico idealizan con facilidad a posibles acompañantes, se muestran exigente frente a sus necesidades. A este tipo de personas les resulta sencillo idealizar a alguien, sin embargo, al no cumplir sus demandas, pasan de esa idealización a la devaluación en tiempo récord. Estos individuos cambian su manera de percibir la situación de forma repentina y dramática.

Asimismo, puede existir una “alteración de la identidad caracterizada por una inestabilidad acusada y persistente de la autoimagen o sentido de sí” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 3). Estas personas se caracterizan por los constantes cambios que realizan en su vida y, por lo general ocurren de manera repentina. Estos cambios se pueden presentar a nivel personal y profesional, pues suelen cambiar de opinión sobre un determinado proyecto, carrera, tipos de amigos, creencia, etc., esto provoca inestabilidad

en la forma como se perciben. Por lo general, esto ocurre cuando sienten que no tienen apoyo.

Del mismo modo, presentan “impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 4). Esto se puede presentar de diferentes maneras, ya que pueden apostar perdiendo el control, despilfarrar el dinero sin alguna necesidad aparente, comer sin tener hambre, abuso de sustancias psicoactivas, tener relaciones sexuales arriesgadas o conducir de forma imprudente.

Cabe destacar que, personas con este diagnóstico: “Presentan conductas suicidas recurrentes, gestos o amenazas, o comportamientos de automutilación” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 5). Es característico que individuos con TLP muestren mayor incidencia en comportamientos suicidas y autodestructivos, esta tendencia que presentan, a menudo suele ser la razón por la que familiares o ellos mismo busquen ayuda. Estas acciones suelen ser tomadas de manera precipitada e impulsiva ante situaciones como rechazo, separación, o que la persona a la que idealiza o idealizó, no cumpla sus expectativas. En cuanto a las conductas autolíticas, esta se suele presentar ante experiencias disociativas y esto suele ser un alivio para “dejar de sentir dolor”.

Además, aquellas personas con tal diagnóstico: “Pueden mostrar inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 6). Esto quiere decir que en muchas ocasiones se presentan estados de manía episódica, irritabilidad o ansiedad, en donde su duración es corta, y se dará ante una situación antecedente.

Personas con este trastorno, “pueden ser perturbados por sentimiento crónicos de vacío” (DSM-V, 2018, p. 664) (criterio 7). En ocasiones, sienten que no encajan en un determinado lugar o situación, se aburren fácilmente de los momentos y de los objetos, cambian su manera de percibir su alrededor de forma repentina, haciendo que estos sentimientos se agraven.

Igualmente, “expresan ira inapropiada e intensa o dificultad para control su ira” (p. 664) (criterio 8). Esta emoción puede ser desencadenada por diferentes razones, a menudo suele ser por sentir que algún cuidador o pareja sentimental no le está prestando la debida atención “que debería tener”, y que desencadena esta ira inapropiada, que a menudo va acompañada de vergüenza, culpa y que, a su vez, lleva consigo pensamientos autocríticos como el ser malvados.

Finalmente, muestran una “ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, como la despersonalización” (p. 664) (criterio 9). Por lo general, esto ocurre cuando el individuo se ve expuesto ante un periodo de máximo estrés, lo que provoca esta sensación. Los síntomas suelen ser transitorios y de corta duración. Se hace más evidente ante la respuesta a un abandono, este puede ser real o imaginario (Asociación Americana de Psiquiatría, 2018).

2.2.3.4. Desarrollo y curso del trastorno límite de la personalidad

El estudio de los trastornos psiquiátricos es evolutivo; desde el punto de vista psicológico significa conductas y patologías humanas anormales, dado que se supone que el comportamiento es beneficioso para el mantenimiento y la selección de las

especies. Los síntomas presentados por los TP influyen dentro de la funcionalidad y adaptabilidad del ser humano (Mezei, Juhasz, Kilencz y Vizin, 2020).

Por lo general, el curso del TLP es inestable, con numerosas reagudizaciones que corresponden a periodos de crisis, que son por las que acuden al servicio de urgencias. Estas crisis se recubren de una serie de síntomas y conductas, tales como son las autolesiones, intentos suicidas, el abuso de las sustancias, además suelen incluirse síntomas psicóticos transitorios y conductas con gran impulsividad, como rabia y agresiones, comportamientos sexuales de alto riesgo, sustracción de objetos que no le pertenecen, atracones y purgas, todo ello incluye un relato de contenido afectivo, emociones no resueltas o momentos en los que el individuo no pudo manejar adecuadamente (Agencia de Información y Cualidades en Salud, 2011).

Mezei, et al. (2020) proporcionan un estudio, donde analizan el desarrollo patológico del desarrollo del TLP, incluyendo una revisión exhaustiva de los factores etiológicos, genéticos y ambientales, además de la evolución del trastorno. Refirieron que el 85 % de las personas con este diagnóstico tiene al menos un trastorno mental comórbido, entre los más frecuentes están “los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, el abuso del alcohol, los trastornos por uso de sustancias, los trastornos alimentación y los trastornos somatomorfos” (p. 103). Es debido a la gran variedad de comorbilidad que resulta complicado diagnosticarlo a tiempo y brindar un tratamiento adecuado; por lo general, es diagnosticado cuando ya se presentan síntomas bastante marcados, como la de autolesiones e intentos suicidas, acciones que se podrían evitar al tener un diagnóstico temprano.

Los síntomas aparecen durante la adolescencia, alrededor de los 11 a 13 años, sin embargo, se diagnostica como TP a partir de la edad de 18 años; esto a causa de que muchos de los síntomas son frecuentes durante la adolescencia, sin embargo, la persistencia de los síntomas patológicos por al menos un año, indica un TP (Mezei et al., 2020).

El TLP, a diferencia de otros trastornos de personalidad o trastornos mentales, tiene un mejor desenlace, pues para aquellas personas que sufren de esquizofrenia o personalidad esquizotípica, el pronóstico es muy desalentador; sin embargo, por lo que concierne a este trastorno se puede obtener que el individuo sea una persona funcional, ya sea en lo laboral, social o global (Vélez, Rojas, Borrero y Restrepo, 2010).

Aunque el pronóstico de estos individuos es favorable y no siempre se dará en todos los casos, debido a que cada individuo con TLP es diferente y los resultados dependerán de una serie de factores; sin embargo, se ha demostrado que los síntomas bajan a partir la cuarta o quinta década de vida del individuo que posee tal diagnóstico, obtenido de esta manera cierta estabilidad en cuanto a sus relaciones interpersonales y desempeño laboral (Seivewright, Tyrer y Johnson, 2002).

Temes y Zanarini (2018) realizan un estudio longitudinal, donde hacen seguimiento por 6 años a 362 pacientes hospitalizados con TP, en donde estudian y empiezan a reconocer aquellos síntomas del TLP. Los resultados de este estudio arrojaron lo siguiente:

De los 362 pacientes evaluados, 290 cumplieron con los criterios del TLP. De estos 290, solo el 34.5 % cumplían criterios de remisión a los 2 años, es decir que,

tanto los signos como los síntomas de los pacientes desaparecieron, 49.4 % cumplieron con esta remisión en un periodo de 4 años, el 68.6 % cumplieron los criterios de remisión a los 6 años y el 73.5 % a lo largo de todo el seguimiento. Solo el 5.9 % de estos pacientes mostraron recaídas (p. 688).

En este punto, los síntomas más característicos, como la impulsividad, las autolesiones, el abuso de sustancias tóxicas y las conductas sexuales de riesgo y/o promiscuidad, tuvieron una evolución bastante favorable. Por otro lado, los síntomas cognitivos y las relaciones interpersonales también mostraron mejoras. Finalmente, los síntomas afectivos fueron los que menos cambios tuvieron, puesto que la mayoría seguían presentando un afecto disfórico, es decir, los cambios repentinos y transitorios del estado de ánimo. Este estudio indica que los síntomas del TLP aumentan y disminuyen con el tiempo, aunque los síntomas conductuales más agudos del trastorno tienen a remitir rápidamente y rara vez se repiten. Además, los hallazgos con respecto a los predictores de buenos y malos resultados podrían influir en futuros desarrollos en los tratamientos para el trastorno (Temes, et al., 2018).

2.2.4. El apego

2.2.4.1. Definición

Dentro de la edificación de la personalidad, se observa que participan muchos factores, tales como la predisposición genética, temperamento, familia, educación, el lugar en donde habita, entre otras (Corbella y Botella, 2005). Aquella capacidad para poder formar vínculos con otros seres humanos es una habilidad esencial que típicamente comienza en la vida temprana de cualquier ser humano. La relación entre

padres y/o cuidadores-hijo es la primera y más crucial, pues trae consigo un efecto dentro del desarrollo social y emocional del niño (Brumariu, 2015).

A esta primera relación se le conoce como apego, que se establecerá entre los progenitores y el infante, en donde este se encargará de transmitir aquellos caracteres o transformaciones emocionales (Fonagy, 2004). Durante esta relación, se formarán lazos afectivos que se establecerán entre los padres y/o cuidador y el niño. Aquellos niños que forman relaciones seguras con sus padres y/o cuidador, evidencian mejores competencias sociales y muestran tener amistades de mejor calidad; por el contrario, aquellos niños que no contaron con la misma suerte y no forman una relación sana y segura con sus padres y/o cuidador, tiene una mayor probabilidad de sufrir morbilidades de salud física y un funcionamiento social, psicológico y neurobiológico deteriorado (Hornor, 2019).

Sobre la base de lo mencionado, es relevante mencionar que el primer contacto que tiene el niño son sus padres y de acuerdo con el tipo de relación que se formen entre padre e hijo dependerá la seguridad que poseerá a lo largo de su vida. Puesto que esta relación que se formará estará íntimamente vinculada al apego, aquel lazo emocional que se establece con los padres, donde se comparte sentimientos de pertenencia y seguridad.

2.2.4.2. Definición según John Bowlby

John Bowlby revoluciona la forma de conceptualizar la relación entre bebé y madre (considerándola como el cuidador principal), pues muestra la importante función entre este vínculo cercano. Para poder brindar conclusiones tan fiables y considerarla el día

de hoy como una de las principales teorías del apego, Bowlby trabajó con huérfanos después de la Segunda Guerra Mundial; tras un arduo estudio, concluye que “para poder crecer mentalmente sanos, el niño debe experimentar una cálida, íntima y continua relación con su madre” (p. 613) y/o cuidador principal. Sin embargo, resalta que esta relación debe brindar una satisfacción entre ambas partes (Hornor, 2019).

Partiendo de la teoría que plantea Bowlby, otras investigaciones validan esos hallazgos, encontrando que el apego permanece moderadamente estable desde la infancia hasta la edad adulta (Ranson y Urichuck, 2008).

Bowlby, dentro de su teoría, describe cómo y por qué los niños deben formar vínculos con sus padres y/o cuidadores, puesto que estos vínculos formarán: “Cercanía, estabilidad, salud emocional y seguridad” (Papapetrou, Panoulis, Mourouzis y Kouzoupis, 2020, p. 258). Además, plantea que esta teoría parte de “un sistema motivacional de necesidad primaria de los niños por mantener una proximidad física con sus padres y/o cuidadores” (Abarca, 2021, p. 8). Esto facilitará la adaptación y supervivencia al medio en el que viven. Conjuntamente, nos habla sobre la “disponibilidad permanente” (p. 8), donde hace referencia que los padres y/o cuidador deben estar en disponibles ante cualquier tipo de evento que se presente su hijo (Abarca, 2021); por ejemplo, ante condiciones de angustia, los hijos deben obtener consuelo y seguridad por sus padres y/o cuidador, pues el hijo, al ser un bebé, emitirá señales tales como el llorar o gatear hacia el padre y/o cuidador, buscando informar sobre sus necesidades; cuando el cuidador brinda un alivio inmediato y adecuado, además de constante, el niño desarrollará gradualmente una base de proximidad segura y con esto,

un apego seguro, pues los padres y/o cuidador brindara suministros socioemocionales que el niño lo usará a lo largo de su vida (Papapetrou, et al., 2020).

2.2.4.3. Tipos de apego

Ainsworth (1979) hace referencia a los modelos internos de apego, basados en aquellas reacciones de los padres y/o cuidador hacia el niño durante momentos críticos de necesidad. Recordando aquello que menciona Bowlby (1982), cuando el niño evidencia necesidad de ser atendido frente a alguna angustia, el progenitor o cuidador principal deberá estar dispuesto a atender tal necesidad. Y si esta angustia que muestra el infante es siempre atendida por su progenitor, este sabrá que puede contar con él. A esto que siente el infante por parte de su progenitor o cuidador principal, se le denomina apego seguro (Ainsworth, 1979). Desafortunadamente, no siempre los progenitores o cuidadores principales estarán dispuestos a tener esta interacción con el infante, haciendo que se cree el apego inseguro.

Ainsworth diseña un experimento, el cual lleva como nombre la situación del extraño, para así poder estudiar el equilibrio entre las conductas de apego y la exploración al mundo, esta se realizó bajo condiciones de un elevado estrés. Ainsworth, tenía las cosas claras, puesto que quería evidenciar cómo es el comportamiento del niño frente a la ausencia de sus padres y/o cuidador, combinando el comportamiento según sea el apego y la exploración hacia lo desconocido (Barroso, 2014).

Los tipos de apego en la infancia se dividen en cuatro categorías, los tres primeros propuestos por Ainsworth y el último propuesto por Main y Soloman: “Apego seguro, apego inseguro evitativo, apego inseguro ambivalente” (Ainsworth, Blehar, Waters y

Wall, 1978, p. 45), a estos se les suma una última categoría: “Apego desorganizado” (Main y Soloman, 1990 párr. 30).

Aquellos niños que hayan experimentado apego seguro con sus padres y/o cuidador poseen una base saludable donde pueden experimentar su mundo de forma segura, es así que, si los padres y/o cuidador se va, están seguros de que volverá y no se sienten angustiados durante el proceso de retorno (Barnes y Theule, 2019).

Por otro lado, aquellos niños que desarrollan un apego inseguro evitativo, comúnmente, evitan o ignoran a sus padres y/o cuidador, caracterizándose por mostrar pocos signos de emoción sobre su salida o regreso. Asimismo, aquellos niños que desarrollan apego inseguro ambivalente muestran angustia e incluso ansiedad ante el solo hecho de pensar que sus padres y/o cuidador se irá, esta angustia se presenta incluso antes de que este se vaya y cuando este retorna, se muestra una situación en donde es difícil controlar al niño (Barnes et al, 2019).

Finalmente, los niños que poseen un apego inseguro desorganizado son caracterizados por evidenciar comportamientos conflictivos, temerosos o desorientados en respuesta al progenitor o cuidador principal, a lo que se atribuye una falta extrema de falta de seguridad en el apego (Barnes et al, 2019).

Estos cuatro tipos de apego mencionados, reflejan la relación que el niño pudo o tiene en relación con sus padres y/o cuidador, demostrándose así comportamientos característicos (Barnes et al, 2019).

2.2.4.4. Apego infantil y apego adulto

A medida que uno crece y se desarrolla experimenta ciertos cambios en cómo se comporta, sin salir de este punto, el apego también se modifica a través de los años y aunque este no presente cambios bruscos, se pueden observar.

Bowlby (1982) mencionaba que el apego es característico de las personas y están presentes en ellas desde que nacen hasta que mueren; esta afirmación representa la relación entre el niño y los padres y/o cuidador y, a su vez, juega un papel muy importante en cuanto a la adaptación en su mundo exterior. Esta evolución no solo afectará en las relaciones afectivas, sino que, además, en las representaciones mentales internas, debido a diferentes prácticas propias del individuo que le tocará vivir al infante ya adulto.

La primera etapa después de la infancia es la adolescencia, durante este periodo, los padres siguen siendo la principal figura dentro del sistema de apego, puesto que en la adolescencia aún no son independientes y necesitan saber que cuentan con la disposición de sus padres para seguir desarrollándose en su vida. No obstante, también en esta etapa, estos adolescentes empiezan una búsqueda de su propia autonomía y para esto prefieren estar más tiempo con sus pares que con sus padres (Barroso, 2014).

Así como lo mencionaba Ainsworth en la situación extraña; durante esta etapa, los adolescentes requerirán de los cuidados de sus padres; al estar pasando por un proceso de desarrollo, requieren ayuda ante alguna angustia que los aqueje. A pesar de que la necesidad de los padres aún se mantiene durante esta etapa de desarrollo, los adolescentes empiezan a sentir un acrecentamiento significativo en el apego con sus pares y esto dura hasta la primera etapa de la adultez (Gallego, Delgado y Quejia, 2011).

Cuando se pasa de la adolescencia a la etapa adulta, comienzan ciertas complicaciones; muchos de los adultos presentan vidas complicadas e incluso, en muchas ocasiones sustituyen a las figuras de apego. Por tanto, durante este periodo de vida, se notará que este nuevo adulto mostrará conductas de apego obligadas, es decir, que mostrará conductas sociales aceptadas, desempeñando roles como padre, madre, etc. (Barroso, 2014).

En este caso, si un adulto se encuentra próximo a desempeñar un proyecto de pareja, la figura en la que se apoyará más, será su pareja. Tomando como referencia esto, continuamente mencionaremos las oposiciones que toma el vínculo de apego durante las diferentes etapas de la vida. Es relevante indicar que, durante la adultez, “la relación de apego es bidireccional, es decir, que ambos como pareja son principales responsables del otro, además de en ciertos casos compartir y cuidar del proyecto que tienen en común, los hijos” (p. 3). Por otro lado, “la relación de apego infantil es unidireccional, pues los adultos son los principales responsables del bienestar del infante” (p. 20).

En este punto, es importante mencionar que un adulto no solo va a tener como recurso a su pareja como principal fuente de apoyo, pese a que esta relación sea de un apego sólido y sano; sino que, por lo general, se va a construir una relación con otras personas a la que el individuo pueda acudir en caso que las cosas no estén funcionando. Es así, que nuestra seguridad no va a depender únicamente de la pareja, sino que también de otras relaciones en las cuales podamos apoyarnos en caso existiera problemas. Sin embargo, pese a contar con otro tipo de relaciones a las cuales acudir,

normalmente, con el paso del tiempo, la pareja va a tomar un papel relevante dentro de nuestras vidas y la tomaremos como nuestra figura de apego (Barroso, 2014).

Como lo explica Bowlby (1982), las relaciones de apego durante el periodo de infancia con los padres es la base para la construcción de relaciones posteriores en la vida del individuo. Tomando esto como referencia, entra en juego el apego adulto, pues de acuerdo a cómo se haya constituido el apego durante la infancia, esto se reflejará en las relaciones de pareja. Esto se ha comprobado en los estilos de apego, pues son relativamente estables desde aquellos modelos internos que ya existen en el individuo.

Asimismo, las investigaciones de Hazan y Shaver (1987), con parejas adultas, arrojaron que toda conducta y actitud que los miembros de dichas parejas realizaban, eran las mismas que hacían con sus progenitores dentro del periodo de la infancia, a raíz de esto, de muestra que estas conductas vienen desde un modelo interno a través de las representaciones mentales. Este modelo de trabajo sale a la luz cuando se necesita una implicación interpersonal, aquellas que se necesite de alguna interacción (Barroso, 2014).

2.2.5. Trastorno límite de la personalidad y el apego

Como ya se ha mencionado con anterioridad, personas con TLP, muestran dificultad para controlar sus emociones, son inestables e intensas, mostrando así, vacío crónico, trastorno de identidad y un control deficiente de sus impulsos (APA, 2013). Por otro lado, se sabe que las interacciones primarias entre el niño y los padres y/o cuidador son internalizados desde muy temprana edad y este, a su vez, guiará las expectativas del niño y las evaluaciones de las experiencias de relación a lo largo de la vida de la

persona, lo que Bowlby llamaba “construcciones mentales del yo” (Papapetrou, et al., 2020, p. 258). Es decir, que dependerá mucho el tipo de apego en el que se desarrolle el niño, debido a que esta dinámica de apego, tiende a permanecer durante próximos periodos de edad, como la adolescencia y la adultez. Además, ante cualquier interrupción de estas relaciones tempranas, puede tener gran alcance en las relaciones futuras importantes de la persona, como los siguientes: “Mentales, salud física, comportamentales, bienestar y desarrollo de la personalidad” (p. 259), pese a que estas interrupciones pueden parecer menores, como la separación de los padres y/o cuidadores hacia los hijos, ponen en peligro el desarrollo de un vínculo seguro (Papapetrou, 2020).

En este sentido, se conoce que no existe un factor exacto dentro del desarrollo del TLP, sin embargo, el factor psicosocial y/o ambiental, forma uno de los factores con más riesgo a la pronunciación de este trastorno, entre estos están:

Impactos sociales (bajo nivel socioeconómico, eventos estresantes de la vida desde el inicio de la infancia, graves pérdidas), efectos familiares (trastorno mental materno, trato parental abusivo, hostilidad), malos tratos (abuso físico o sexual, negligencia), dificultades de desarrollo del niño (baja capacidad intelectual, alto grado de afectividad negativa e impulsividad (Porter, Palmier, Branisky, Mansell, Warwick y Varese, 2020, p. 13).

Estudios sobre la relación entre padres e hijos sugieren que deben ser saludables, pues brindarán un sustento o base para poder desarrollarse en el futuro, sin embargo, aquellas personas con diagnóstico límite, presentan una relación disfuncional con sus

padres, a consecuencia de la falta de cuidado parental adecuado o sobreprotección (Mezei, et al., 2020).

Diversos esos estudios, relacionan al TLP y la calidad del apego en pacientes con este diagnóstico, donde asociaron este trastorno con los tipos de apego inseguro ambivalentes y desorganizados (Fornagy y Bateman, 2005). Esto se presenta cuando el niño considera que el cuidador no está disponible y, por tanto, recurre a diferentes estrategias para poder reducir la sensación de indisponibilidad, estas estrategias pueden incluir una mayor expresión de emociones o actitudes hacia los efectos negativos de la sensación de indisponibilidad.

La teoría del apego, desde la perspectiva de pacientes límites, muestra reacciones emocionales que son fuertes y presenta inestabilidad de humor, su comportamiento, sus frecuentes cambios y tiene actitudes emocionales caóticas y cambiantes que pueden explicarse. Mezei, et al. (2020) estudian sobre el trasfondo biosocial, resultando ser el papel de la interacción entre los rasgos impulsivos y el entorno invalidante, donde menciona que “llamar la atención ente las necesidades del niño y las habilidades del cuidado, se considera un papel de la incompatibilidad” (p. 104). Es decir, que el niño expresará sus emociones de forma regular, sin embargo, al no percibir la confirmación de los padres y/o cuidador, ya sea porque no la percibe en absoluto o porque reacciona de manera inconsistente e inadecuada, el niño empezará a mostrar sus emociones de manera poco regular y más exagerada.

Durante el periodo de la infancia, su entorno, determina significativamente el desarrollo de la capacidad de regulación de las emociones; si en caso el entorno sea invalidador, el ambiente puede conducir a la interrupción de la regulación emocional,

dañando significativamente sus habilidades cognitivas y sociales. Además, que el desarrollo de estrategias de afrontamiento, también puede aumentar la probabilidad de desarrollar labilidad emocional, lo que conduce a los síntomas característicos del TLP (Mezei, et al., 2020).

2.3. Definición de Términos

Trastorno de personalidad. Es una serie de afecciones mentales, en donde la persona que la padece muestra “un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos”, en donde estos son muy diferentes a las expectativas del lugar en donde vive, la sociedad o su misma cultura.

Trastorno límite de la personalidad. Pertenece a uno de los tipos de afecciones mentales de los trastornos de la personalidad, en la cual un individuo muestra “patrones prolongados de emociones inestables. Muchas de estas experiencias interiores los llevan a tener conductas impulsivas y relaciones poco estables con otras personas”.

Apego. Hace referencia a un modo en particular en el que los individuos interactúan con otros, en donde se pueden establecer vínculos relevantes o no, y en donde se incluyen los sentimientos de intimidad y compromiso.

Apego infantil. Hace referencia al vínculo afectivo que se da en un individuo durante la infancia temprana, este vínculo se da entre el infante y los progenitores, es donde el infante tiene su primer contacto con una persona y dependerá cómo serán sus relaciones interpersonales futuras.

Apego adulto. Inicia en la adolescencia y en muchas ocasiones se ha asociado a los factores de estabilidad emocional en una relación; así como la capacidad que posee el individuo para resolver conflictos de pareja y la satisfacción de una relación de pareja estable.

Capítulo III: Metodología

3.1. Hipótesis

3.1.1. *Hipótesis general*

Existe una relación significativa entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

3.1.2. *Hipótesis específicas*

- El nivel de sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el grupo femenino TLP-Borderline (2021) será un nivel medio/alto.
- El tipo de apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021) es inseguro evitativo y desorganizado.
- Existe una relación significativa entre las dimensiones de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y las dimensiones de apego en el grupo femenino TLP-Borderline (2021).

3.2. Métodos de Investigación

3.2.1. *Método general*

Para Bunge (2013), un método:

Es un procedimiento para tratar un conjunto de problemas. Cada clase de problemas, requiere un conjunto de método o técnicas especiales. Los problemas del conocimiento, (...) requieren la invención o aplicación de procedimientos

especiales adecuados para varios estudios del tratamiento de los problemas (p. 24).

3.2.2. Método específico

Este estudio es correlacional porque tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3. Configuración de la Investigación

3.3.1. Enfoque de la investigación

El estudio es de enfoque cuantitativo. Según Hernández et al. (2014), este enfoque es “secuencial y probatorio” (p. 4); debido a que se relacionan dos variables cuantificables, partiendo de una idea derivada de objetivos y preguntas de investigación, fundamentada por un marco teórico, se mide y analiza estas relaciones mediante un proceso estadístico (Hernández, et al., 2014).

3.3.2. Tipo de investigación

La investigación se ajusta dentro del tipo correlacional, pues pretende hallar la relación entre las variables de estudio (Hernández, et al., 2014). Asimismo, la investigación es de corte transversal, pues se analizará los datos de las variables recopiladas dentro de un periodo de tiempo, además estas mismas variables no van a cambiar durante este periodo (Hernández, et al., 2014).

3.3.3. Nivel de investigación

Esta tesis tiene un nivel descriptivo, que es el tipo de investigación que se utiliza con el fin de intentar determinar las causas y consecuencias de un fenómeno concreto. Se busca no solo el qué sino el porqué de las cosas, y cómo han llegado al estado en cuestión. Para ello pueden usarse diferentes métodos, como la el método observacional, correlacional o experimental (Hernández, 2014).

3.3.4. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipularán las variables de estudio (Hernández, et al., 2014).

3.4. Población y Muestra

3.4.1. Población

Tomando en cuenta a Hernández et al. (2014): “Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174); por ello, la población de esta investigación está conformada por mujeres de Latinoamérica con sintomatología TLP.

Al momento de realizar esta investigación, la población contaba con 1903 miembros, teniendo presente que, al ser un grupo abierto, esta cifra puede variar con el tiempo.

3.4.2. Muestra

La muestra es “en esencia, un subgrupo de la población” (p. 175). Para esta investigación, la muestra recabada es no probabilística, puesto que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o propósitos del investigador” (p. 176). Los participantes voluntarios, debido a que los sujetos accedieron a participar del estudio de manera voluntaria (Hernández et al., 2014). Es así, que la muestra está compuesta por 300 miembros del grupo femenino-TLP Borderline de Latinoamérica, con rango de edades de 18 a 35 años.

A. Unidad de análisis

El estudio, tomó como unidad de análisis a las miembros del grupo femenino TLP-Borderline.

El interés se centra en que las miembros presentan sintomatología del trastorno límite de la personalidad y a qué nivel lo presentan, ya sea leve, grave o muy grave.

B. Tamaño de la muestra

La muestra se conformó por 300 miembros del grupo femenino TLP-Borderline, manejándose la técnica no probabilística, a causa de que se escogió a la muestra que más representaba el estudio, considerando los criterios de inclusión y exclusión.

C. Selección de la muestra

La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia; además ya conocida como la muestra dirigida que se orienta a este estudio.

Criterios de inclusión

- Personas que poseen sintomatología TLP.
- Personas del sexo femenino.
- Mujeres que pertenezcan al grupo femenino TLP-Borderline.
- Nacionalidad latinoamericana.
- Mujeres entre el rango de edades de 18 a 35 años.

Criterios de exclusión

- Aquellas personas que no cuenten con sintomatología del TLP.
- Personas que no sean del sexo femenino.
- Mujeres que no se encuentren entre el rango de edades de 18 a 35.
- Personas que no son miembros del grupo femenino TLP-Borderline.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos***3.5.1. Técnicas***

La técnica que se utilizó para este estudio es la del cuestionario, puesto que se aplicarán dos instrumentos de evaluación, los cuales están compuestos por una serie de preguntas, tomándola como única, puesto que resulta beneficiosa y rápida para la recopilación de los datos requeridos.

3.5.2. Instrumentos

Borderline Symptom List, versión abreviada (BSL-23)

Adaptada por Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices, Ortiz, Pérez, Bohus & Pascual (2013), el BSL-23 fue traducido del inglés al español por tres hablantes nativos de español con experiencia clínica, además un traductor nativo de habla inglés con experiencia en traducción en textos biomédicos colaboró para este instrumento y de acuerdo con la supervisión del autor, asimismo, el autor de la versión original del BSL-23, aprobó la versión final en español (Soler, Vega, Feliu-Soler, Trujols, Soto, Elices, Ortiz, Pérez, Bohus y Pascual, 2013).

Este instrumento es de autoevaluación, el cual evalúa la sintomatología del TLP, demostrando ser una confiable y fiable para el diagnóstico del trastorno, así como una sensibilidad satisfactoria al cambio terapéutico. Los elementos se basan en los criterios de diagnóstico del DSM-IV para el TLP en siete dimensiones: “Miedo al abandono, relaciones inestables, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva, ira e ideación suicida” (p. 2). Abarca 23 ítems y se miden mediante la escala tipo Likert de 5 puntos, siendo un cuestionario de evaluación subjetivo clínico, siendo de fácil aplicación, de fácil entendimiento; la edad de aplicación es a partir de 18 años de edad, a causa de que la edad es un valor referencial para la información de la sintomatología límite de la personalidad (Soler, et al., 2013).

Este instrumento fue validado en Bogotá (Colombia) por Anna María Naranjo Vestin, dentro de su proyecto de investigación como Magíster en Psicología Clínica.

A. *Diseño*

Ficha técnica BSL-23

Borderline Symptom List, BSL-23	
Ficha técnica	
Nombre	Borderline Symptom List (BSL-23)
Autor	Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M. & Pascual, J.
Procedencia	España
Administración	Individual y colectiva
Duración	10 minutos aproximadamente
Aplicación	Varones y mujeres de todas las edades
Puntuación	Calificación computarizada
Significación	Mide la sintomatología del trastorno límite de la personalidad: 1) Miedo al abandono, 2) Relaciones inestables, 3) Impulsividad, 4) Suicidio, 5) Inestabilidad afectiva, 6) Ira e 7) Ideación suicida”.
Calificación	Se utiliza baremos percentiles para la puntuación total; habiendo tres niveles: leve, grave y muy grave. se maneja la escala tipo Likert: “nunca, algo, bastante, mucho, muchísimo”

Figura 1. Ficha técnica BSL-23.

En la figura 1, se muestra la ficha técnica del instrumento BSL-23 en la cual se considera nombre, autor, procedencia, administración, duración, aplicación, puntuación, significancia y calificación. Lo cual, permite aplicar el instrumento para la variable síntomas del TLP.

B. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se consiguió en base al coeficiente alfa de Cronbach, siendo .936 y el método dividido por la mitad arrojó una corrección de $r = .92$, lo cual, muestra que la escala tiene una alta consistencia interna general. Además, el análisis de confiabilidad ítem por ítem con el alfa de Cronbach, mostró una leve mejoría de .936 a .949. El análisis de estabilidad test-retest después de una semana, mostró resultados satisfactorios de $r = .734$; $p < .01$ (Soler, et al., 2013).

Análisis de consistencia interno

Con fines de estudio, se realizó un análisis de confiabilidad interno, con 300 mujeres integrantes del Grupo Femenino TLP-Borderline, se utilizó la alfa de Cronbach en el BSL-23, donde se obtuvo un valor de .806, indicando que el instrumento es confiable. A su vez se realizó la prueba de KMO y Esfericidad de Barlett para la validez, obteniendo un .964 y un error de significancia menor al 0.05.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.8068	8

Figura 2. Alfa de Cronbach del BSL-23

En la figura 2, se observa el estadístico de fiabilidad del Alfa de Cronbach, en función a los 8 elementos del BSL-23, el cual otorga un puntaje de 0.8068, validando la fiabilidad de este instrumento.

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		0.964
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	5367.615
	gl	253
	Sig.	0.000

Figura 3. Prueba de KMO y Bartlett

En la figura 3, se observa la Prueba de KMO y Bartlett, la cual muestra un nivel de significancia de 0.000, lo cual permite la aplicación de este instrumento.

C. Validez

Se evidenciaron correlaciones positivas de moderadas a altas entre las puntuaciones del BSL-23 y los síntomas de depresión medidos por el BDI ($r = .787$), estado de ansiedad medido por el STAI-S ($r = .705$), rasgo-ansiedad mediante STAI-T ($r = .746$), hostilidad mediante el BDHI ($r = .421$) e impulsividad medida por el BIS ($r = .376$). todas las correlaciones fueron altamente significativas a $p < .001$ (Soler, et al., 2013).

Escala de apego para adultos (AAS)

El título original es "Adult Attachment Scale (escala de apego para adultos), la cual fue elaborada por Collins y Read (1990), donde se consideran los estilos de apego, seguro, evitativo y ambivalente, explicados por Hazan y Shaver (1987). La escala consta de 18 ítems, los cuales se dividen en tres factores que evalúan: dependencia, ansiedad e intimidad. El tipo de reactivo utilizado es de selección, donde se utiliza la escala tipo Likert de 5 puntos (Cruzado y Machuca, 2020). Este instrumento fue validado en Perú por Cruzado y Machuca (2020) en Cajamarca, dentro de su investigación de maestría en

psicología clínica, titulada “Estilos de apego emocional y dependencia en estudiantes de un Instituto Superior Pedagógico, Cajamarca, 2020”.

A. *Diseño*

Escala de apego para adultos AAS	
Ficha técnica	
Nombre	Escala de apego para adultos
Autor	Nancy Collins y Read
Procedencia	Universidad de California Santa Barbara
Administración	Individual y colectiva
Duración	20 minutos aproximadamente
Aplicación	Varones y mujeres de 18 años a más
Puntuación	Calificación computarizada y/o manual
Significación	La escala consta de 18 reactivos, las cuales se distribuyen en tres factores que evalúen: dependencia, ansiedad e intimidad. El tipo de reactivo utilizado es de selección de respuesta múltiple, con el formato de una escala Likert de 5 puntos, con las siguientes opciones: (1) nunca, (2) casi nunca, (3) algunas veces, (4) casi siempre y (5) siempre.
Calificación	Para obtener el estilo de apego, se suman los puntos obtenidos en cada factor o dimensión y la persona se caracteriza con: Estilo de apego seguro: Si las puntuaciones de los factores dependencia e intimidad son mayores a los del factor ansiedad. Asimismo, si las puntuaciones son altas en los factores intimidad y dependencia y baja en ansiedad.

Estilo de apego evitativo: Cuando las puntuaciones de los tres factores son bajas.

Estilo de apego ambivalente: Si la puntuación en el factor ansiedad es mayor al de los factores dependencia e intimidad.

Figura 4

En la figura 4, se muestra la ficha técnica de la Escala de Apego Adulto, en la cual se considera nombre, autor, procedencia, administración, duración, aplicación, puntuación, significancia y calificación. Lo cual, permite aplicar el instrumento para la variable apego.

B. Confiabilidad

Tacon y Caldera (2001), citado por Cruzado et al., 2020, menciona que, dentro de la versión española, para muestras hispanas, obtuvieron los valores de: “0.79; 0.64 y 0.54; y para las muestras no hispanas 0.83; 0.77 y 0.74 en las dimensiones de dependencia, ansiedad e intimidad, respectivamente” (p. 38). Asimismo, Franco (2019) dentro de su investigación con una población cajamarquina, obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.708. Se obtuvo el alfa de cronbach y la validez en la investigación de Cruzado y Machuca (2020).

C. Validez

La validez fue definitiva mediante la construcción del análisis factorial, el mismo que permitió la sustentación y la estructura conceptual (Cruzado et al., 2020)

3.5. Descripción del análisis de datos

3.5.1. Procesamiento de recolección de datos

La recopilación de datos se dio de manera virtual, considerando la situación actual; se solicitó autorización a la encargada del Grupo Femenino TLP-Borderline, en donde la encargada brindó la autorización para poder continuar con el estudio (ANEXO B). Asimismo, se empezó con la aplicación previo consentimiento del comité de ética (ANEXO A). Previa aprobación, se emitió el siguiente link de acceso: <https://forms.gle/s58qGqLGc1iyGL6d9>, en donde cada una de las participantes voluntarias desarrollaron los instrumentos mencionados y también brindaron su consentimiento informado para poder proseguir con la información.

Al obtener los resultados de dichos instrumentos, se procedió a analizarlos por el software SPSS 25, para que de esta manera se pueda validar el estudio en base a las preguntas de investigación y los objetivos correspondientes.

3.5.2. Descripción del análisis inferencial

Para este estudio, se utilizó la prueba de Kolmogorov – Smirnof para determinar la normalidad de la muestra, los resultados mostraron una no normalidad y por lo tanto se procedió a utilizar estadísticos no paramétricos, en este caso la prueba de correlación de Spearman.

3.6. Aspectos éticos

El estudio contó con mayores de 18 años, a cada una de las participantes se las trató con el debido respeto que merecen, asimismo, no se divulgará ninguna información que no se haya autorizado.

Se informó a cada participante sobre el proceso de la investigación para que, de esta forma, ninguna de las participantes se retirará antes de finalizar la investigación, además, se les pidió consentimiento informado antes de incluidas en la investigación, consentimiento que se encontró dentro del formulario (ANEXO H).

Hay una estricta confidencialidad con respecto a lo que las participantes confiaron a la autora de esta investigación. Dentro del cuestionario sólo se les pidió su nacionalidad, con el fin de mantener la confidencialidad.

De ser necesario la divulgación de alguna de las participantes, antes se hablará con la participante involucrada y deberá dar su consentimiento junto a su firma.

Variable 1	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems (cantidad)	Escala de Valoración	Instrumento (nombre)
Trastorno límite de la personalidad	Se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la identidad, la impulsividad y el afecto, este se asocia a altos índices de tasas de suicidio, presenta comorbilidad con otros trastornos mentales, además de implicarse con un deterioro funcional grave y altos costos dentro del servicio de psiquiatría. (Soler, et al.,2014).	Miedo al abandono	Soledad	2, 10, 17	En todos los ítems, se tiene la escala Likert: Nunca=0 Algo= 1 Bastante=2 Mucho=3 Muchísimo=4	Borderline Symptom List 23 (BSL-23)
		Relaciones inestables	Distimia	2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 21, 22		
		Impulsividad	Autoimagen	3, 4, 5, 14, 20		
		Suicidio	Autoagresión	5, 7, 11, 12, 15, 18, 19, 21, 22, 23		
		Inestabilidad afectiva	Regulación de afecto	1, 2, 8, 11, 13, 14, 17, 19, 21, 23		
		Ira	Hostilidad	4, 9, 14, 20, 21		
		Ideación paranoide	Intrusiones	3, 6, 9, 10, 15, 16, 22		

Figura 5. Matriz de operacionalización de la variable trastorno límite de la personalidad.

En la figura 5, se manifiesta la matriz de operacionalización de la primera variable, definición conceptual, dimensiones, indicadores, ítems, escala de valores e instrumento a utilizar.

Variable 2	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems (cantidad)	Escala de valoración	Instrumento (nombre)
Apego	Según Bowlby las conductas de apego son instintivas y se activarán por cualquier condición que parezca amenazar el logro de la proximidad, tales como la separación, la inseguridad o el miedo.	Estilo de apego seguro	Autoconcepto positivo y mantiene relaciones interpersonales adecuadas.	1, 2, 3, 4, 5, 6	En todos los ítems, se tiene la escala Likert: 1=Nunca 2=Casi nunca 3=Algunas veces 4=Casi siempre 5=Siempre	Escala de apego adultos APP.
		Estilo de apego evitativo	Autoconcepto positivo y mantiene relaciones interpersonales adecuadas.	7, 8, 9, 10, 11, 12		
		Estilo de apego ambivalente	No expresan su angustia y no buscan ayuda ante situaciones que lo requieran.	13, 14, 15, 16, 17, 18		

Figura 6. Matriz de operación de la variable apego.

En la figura 6, se manifiesta la matriz de operacionalización de la segunda variable, definición conceptual, dimensiones, indicadores, ítems, escala de valores e instrumento a utilizar.

Capítulo IV: Resultados

Para la recopilación de los datos, se utilizó dos instrumentos de evaluación, el BSL-23 y la Escala de apego para adultos, para esto, se solicitó el permiso de una de las administradoras del Grupo Femenino TLP-Borderline, asimismo, cada una de las participantes aceptaron voluntariamente participar dentro de este estudio. Se contó con la participación de 300 mujeres miembros del grupo entre las edades de 18 a 35 años de edad.

Dentro de este capítulo, se detallan los resultados conseguidos posteriores a la aplicación de los instrumentos planteados.

Tabla 1
Edad de las integrantes del Grupo Femenino TLP-Borderline de Latinoamérica

Edades agrupadas		
	Frecuencia	Porcentaje
18 a 23	99	33.0
24 a 28	110	36.7
29 a 35	91	30.3
Total	300	100.0

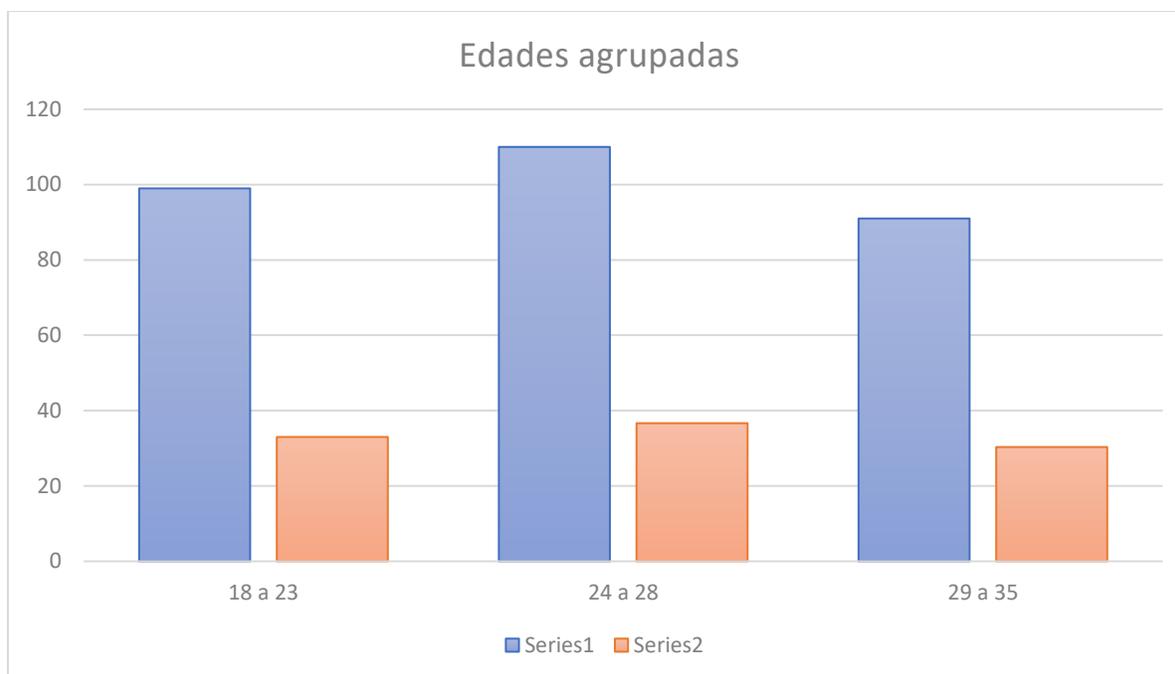


Figura 7. Edades agrupadas

Nota. Se precisa las edades de las encuestadas del Grupo Femenino TLP – Borderline.

En la tabla 1 y la figura 7, se observa que el 36.7% de las encuestadas se encuentran dentro de las edades entre 24 a 28 años, el 33% dentro de los 18 a 23 años y el 30.3% dentro de los 29 a 35 años, donde se concluye que el rango de edad más predominantes en esta investigación, es de 24 a 28 años.

Tabla 2
Nacionalidades

Nacionalidades		
	Frecuencia	Porcentaje
Perú	151	50%
Guatemala	2	1%
Ecuador	2	1%
Costa Rica	2	1%
México	76	25%
Venezuela	4	1%
Argentina	19	6%
Colombia	18	6%
Chile	18	6%
Boliviana	6	18%
Paraguay	1	1%
Puerto Rico	1	1%
Total	300	100%



Figura 8. Nacionalidades. *Nota.* Se precisa las nacionalidades de las encuestadas del Grupo Femenino TLP- Borderline.

En la tabla 2 y la figura 8, se observa que el 50% de las participantes, son de nacionalidad peruana, seguido de nacionalidad mexicana con un 25%, nacionalidad boliviana con un 18%. Estas tres nacionalidades son las más predominantes dentro de las participantes, aunque también existe en un menor número personas de Guatemala, Ecuador, Costa Rica, Venezuela, Argentina, Colombia, Chile, Paraguay y Puerto Rico.

Tabla 3
Miedo al abandono

Miedo al abandono		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	33	11.0
Medio	98	32.7
Alto	169	56.3
Total	300	100.0

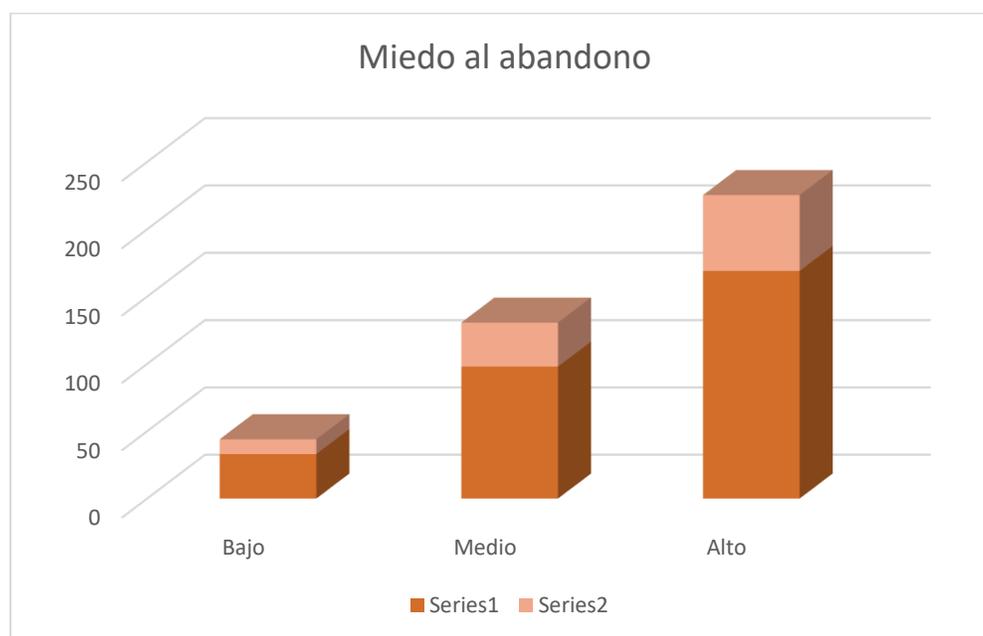


Figura 9. Miedo al abandono. *Nota.* Se precisa los niveles del miedo al abandono, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 3 y figura 9, se observa que el 56.3% de las encuestadas, presentan un nivel alto en cuanto a esta dimensión, el 32.7% presenta un nivel medio y solo el 11% de las encuestadas, presenta un nivel bajo. Por lo cual se concluye que el nivel predominante, en las encuestadas, es alto.

Tabla 4
Relaciones inestables

Relaciones inestables		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	6.3
Medio	68	22.7
Alto	213	71.0
Total	300	100.0

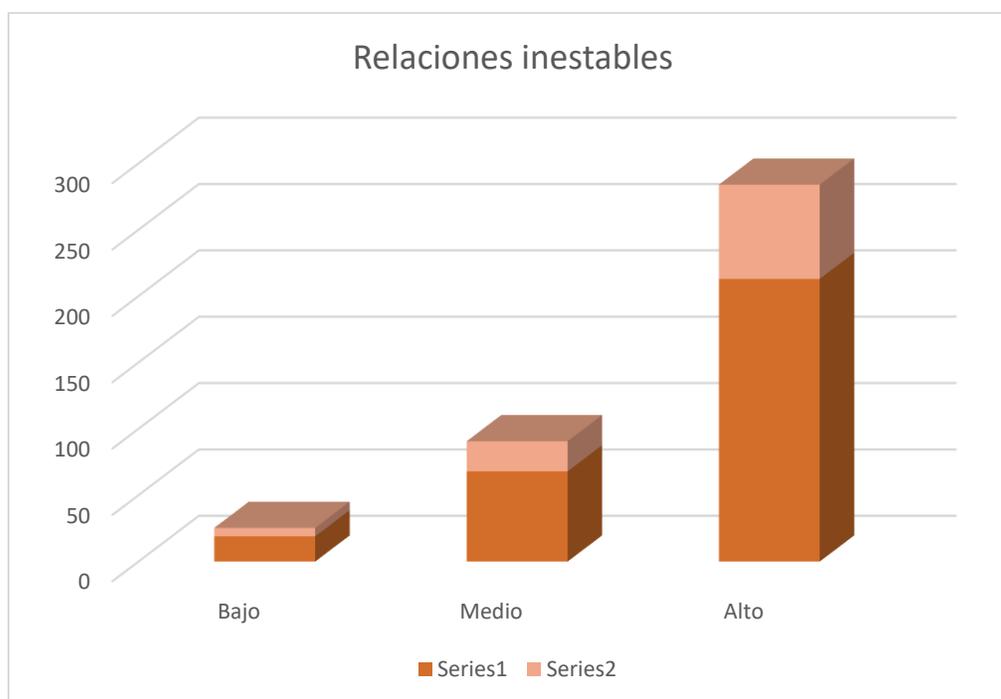


Figura 10. Relaciones inestables. Nota. Se precisa los niveles de relaciones inestables, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 4 figura 10, se observa que el 71% de las encuestadas, presentan un nivel alto, el 22.7% presentan un nivel medio y finalmente el 6.3% presentan un nivel bajo. Por lo cual se concluye que, en cuanto a esta dimensión, las encuestadas evidencian un nivel alto.

Tabla 5
Impulsividad

Impulsividad		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	25	8.3
Medio	70	23.3
Alto	205	68.3
Total	300	100.0

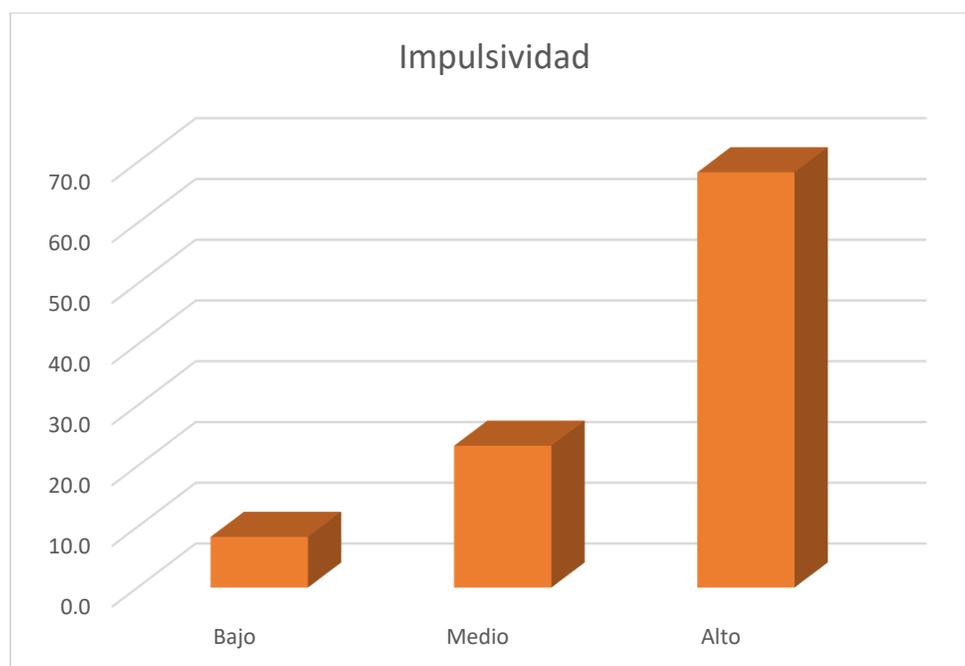


Figura 11. Impulsividad. Nota. Se precisa los niveles de impulsividad, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 5 y figura 11, se observa que el 68.3% de las encuestadas presentan un nivel alto de impulsividad, seguido del 23.3% con un nivel medio y un 8.3% con un

nivel bajo. Por lo cual se concluye que, en cuanto a esta dimensión, las encuestadas evidencian un nivel alto.

Tabla 6
Suicidio

Suicidio		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	29	9.7
Medio	40	13.3
Alto	231	77.0
Total	300	100.0

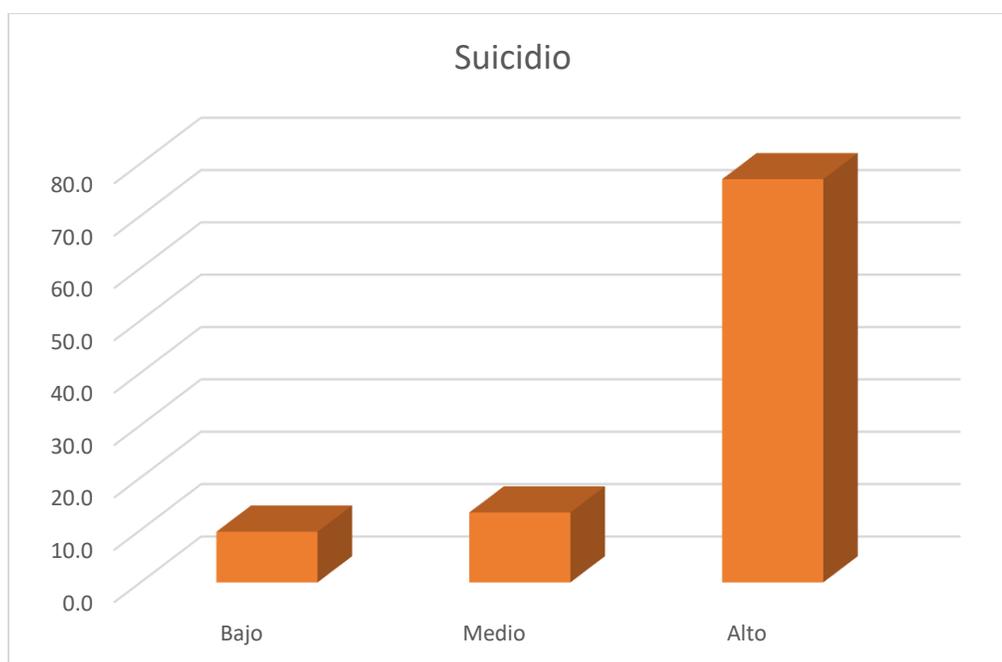


Figura 12. Suicidio. Nota. Se precisa los niveles de suicidio, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 6 y figura 12, el 77% de las encuestadas, presentan un nivel alto dentro de esta dimensión, seguido de un 13.3% con un nivel medio y el 9.7% presenta un nivel bajo en esta dimensión. Por lo cual se concluye que, en cuanto a esta dimensión, las encuestadas evidencian un nivel alto.

Tabla 7
Inestabilidad afectiva

Inestabilidad afectiva		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	4.7
Medio	32	10.7
Alto	254	84.7
Total	300	100.0

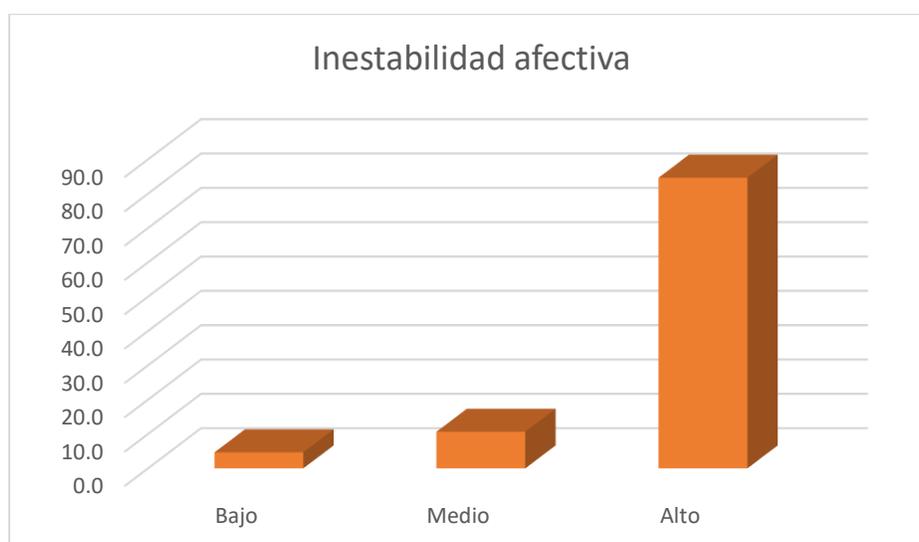


Figura 13. Inestabilidad afectiva. *Nota.* Se precisa los niveles de inestabilidad afectiva, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 7 y figura 13, el 84.7% de la población, presenta un nivel alto, el 10.7% presenta un nivel medio y el 4.7% presenta un nivel bajo. Por lo cual se concluye que, en cuanto a esta dimensión, las encuestadas evidencian un nivel alto.

Tabla 8
Ira

<i>Ira</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	7.3
Medio	37	12.3
Alto	241	80.3
Total	300	100.0

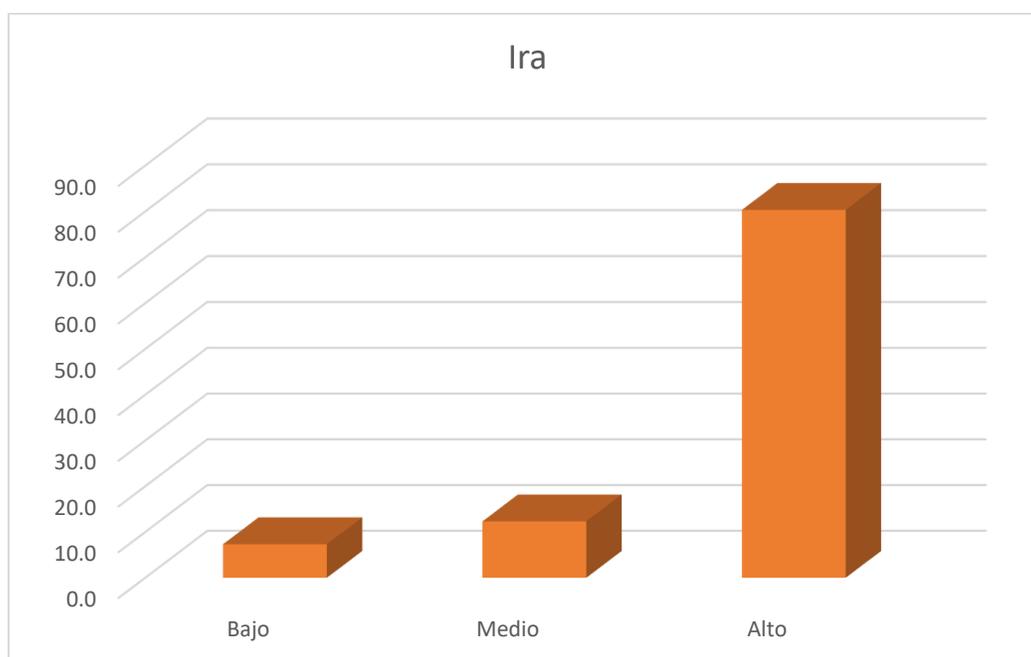


Figura 14. Ira. Nota. Se precisa los niveles de ira, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 8 y figura 14, el 80.3% de las encuestadas, presentan un nivel alto en esta dimensión, seguido del 12.3% con un nivel medio y finalmente el 7.3% cuenta con un nivel bajo. Por lo cual se concluye que, en cuanto a esta dimensión, las encuestadas evidencian un nivel alto.

Tabla 9
Ideación paranoide

Ideación paranoide		
	Frecuencia	Porcentaje
Alto	233	77.7
Medio	67	22.3
Total	300	100.0

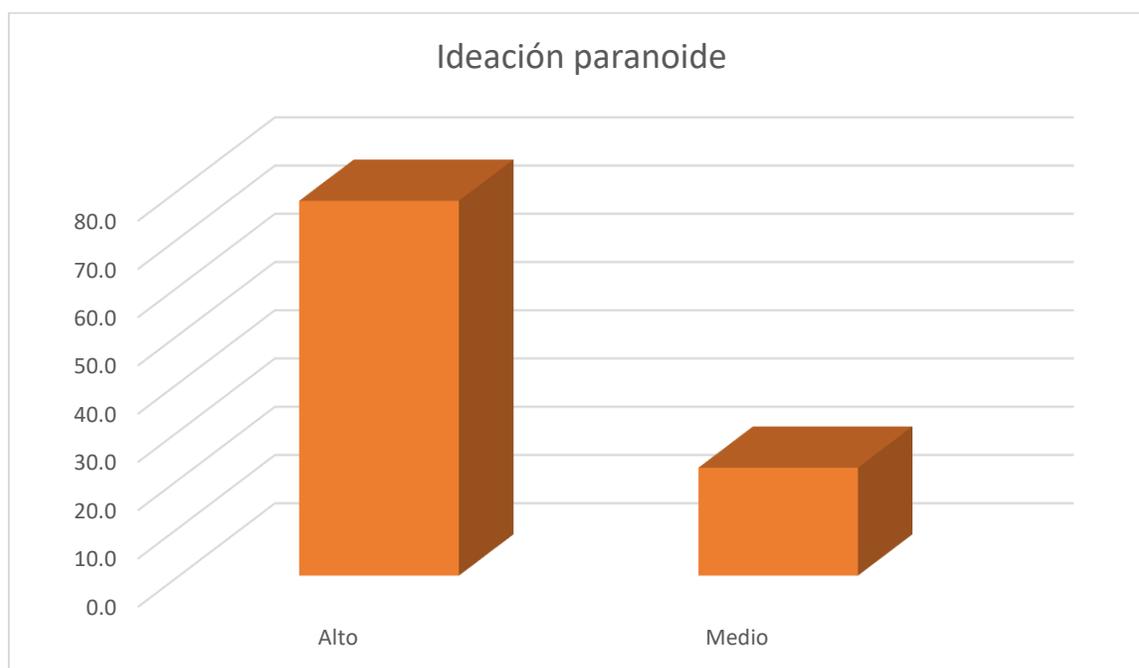


Figura 15. Ideación paranoide. *Nota.* Se precisa los niveles de ideación paranoide, correspondiente a la dimensión de los síntomas del TLP.

En la tabla 9 y figura 15, el 77.7% de las encuestadas presentan un nivel alto y el 22.3% un nivel medio. Por lo cual, se concluye que las encuestadas presentan un nivel alto en cuanto a esta dimensión,

Tabla 10
Sintomatología TLP

Sintomatología TLP		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	56	18.7
Alto	244	81.3
Total	300	100.0

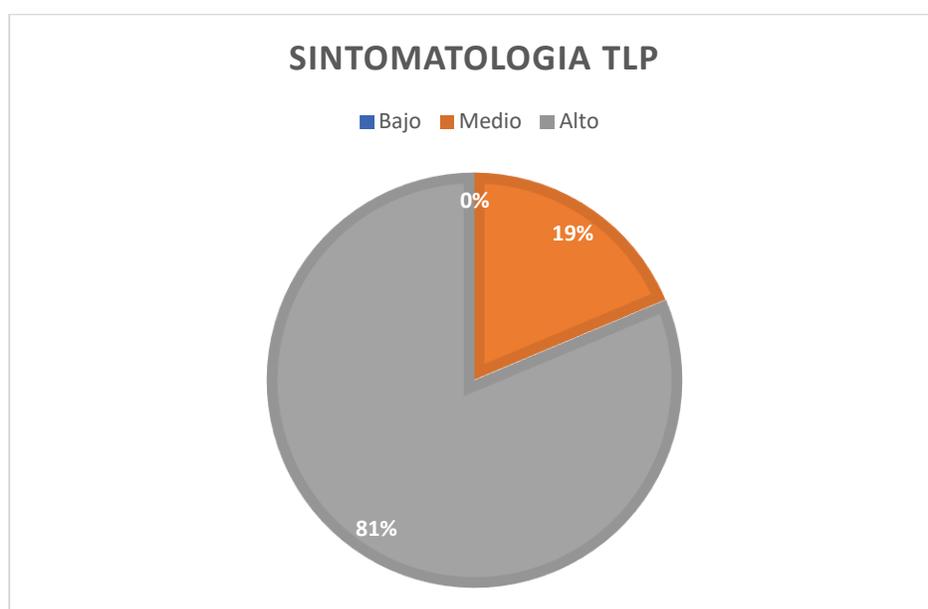


Figura 16. Sintomatología TLP. Nota. Se precisa los niveles de la sintomatología del TLP.

En la tabla 10 y figura 16, se valida la primera hipótesis específica la cual va de la mano con el primer objetivo, en donde se observa el nivel de sintomatología del trastorno límite de la personalidad de las encuestadas, mostrando que el 81.3% presenta un nivel de sintomatología alto y el 18.7% presenta un nivel de sintomatología medio, considerando la ausencia de un nivel bajo.

Tabla 11
Dependencia

Dependencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	0.3
Medio	229	76.3
Alto	70	23.3
Total	300	100.0

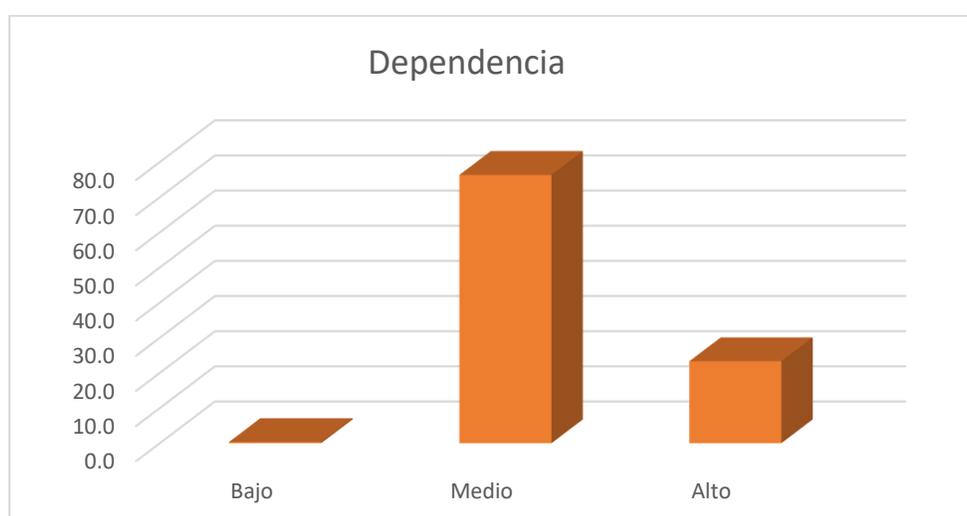


Figura 17. Dependencia. Nota. Se precisa los niveles de dependencia, correspondiente a la dimensión del apego.

En la tabla 11 y figura 17, las encuestadas evidencian un nivel medio con 76.3%, seguido de un 23.3% con un nivel alto y el 0.3% con un nivel bajo. Por lo que se concluye que, las encuestadas presentan la predominancia de un nivel medio en cuanto a esta dimensión.

Tabla 12
Ansiedad

Ansiedad		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	66	22.0
Alto	234	78.0
Total	300	100.0

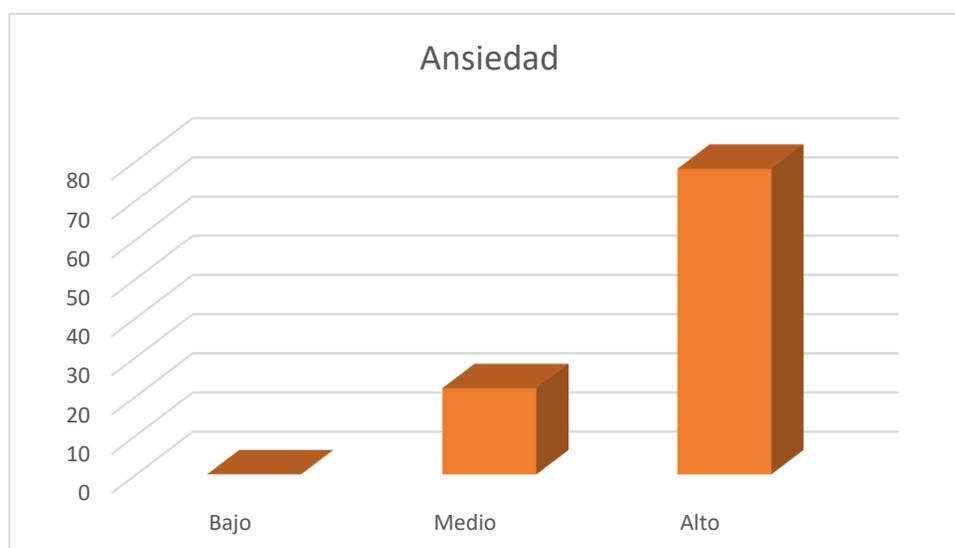


Figura 18. Ansiedad. Nota. Se precisa los niveles de ansiedad, correspondiente a la dimensión del apego.

En la tabla 12 y figura 18, las encuestadas evidencian un nivel alto con 79%, seguido de un 22% con un nivel medio, no mostrando un nivel bajo. Por lo que se concluye que, las encuestadas presentan la predominancia de un nivel alto en cuanto a esta dimensión.

Tabla 13
Intimidad

Intimidad		
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	183	61.0
Alto	117	39.0
Total	300	100.0

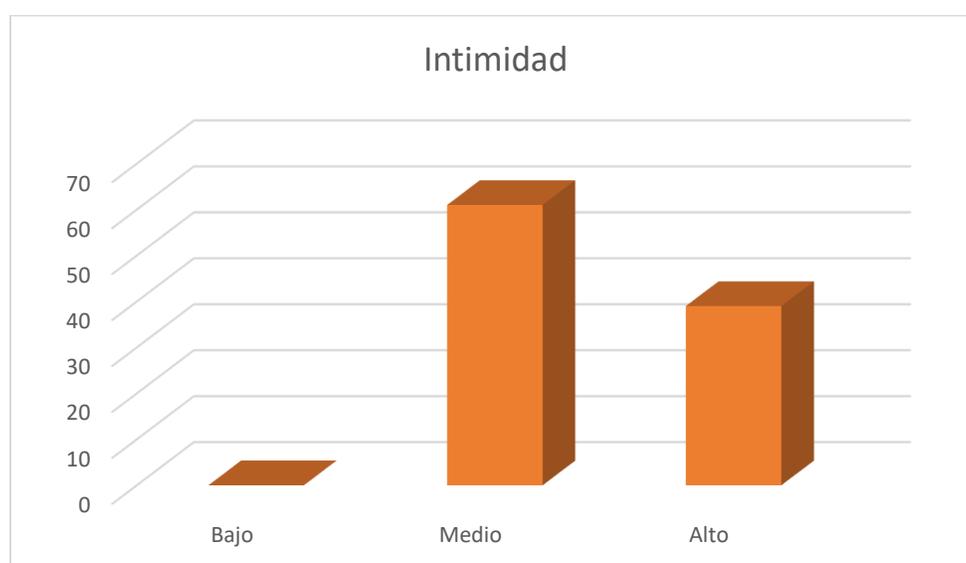


Figura 19. Intimidad. Nota. Se precisa los niveles de intimidad, correspondiente a la dimensión del apego.

En la tabla 13 y figura 19, las encuestadas evidencian un nivel medio con 61%, seguido de un 39% con un nivel alto, no mostrando un nivel bajo. Por lo que se concluye que, las encuestadas presentan la predominancia de un nivel medio en cuanto a esta dimensión.

Tabla 14
Apego

Apego		
Apego Seguro	64	21%
Apego evitativo	84	28%
Apego ambivalente	152	51%
Total	300	100.0

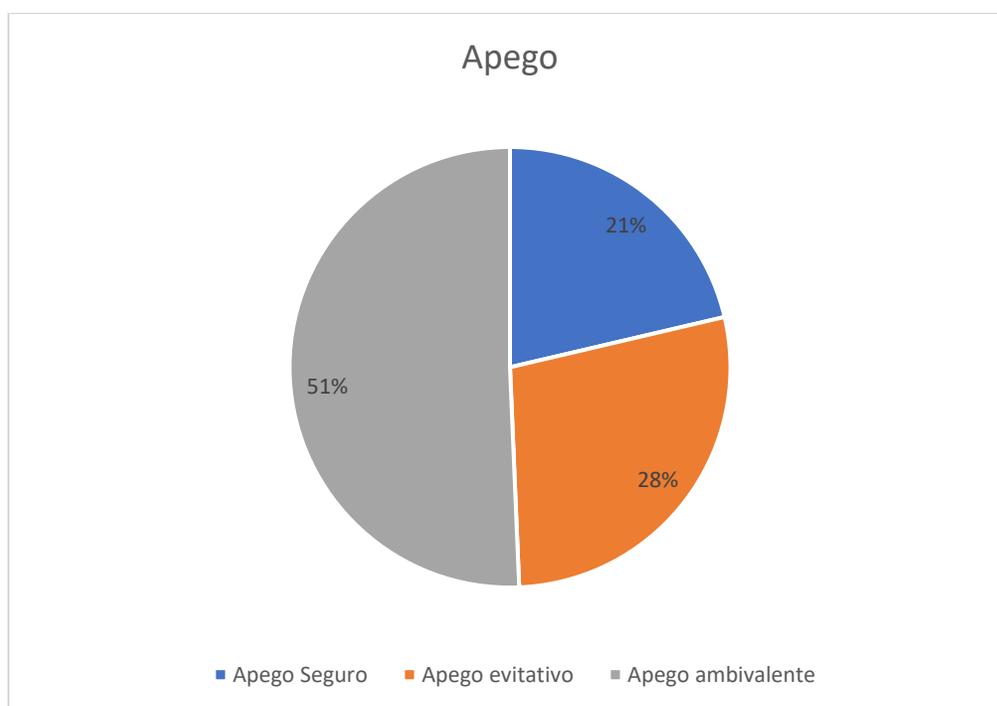


Figura 20. Apego. Nota. Se precisa los niveles de la variable apego.

En la tabla 14 y figura 20, se valida la segunda hipótesis específica, la cual guarda relación con el segundo objetivo específico, donde se observa el tipo de apego que presentan las encuestadas, mostrando que el 51% presenta un apego ambivalente, el 28% presenta apego evitativo y el 21% presenta apego seguro. Concluyendo que, en las encuestadas, el apego ambivalente es el más predominante.

Tabla 15
Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Sintomatología TLP	0.119	298	0.000
Apego seguro	0.484	298	0.000
Apego evitativo	0.456	298	0.000
Apego ambivalente	0.348	298	0.000

En la tabla 15, se emplea la prueba de kolmogorov para el análisis de normalidad, puesto que la muestra tiene más de 35 datos, en tal sentido, se analiza los grados de significancia en ambas variables, este no excede el 0.05 del valor esperado en su mayoría, por lo que "la muestra no tiene una distribución normal", por ello se procede al análisis inferencial con estadísticos no paramétrico.

Tabla 16
Correlación entre Apego y Sintomatología TLP

Correlación entre Apego y Sintomatología TLP			
Rho de Spearman			Sintomatología TLP
Apego Seguro	Coeficiente de correlación		-.194**
	Sig. (bilateral)		0.001
	N		300
Apego evitativo	Coeficiente de correlación		-.163**
	Sig. (bilateral)		0.005
	N		300
Apego ambivalente	Coeficiente de correlación		.308**
	Sig. (bilateral)		0.000
	N		298

En la tabla 16, se valida la hipótesis general, que va de la mano con el objetivo general, la cual manifiesta una correlación significativa, inversa y débil ($r = -.194$; $p < 0.000$, $p < 0.05$). entre apego seguro y sintomatología TLP, eso quiere decir que, ante el incremento de sintomatología, el apego seguro disminuye; el apego seguro en las personas con sintomatología TLP, en la adultez, se correlaciona de esta manera, negativa inversa, es decir, si una de las variables baja la otra variable sube y viceversa. Constatando que la relación es significativa, a través de estos resultados, podemos generalizar los datos. En cuanto al apego ambivalente, hay una correlación significativa positiva directa y moderada. Esto se puede corroborar en base a la teoría, pues se sabe que solo el 3% a 5% de la población lo tiene, es la mezcla entre el apego evitativo y el apego ansioso, es decir, tienen miedo a la intimidad pero a la vez, tienen miedo al abandono, existe una incongruencia total en lo que sienten y en muchos casos, son incapaces de identificar sus propias emociones, son así, debido a que en su infancia tuvieron una total inconsistencia al atender sus necesidades (Papapetrou, et al., 2020).

Tabla 17
Correlación entre las dimensiones de Sintomatología TLP y las dimensiones de Apego.

Correlación entre las dimensiones de Sintomatología TLP y las dimensiones de Apego			Dependencia	Ansiedad	Intimidad
Rho de Spearman	Miedo al abandono	Coeficiente de correlación	-.284**	.451**	-.148*
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.010
		N	300	300	300
	Relaciones inestables	Coeficiente de correlación	-.263**	.444**	-0.093
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.109
		N	300	300	300
	Impulsividad	Coeficiente de correlación	-.220**	.396**	-0.048
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.412
		N	300	300	300
	Suicidio	Coeficiente de correlación	-.264**	.427**	-0.099
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.088
		N	300	300	300
	Inestabilidad afectiva	Coeficiente de correlación	-.296**	.511**	-.129*
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.025
		N	300	300	300
	Ira	Coeficiente de correlación	-.264**	.405**	-0.077
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.185
		N	300	300	300
	Ideación paranoide	Coeficiente de correlación	-.221**	.382**	-0.113
		Sig. (bilateral)	0.000	0.000	0.051
		N	300	300	300

En la tabla 17, se valida la tercera hipótesis específica, que va de la mano con el tercer objetivo específico, donde se manifiesta una correlación significativa, inversa y débil ($r = -.451$; $x = 0.000$, $x < 0.05$) entre la dimensión de miedo al abandono y ansiedad. Sin embargo, también se correlaciona inversamente baja con dependencia, mientras

más dependiente es la persona, menos miedo al abandono tendrá; por otro lado, mientras más miedo al abandono tiene la persona menos dependencia.

Existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,444$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre relaciones inestables y ansiedad. Asimismo, se relaciona de manera inversa con la dependencia, mientras menos dependiente es la persona, menos relaciones inestables tendrá, por otro lado, mientras más sean sus relaciones inestables menos dependencia tendrá.

Se manifiesta que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,396$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre la dimensión de impulsividad y ansiedad.

Se observa que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,427$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre la dimensión de suicidio y ansiedad.

Se observa que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,511$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre la dimensión de inestabilidad afectiva y ansiedad.

Se observa que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,405$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre la dimensión de ira y ansiedad.

Se observa que existe una correlación significativa, inversa y débil ($r=-,382$; $x=0.000$, $x<0.05$) entre la dimensión de ideación paranoide y ansiedad.

DISCUSIÓN

Se contó con la participación de 300 mujeres miembros del grupo femenino TLP-Borderline de Latinoamérica. Se escogió este grupo en específico, puesto que es un grupo bastante activo tanto en su página de Facebook como en el WhatsApp, además de ser una población con gran predisposición a tener sintomatología límite de la personalidad.

El TLP no solo se presenta en varones o en mujeres, sin embargo, son las mujeres quienes buscan ayuda, por lo que la incidencia en centros de salud mental es mayor en ellas. Es por esto, que dentro de estudio se trabaja con mujeres (Sarkar, 2019). Es así, que el 70 % de casos son mujeres, considerándolas como individuos de riesgo y peligro (Pericás, Sánchez y Solé, 2020). Por otro lado, en nuestro país, si bien no se tienen datos concretos entre el género femenino y masculino en cuanto a la prevalencia del TLP, en el 2008, el Minsa hace una referencia a este trastorno en donde menciona que “es el único trastorno de la personalidad con la cantidad suficiente para aparecer en las encuestas”. Considerando que esto fue ya hace más de 10 años, Prado (2015) menciona que, dentro del Hospital Honorio Delgado, Arequipa, la prevalencia de este trastorno es de 6 % en asistencia primaria, donde el 10 % son pacientes ambulatorios y el 20 % están hospitalizados.

A tal efecto, se contó con la participación del 50 % de peruanas, el 25 % son de nacionalidad mexicana, seguido del 18 % de las integrantes de nacionalidad boliviana. Si bien el grupo elegido son mujeres de diversos países de Latinoamérica, es relevante

mencionar que, de las 300 participantes, 151 son peruanas, por tanto, el tema planteado es vigente, válido y contundente para poder ser estudiado.

Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre los síntomas trastorno límite de la personalidad y el apego, para lo cual, se planteó una hipótesis general, sobre la base de los resultados obtenidos, la relación entre la sintomatología del TLP y el apego muestran una correlación significativa, inversa y débil. De acuerdo con el primer objetivo planteado, los resultados evidencian que el 81.3 % de las encuestadas presentan sintomatología a nivel alto, seguido del 18.7 % con sintomatología a nivel medio y no se evidencia un nivel bajo en las encuestadas. De acuerdo con Soler et al., (2013), el TLP “se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la identidad, la impulsividad y el afecto” (p. 1); este se asocia a altos índices de tasas de suicidio, presenta comorbilidad con otros trastornos mentales, además de implicarse con un deterioro funcional grave y altos costos dentro del servicio de psiquiatría.

En el Perú, a raíz de la pandemia, se ha empezado a tomar más en cuenta a la salud mental, sin embargo, los programas que implementan se basan netamente en la ansiedad, depresión y estrés, siendo así que el último estudio que trató de identificar la mayor prevalencia de trastornos mentales fue en el 2008. Este estudio dio como resultado que el TLP es el único trastorno de personalidad con una cantidad suficiente para poder aparecer dentro de las encuestas, pues el 2.76 % presentaban este trastorno (Saravia, 2011). Este resultado propuesto por el Minsa, pese a tener una antigüedad, lo que se menciona es relevante para poderse tomar en cuenta, mostrando que TLP es un trastorno que no pasa desapercibido dentro de nuestro país. Por lo cual, hace que la

autora se cuestione si a raíz de esta investigación, otros autores y autoras tomaran partido para poder hacer una investigación netamente peruana, poder realizar una diferenciación entre las diferentes regiones que existe en nuestro país, además de que se podría trabajar con una población arequipeña, pues se debe tomar en cuenta que la situación sociodemográfica es diferente en cada región. Por ende, la forma cómo los padres o cuidadores principales cuidan desde pequeños a sus hijos es diferente en cada región, bajo la influencia de diferentes factores culturales, sociales, familiares, etc. Por otro lado, Prado (2015) realiza un estudio sobre la incidencia de este trastorno dentro del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, mostrando que la población con TLP puede llegar a ser hasta de 5.9 %, sin contar lo que es la asistencia primaria, pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, pues la cifra va aumentando. Incluso se podría hacer una comparación entre la incidencia de cada hospital con mayor alcance de cada región en cuanto a este trastorno de personalidad, ayudaría mucho a tener un amplio panorama de la realidad de la salud mental sobre la base de este trastorno de personalidad.

Tomando como referencia el artículo presentado por la UCSP (2021), donde mencionan que durante la pandemia los más afectados en cuanto a salud mental fueron los adolescentes, es relevante mencionar que la adolescencia es la etapa donde la personalidad se consolida, etapa donde además se puede presentar diferentes síntomas en cuanto al TLP, dicho artículo menciona que los adolescentes fueron víctimas de ansiedad y depresión en este tiempo de pandemia, recordando además que este trastorno de personalidad se evidencia de diferentes formas y que además trae consigo diferentes comorbilidad. Por tanto, surge la interrogante si existe la probabilidad que durante esta pandemia, el TLP haya agarrado mayor fuerza, conjuntamente. Ante esto,

es necesario mencionar que cuando se presenta algunos de los síntomas del TLP durante la adolescencia, estos son diagnosticados con trastornos de la conducta, pues se sabe que no se puede dar un diagnóstico de algún trastorno hasta los 18 años, razón que la autora considera que, durante la adolescencia, se puede dar signos de alerta que se puedan tratar a tiempo y no dejarlos pasar como una etapa.

Asimismo, los resultados arrojan que el 51 % de la población presenta un apego ambivalente, el 28 % un apego evitativo; y solo el 21 %, un apego seguro. Prado (2015), dentro de su estudio, evidenció antecedentes de abuso sexual y casos de violencia física en pacientes hospitalizados y ambulatorios con TLP. Asimismo, Denegrí (2018) demostró que antecedentes de violencia intrafamiliar, familia disfuncional, experiencias desafortunadas en la infancia y adolescencia, violencia sexual, son consideradas como una causa para el desarrollo futuro del TLP. Por otro lado, Almuelle (2017) realiza una investigación relacionada al TLP y el apego, en donde su muestra fue un grupo femenino, al igual que esta investigación; es así que señaló que el 51 % presenta apego inseguro evitativo y el 35 % apego inseguro ambivalente, siendo estos dos tipos, predominantes de su estudio. Adicionalmente, Vaquero (2018) concluye que la sintomatología del TLP está relacionada con el apego inseguro de tipo desorganizado y ambivalente.

Erkoreka et al. (2021) reflejan en su estudio que el apego ambivalente ocurre por el abuso emocional y la desregulación emocional; en cuanto a esto, se refieren a las relaciones inestables, mayor intensidad y reactividad de la expresión emocional, siendo características del TLP. El estudio propuesto por Papapetrou et al. (2020) resaltó que dependerá mucho del tipo de apego para poder construir relaciones sanas y duraderas futuras. Si bien existen diferentes factores para el desarrollo del trastorno límite de la

personalidad, los impactos sociales, efectos familiares, malos tratos, dificultades dentro del desarrollo del niño, puede ser una de las causas (Porter, et al., 2020).

Finalmente, en cuanto al tercer objetivo, los resultados mostraron que existe una correlación significativa, inversa y débil entre apego seguro y sintomatología TLP, eso quiere decir que, ante el incremento de sintomatología, el apego seguro disminuye. Además, el apego seguro en las personas con sintomatología TLP, en la adultez, se correlaciona de esta manera negativa inversa; es decir, si una de las variables baja la otra variable sube y viceversa. Constatando que la relación es significativa, a través de estos resultados, podemos generalizar los datos. En cuanto al apego ambivalente, hay una correlación significativa positiva directa y moderada. Esto se puede corroborar sobre la base de la teoría, pues se sabe que solo el 3 % a 5 % de la población lo tiene, es la mezcla entre el apego evitativo y el apego ansioso; esto es, tienen miedo a la intimidad, pero a la vez, tienen miedo al abandono, existe una incongruencia total en lo que sienten y en muchos casos, son incapaces de identificar sus propias emociones, son así, debido a que en su infancia tuvieron una total inconsistencia al atender sus necesidades (Papapetrou, et al., 2020). Corroborando la tercera hipótesis, pues se muestra la relación estadística significativa entre estas dimensiones del TP y el apego.

CONCLUSIONES

Primera. Los resultados mostraron que existe una correlación significativa, inversa y débil entre los síntomas del TLP y el apego, es decir que, ante el incremento de síntomas del TLP, el apego seguro disminuye; en la adultez, se correlaciona de esta manera, negativa inversa, es decir, si una de las variables baja la otra variable sube y viceversa.

Segunda. Las encuestadas, integrantes del Grupo Femenino TLP- Borderline de Latinoamérica presentan síntomas de TLP a nivel alto, donde el 81.3% evidencia este nivel y el 18.7% presenta un nivel medio.

Tercera. El 51% de las integrantes del Grupo Femenino TLP – Borderline de Latinoamérica, presenta apego ambivalente, es decir que, sus cuidadores estuvieron presentes emocionalmente durante una parte del tiempo limitada en la vida de las integrantes; seguido del 28% con apego evitativo y solo el 21% presentan un apego seguro.

Cuarta. En la correlación entre las dimensiones de la sintomatología TLP y las dimensiones de apego, predomina la correlación entre la ansiedad y todas las dimensiones de la sintomatología TLP (miedo al abandono, relaciones inestables, impulsividad, suicidio, inestabilidad afectiva, ira e ideación paranoide), asimismo, la ideación paranoide, guarda relación con las dimensiones dependencia, ansiedad e intimidad.

RECOMENDACIONES

Primera. Replicar esta investigación con pacientes con diagnóstico TLP, tomando en cuenta una población masculina o mixta, pues existen estudios donde se relacionan ambas variables, pero la mayoría de ellas son con un grupo femenino y no con un grupo mixto o solo masculino. Asimismo, se puede replicar en una población netamente de Arequipa donde se pueda tomar en cuenta los factores culturales, sociales, ambientales, etc., en donde pueda existir un estudio comparativo con otras regiones.

Segunda. Implementar un programa en institutos, colegios y universidades, en donde exista una cultura sobre el TLP en pacientes que pueden ser vulnerables, tomando en cuenta las dimensiones del apego, para así poder evitar factores de riesgo y comorbilidad psiquiátrica más adelante.

Tercera. Implementar programas para los padres, donde se les hable sobre la importancia del apego en la vida de una persona, pues muchos desconocen o no poseen una buena información sobre el tema y omiten varios aspectos que puede evitar el desarrollo de un trastorno.

Cuarta. Capacitar al personal de salud mental en temas de diagnósticos, pues muchas veces llegan adolescentes al servicio de psiquiatría y psicología por problemas de conducta y omiten algunos criterios del TLP y no se diagnostica correctamente o en todo caso, diagnostican la comorbilidad del trastorno y no se cumple con un buen tratamiento. Realizar un estudio donde se evidencie cuál de las dimensiones del BSL-23 son más prevalentes dentro de este trastorno de personalidad.

REFERENCIAS

- Abarca, M. (2021). *El trastorno límite de la personalidad: relación entre el apego infantil*. [Trabajo de investigación]. Universidad Continental, Arequipa, Perú. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9736>
- Agencia de Información y Cualidades en Salud. (2011 de junio). Guía práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, Barcelona (España).
- Ainsworth, M. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Almuelle, E. (2017). *Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de personalidad límite* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/discover?scope=%2F&query=relaci%C3%B3n+trastorno+l%C3%ADmite+de+la+personalidad+apego&submit=>
- Arias, J. (2017). *Inteligencia emocional en pacientes con trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad*. Universidad de Murcia (Tesis Doctoral). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=154716>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 5° Ed.* Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2013). *DSM-V Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Barnes, J. y Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: A meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*. 40(6), 817-834. Doi:10.1002/imhj.21812
- Barroso, O. (2014). El apego adulto: la relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Brumariu, L. (2015). Parent-child attachment and emotion regulation. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 15(148), 31-45.
- Bunge, M. (2013). *La investigación científica, su estrategia y su filosofía*. Edición en Colectivo Métodos.

https://www.academia.edu/11189579/58600342_Mario_Bunge_La_Investigacion_Cientifica

- Caballo, V. (2004). *Manual de Trastornos de la Personalidad*. Barcelona, España: Editorial Síntesis S.A.
- Castillo, H. (27 de julio de 2015). Relaciones inestables entre madre e hijo desde el nacimiento se asocian en el desarrollo de la personalidad borderline. *Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*. http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/04_0.html
- Chanen, A., Nicol, K., Betts, J. & Thompson, K. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports*, 59(3), 166-174. doi: 10.1007/s11920-020-01144-5.
- Chapman, A. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156. doi:10.1017/s0954579419000658
- Chávez, C. (1 de abril, 2021). El 33 % de niños y adolescentes tienen problemas de salud mental asociados a la pandemia. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/2599/tres-de-cada-10-ninos-presentan-problemas-de-salud-mental-en-peru>
- Cruzado, M. y Machuca, R. (2020). *Estilos de apego emocional y dependencia emocional en estudiantes de un Instituto Superior Pedagógico, Cajamarca, 2020* [Tesis de postgrado]. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Cajamarca, Perú.
- Corbella, S. y Botella, L. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, 16(61), 77-101.
- Denegrí, L. (2018). *Características psicociales en personas con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional de San Agustín. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6332/PSDdesolm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Edwards, E. (2021). Herramientas para sobrevivir una pandemia. <https://www.borderlinepersonalitydisorder.org/wp-content/uploads/2020/06/Webinario-H-erramientas-para-Sobrevivir-una-Pandemia-con-la-Dra-Emily-Edwards.pdf>
- Erkoreka, L., Zamalloa, I., Rodríguez, S., Muñoz, P., Mendizabal, I., Zamalloa, M. I. & González, M. (2021). Attachment anxiety as mediator of the relationship between childhood trauma and personality dysfunction in borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 29(2), 501-511. doi:10.1002/cpp. 2640

- Fornagy, P., Target, M. & Gergely, G (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: a theory and some evidence. *Psychanalytic Inquiry*, 23, 412-59.
- Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzales, L. & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 10(4), 274-284. doi: 10.1002/pmh.1348
- Gallego, I, Delgado, A. & Quejia, I. (2011). Attachment to equals during adolescence and emerging adulthood. *Annals of Psychology*, 27(1), 155- 163.
- Guido, C. (2019). *Apego desorganizado y trastorno límite de la personalidad* [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/10177>
- Gunderson, J., Herperts, S., Skodol, A., Torgersen, S. & Zanarini, M. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(18029), 1-20. Doi. 10.1038/nrdp. 2018.29
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill Education. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hiraoka, R., Crosh, J., Reo, G., Wagner, M., Milner, J. & Skowronski, J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 52, 177-184. Doi. 10.1016 / j.chiabu.2015.10.023
- Honor, G. (2019). Attachment Disorders. *Journal of Pediatric Health Care. Conflicts of interest: None to report*, 33(5), 612-622. DOI: 10.1016/j.pedhc.2019.04.017
- Hurtado, J. y Pino, K. (2019). *Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con trastorno límite de la personalidad*. [Tesis pregrado] Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú. <http://repositorio.ucsp.edu.pe/handle/UCSP/15989>
- Jeff, V. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2). <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. & Lewekr, F. (2011). Borderline personality disorder. University of Giessen, *Ludwigstrasse*, 377, 74-84.
- López, J. (2019). *Comportamiento psicopático en el trastorno límite de la personalidad. Relación con la disfunción neurocognitiva*. [Tesis Doctora]. Universidad

Complutense de Madrid, Madrid, España.
<https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/T41585.pdf>

- Main, M & Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized-disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In M. Greenberg, D. Cicchetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Martínez, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué sabemos actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 143-152.
<https://revistacaribenadepsicologia.com/index.php/rcp/article/view/4907>
- Mezei, J., Juhasz, A., Kilencz, T & Vizin, G. (2020). A borderline személyiségzavar a fejlődépszichopatológia tükrében. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(3), 102-111. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33055291/>
- Millon, T. (2016). What is personality disorder? *Journal of Personality Disorder*, 30(3), 289-306. Doi: 10.1521 / pedi.2016.30.3.289
- Ministerio de Salud (Minsa). (2020). Plan de salud mental Perú, 2020-2021 (En contexto Covid-19). <http://bvs.Minsa.gob.pe/local/Minsa/5092.pdf>
- Ministerio de Salud (Minsa). [Internet]. (28 de septiembre, 2021).
<https://www.Minsa.gob.pe/newsletter/2021/edicion-72/nota4/index.html>
- Ministerio de Salud. Sala situacional de la COVID-19 en Perú [Internet]. (28 de septiembre, 2021). https://covid19.Minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
 Minsa.
- Molina, R., Rubio, V., Pérez, A. y Carrasco J. (2004). *Trastorno límite de la personalidad*. Barcelona, Ars. Médica: Editorial Roca M.
- Morante, M. (2017). *Antecedentes de eventos traumáticos durante la infancia como factor asociado a trastorno límite de la personalidad en adultos* [Tesis de pregrado] Universidad privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2721>
- Naranjo, A. (2013). *Efectos del entrenamiento en habilidades de la Terapia Dialéctica Conductual en personas con problemas con desregulación emocional* [Tesis de posgrado]. Pontificia Universidad Javerina, Bogotá, Colombia.
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12506/NaranjoVestinAnnaMaria2013.pdf?sequence=3>
- Oliver, E. (2015). *Los trastornos mentales: ayer y hoy*. Lima: Editorial Universitaria.

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE-10 Código de Internalización de Enfermedades. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Salud Mental. https://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Pérez, V & Mantínez, L. (2015). Apego, miedo, estrategias de afrontamiento y relaciones intrafamiliares en niños. *Psicología y Salud*, 25(1), 91-101.
- Pericás, V., Sánchez, O y Solé, T. (2020). Los tatuajes como método de autolesión para disminuir el dolor psíquico en personas con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Enfermería Salud Mental*, 15, 7-15.
- Perry, J. & Klerman, G. (1978). The borderline patient. A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Arch Gen Psychiatry*, 35(2), 141-150. Doi: 10.1001 / archpsyc.1978.01770260019001
- Pinedo, J. & Santelices, M. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 24(2), 201-210.
- Porter, C., Palmier, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood Adversity and Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi:10.1111/acps.13118
- Prado, J. (2015). *Factores Asociados a pacientes con trastorno de personalidad límite hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en los años 2011-2014* (tesis de pregrado). Universidad Católica Santa María. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3158>
- Ranson, K. & Urichuck, L. (2008). The effect of parent-child attachment ment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early Child Development and Care*, 178(2), 129–152.
- Red de Salud Mental O'Higgins Marchigüe. (07 de julio, 2020). [Internet]. Abordan trastornos de personalidad en tiempos de pandemia. <https://www.saludohiggins.cl/abordan-trastornos-de-personalidad-en-tiempos-de-pandemia/>
- Ruíz, M. y Vairo, M. (2008). Trastorno límite de la personalidad. *Reino de mujeres, tierra sin hombres*. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 9, 303-308. <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex81.pdf#page=64>
- Saravia, J. (2011). *Sentido de coherencia en pacientes limítrofes y estudiantes de ingeniería* (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/798>

- Sarkar, J. (2019). Borderline personality disorder and violence. *Australas Psychiatry*, 27(6), 578-580. doi: 10.1177/1039856219878644.
- Seivewright, H., Tyrer, P., & Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *Lancet*, 359(9325)
- Serván, I. (2018). Apego y organizaciones límite: Ajuste en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 93-109. <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/265>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K. & Corrigan, P. The stigma of personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1). doi:10.1007/s11920-015-0654-1
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M. & Pascual, J. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 14(1). doi: 10.1186/1471-244X-13-139.
- Temes, C., & Zanarini, M. (2018). The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41, 685-694. doi:10.1016/j.psc.2018.07.002
- Trull, T., Jahng, S., Tomko, R., Wood, P. & Sher, K. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-26. doi: 10.1521/pedi.2010.24.4.412.
- Tull, M., Edmonds, K., Scamaldo, K., Richmond, J., Rose, J., Gratz, K. (2020). Psychological outcomes associated with stay at home orders and the perceived impact of COVID-19 on daily life. *Psychiatry Research*, 289, 113098. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113098>
- Tyrer, P. , Reed, G. & Crawford, M. (2015) Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385 (9969), 717–726. doi: 10.1016 / S0140-6736 (14) 61995-4
- Vaquero, M. (2018). *Apego y Rasgos Límites de la Personalidad: El papel mediador de la regulación emocional* [Tesis Doctoral]. Universidad de Salamanca, Salamanca, España. <https://gredos.usal.es/handle/10366/137558>
- Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J. y Restrepo, J. (2010). *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Medellín, Colombia. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vigo, K. (2019). *Antecedente de abuso infantil asociados a conductas suicidas en pacientes con trastorno de la personalidad límite*. [Tesis de pregrado].

Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4531>

- Yen, S., Shea MT. & Battle, CL. (2002). Traumatic exposure, avoidant, and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant an obsessive-compulsive personality disorder: findings from the collaborate longitudinal personality disorders study. *J. Nerv Ment Dis*, 510-18.
- Zamorano, T. (2017). *Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de pregrado]. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8762>
- Zanari, MC., Frankenburg FR. & Reich DB. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal Pers Disod*, 14(3), 264-73.

ANEXOS

Anexo 01

Matriz de consistencia

Pregunta general	Objetivo general	Hipótesis General	Variables	Marco metodológico
¿Cuál será la relación entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021?	Determinar la relación entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021.	Existe una relación significativa entre la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y el apego en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021.	Variable Independiente: Trastorno límite de la personalidad Variable Dependiente: Apego	Método de investigación, Tipo y Alcance (nivel) de investigación <hr/> Método de investigación: Tipo: Cuantitativa Alcance: Correlacional <hr/> Diseño de investigación y esquema o gráfico <hr/> Diseño: No experimental transversal descriptivo correlacional Esquema o Gráfico: G-----
Problemas específicos	Objetivo específico			
<input type="checkbox"/> ¿Cuál es el nivel la sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es el tipo de apego que presenta el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la relación entre las dimensiones de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y las dimensiones de apego en el Grupo	<input type="checkbox"/> Identificar el nivel de sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021. <input type="checkbox"/> Identificar los tipos de apego que presentan las participantes con sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021. <input type="checkbox"/> Establecer la relación entre las dimensiones de la	Hipótesis específicas <input type="checkbox"/> El nivel de sintomatología del trastorno límite de la personalidad en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021, será un nivel medio/alto. <input type="checkbox"/> El tipo de apego en el Grupo Femenino TLP- Borderline 2021 es	Población y muestra Población: Personas con sintomatología del trastorno límite de la personalidad.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos Técnica de recolección de datos: Test Instrumento de recolección: BSL-23 y CaMir

Figura 21. Matriz de consistencia

Femenino TLP-
Borderline 2021?

sintomatología del
trastorno límite de la
personalidad y las
dimensiones de
apego en el Grupo
Femenino TLP-
Borderline 2021.

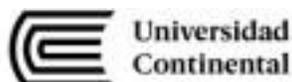
inseguro evitativo y
desorganizado.
 Existe una relación
significativa entre las
dimensiones de la
sintomatología del
trastorno límite de la
personalidad y las
dimensiones de apego
en el Grupo Femenino
TLP- Borderline 2021.

Muestra:

La muestra está compuesta por 300
miembros del Grupos Femenino-TLP
Borderline de Latinoamérica, con
rango de edades de 18 a 35 años.

Anexo 02

Aprobación del comité de ética



Huancayo, 05 de agosto del 2021

OFICIO N° 068-2021-CE-FH-UC

Señora:

MELANNIE GRACE ABARCA ROJAS

Presente-

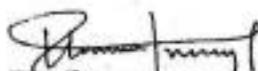
EXP. 068-2021

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez manifestarle que el estudio de investigación titulado: "RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL APEGO EN EL GRUPO FEMENINO TLP-BORDERLINE 2021" ha sido **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Humanidades, bajo las siguientes observaciones:

- El Comité de Ética puede en cualquier momento de la ejecución del trabajo solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas (mantener la confidencialidad de datos personales de los individuos entrevistados).
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.

Atte,




Eliana Mory Arcolegua
Comité de Ética en Investigación
Facultad de Humanidades
Presidenta
Universidad Continental

oficinatitulacion@continental.edu.pe <oficinatitulacion@continental.edu.pe> 10 de febrero de 2022, 20:25
Para: mherreraf@continental.edu.pe, jjara@continental.edu.pe, anunezv@continental.edu.pe,
mrodas@continental.edu.pe, abarzola@continental.edu.pe, ainfante@continental.edu.pe,
hgonzalez@continental.edu.pe, jsalcedo@continental.edu.pe, 73791166@continental.edu.pe

Estimado(a) estudiante:

El presente es para comunicar que su solicitud de modificación de título de tesis ha sido ACEPTADA. Puede verificar los documentos y la resolución del proceso en la plataforma.

Enlace de acceso a la plataforma:

[Plataforma de Grados y Títulos](#)

Atentamente,



Oficina de Titulación

(51 64) 481 430 Anexo: 7512 - 7518 - 7519
oficinatitulacion@continental.edu.pe

Anexo 03

Consentimiento informado de participación en proyecto de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACION EN PROYECTO DE INVESTIGACION

Estimada participante:

Se dirige ante usted, la Srta. Melannie Grace Abarca Rojas; Bachiller de la carrera de Psicología de la Universidad Continental.

Acudo a usted con la finalidad de solicitar su apoyo para realizar la investigación titulada "RELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL APEGO EN EL GRUPO FEMENINO TLP-BORDERLINE 2021" para optar la licenciatura en Psicología; la cual está dirigida a personas con diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Dicha evaluación consiste en relacionar los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego, para lo cual se aplicará dos cuestionarios, los cuales tiene como objetivo evaluar los síntomas del TLP y los estilos de apego, en los que recabará información que será manejada de forma confidencial y aportará a la investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Desde ya se agradece su participación.

Yo, identificada con Documento de Identidad participante con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, acepto participar en esta investigación.

.....

Firma del participante

Anexo 04

Autorización de la encargada del grupo femenino TLP-Borderline

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Yo, Guadalupe Santiago Jiménez, en mi calidad de administradora del Grupo Femenino TLP-Borderline, acepto que la señorita Melannie Grace Abarca Rojas pueda realizar la investigación titulada “Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el Grupo Femenino TLP – Borderline 2021”, aplicándoles los instrumentos Borderline Symptom List 23 (BSL-23) y la Escala de Apego para Adultos, con los fines de investigación que beneficiara a las participantes del grupo.

Finalmente, comunicar que se le brindara todas las facilidades para que pueda realizar la investigación en el grupo creado.

Atentamente



Guadalupe Santiago Jiménez
Administradora del Grupo Femenino
TLP-Borderline

Anexo 05

Instrumento de recolección de datos

BSL-23

Protocolo BSL-23

Iniciales paciente: _____

Fecha de visita 1: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Nº paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: añosSexo: Hombre Mujer

¿El paciente recibe tratamiento farmacológico?

 Sí No

Especificar (fármaco y dosis):

DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Estado civil: Soltero/a
 Casado-a / pareja de hecho o convivencia con pareja estable
 Divorciado-a / separado-a
 Viudo-a

Estudios: Sin estudios
 Estudios primarios / EGB
 BUP-ESO / COU-BACHILLERATO / FP
 Estudios universitarios

Situación Laboral: Trabaja
 En paro
 De baja temporal
 Baja por larga enfermedad
 Jubilado/a
 Otros:

Borderline Symptom List 23 (BSL-23)
--

Code: _____

fecha: [][] . [][] . [2 | 0] [][]

Por favor, siga estas instrucciones cuando responda el cuestionario: En la siguiente tabla encontrará una serie de dificultades y problemas que podrían describirle. Por favor, lea detenidamente el cuestionario y decida en qué grado le afectó cada problema durante la semana pasada. En el caso de que no sienta nada en este momento, por favor responda de acuerdo a cómo piensa *que podría haberse sentido*. Por favor responda con sinceridad.

Todas las preguntas hacen referencia a la última semana. Si se ha sentido de diferente manera en diferentes momentos de la semana, haga una valoración promedio de cómo le fueron las cosas.

Por favor asegúrese de responder a todas las preguntas.

Durante la última semana...		Nunca	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
1	Me resultaba difícil concentrarme	0	1	2	3	4
2	Me sentí indefenso	0	1	2	3	4
3	Estuve ausente e incapaz de recordar que estaba haciendo en realidad	0	1	2	3	4
4	Sentí asco	0	1	2	3	4
5	Pensé en hacerme daño	0	1	2	3	4
6	Desconfié de los demás	0	1	2	3	4
7	No creía que tuviera derecho a vivir	0	1	2	3	4
8	Me sentía solo	0	1	2	3	4
9	Sentí una tensión interna estresante	0	1	2	3	4
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza	0	1	2	3	4
11	Me odié a mí mismo	0	1	2	3	4
12	Quise castigarme	0	1	2	3	4
13	Sufrí de vergüenza	0	1	2	3	4
14	Mi humor oscilaba rápidamente entre la ansiedad, la rabia y la depresión.	0	1	2	3	4
15	Sufrí al oír voces y ruidos procedentes de dentro o fuera de mi cabeza	0	1	2	3	4
16	Las críticas tuvieron un efecto demoleedor en mí	0	1	2	3	4
17	Me sentí vulnerable	0	1	2	3	4
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación	0	1	2	3	4
19	Nada parecía tener sentido para mí	0	1	2	3	4
20	Tuve miedo de perder el control	0	1	2	3	4
21	Me di asco a mí mismo	0	1	2	3	4
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo	0	1	2	3	4
23	Sentí que no valía nada	0	1	2	3	4

Anexo 06

Instrumentos de recolección de datos

Escala de apego para adultos

Escala de apego para adultos

Institución:

Especialidad:

Sexo:

Edad:

Instrucciones: por favor lea cada oración y marque con una (X) la opción de la izquierda que mejor describa la manera en que usted caracteriza sus sentimientos:

Enunciados	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Es difícil para mí depender de otras personas.					
2. La gente nunca está ahí cuando la necesitas.					
3. Me siento bien al depender de otros.					
4. Sé que otras personas estarán ahí cuando las necesite.					
5. Me es muy difícil confiar completamente en otras personas.					
6. No estoy muy segura de siempre contar con los demás cuando los necesite.					
7. No me preocupa mucho ser abandonada.					
8. Muy a menudo me preocupo de que mi pareja no me ame en realidad.					
9. A veces me parece que otras personas no les agrada a cercarse tanto como me gustaría acercarme a mí.					
10. A menudo me preocupo por saber si mi pareja querrá permanecer conmigo.					
11. Me gustaría involucrarme completamente con alguien.					
12. Mi deseo de involucrarme completamente con la gente a veces la aleja de mí.					
13. Me es relativamente fácil acercarme a otros.					
14. Generalmente no me preocupa que alguien se me acerque demasiado.					
15. De una u otra manera me incomoda estar cerca de los demás.					
16. Me siento nerviosa cuando cualquier persona se me acerca demasiado.					
17. Me siento cómoda al tener a otros dependiendo de mí.					
18. Con frecuencia mi pareja me pide intimar más de lo que me hace sentir cómoda.					

Anexo 07

Instrumentos aplicados

Dentro del enlace presentado se muestra el consentimiento y las respuestas de las participantes del estudio. Se puede acceder al enlace mediante el correo universitario.

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1qxoJ3NoZ87uv_5vWmqexF6pd1YNm7Hql/edit?rtpof=true#gid=908752309