



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

**Relación entre el Apego Inseguro y el Trastorno
Límite de Personalidad en mujeres del Área
Metropolitana de Buenos Aires.**

Estudiante: Mingrino Nicole Stefanía

Legajo: 27514

Director/es: Gabriel Mortara

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. En Psicología.

Trabajo de Investigación Empírico (cuantitativo).

2024

Índice:

Resumen.....

Delimitación del Objeto de estudio.....

- Planteo del problema
- Objetivo general y Objetivos específicos
- Supuestos básicos de la investigación
- Hipótesis.
- Fundamentación

Estado del arte.....

Marco teórico.....

- Apego Inseguro
- Trastorno Límite de Personalidad

Metodología.....

- Diseño de estudio
- Muestra
- Instrumentos
- Procedimiento

Resultados.....

Discusión.....

Conclusión.....

Referencias.....

Anexo.....

1. Resumen:

El presente trabajo de investigación indaga en la correlación entre el apego inseguro y la sintomatología TLP. La población escogida para realizar esta investigación fue en mujeres mayores de 18 años.

Se trabajó a partir de un diseño no experimental, cuantitativo, de corte transversal, descriptivo, correlacional utilizando las técnicas CamiR-r y el cuestionario BSL-23 (2012), así como un cuestionario sociodemográfico. Esto fue administrado a mujeres mayores de 18 años residentes de CABA y PBA en Argentina. Los hallazgos señalan que existe una correlación muy significativa negativa entre el nivel de sintomatología TLP y el factor de seguridad (apego), así mismo se encontró una correlación muy significativa positiva entre el nivel de sintomatología TLP y el nivel de traumatismo (apego). El 78,9% de la muestra de mujeres con sintomatología TLP, presentan apego inseguro.

Palabras Clave: Apego, Apego inseguro, Trastorno Límite de Personalidad, Sintomatología TLP, Seguridad.

Abstract

The present research work investigates the correlation between insecure attachment and BPD symptomatology. The population chosen for this research was women over 18 years of age.

We worked from a non-experimental, quantitative, cross-sectional, descriptive, correlational design using the CamiR-r techniques and the BSL-23 questionnaire (2012), as well as a sociodemographic questionnaire. This was administered to women over 18 years of age residing in the Autonomous City of Buenos Aires (CABA) and Buenos Aires Province in Argentina. The findings indicate that there is a highly significant negative correlation between the level of BPD symptomatology and the safety factor (attachment), likewise, a highly significant positive correlation was found between the level of BPD symptomatology and the level of trauma (attachment). Of the sample of women with BPD symptomatology, 78.9% presented insecure attachment.

2. Delimitación del objeto de estudio

Se definen las variables a investigar y se delimita el problema de investigación. Se exponen los objetivos de la investigación y las hipótesis que de ellos se formulen en caso de que corresponda, según el diseño.

2.1 Planteo del problema

La presente investigación propone abordar la correlación entre el haber vivenciado un apego inseguro en la infancia, y el desarrollo posterior de sintomatología TLP.

En el 2011, la Fundación Foro de Argentina ha realizado una investigación en la que se estudiaba y trabajaba con las familias de los pacientes TLP. Analizando diferentes estudios etiológicos, encontraron diferentes asociaciones entre la estructura de la familia y la predisposición de estos a desarrollar sintomatología TLP y desregulación emocional. Así mismo revelaron el índice de diferentes patologías a las que se ven expuestos aquellos familiares que se encuentran conviviendo con pacientes TLP, determinando así también de acuerdo a la estructura familiar, la gravedad en la sintomatología del paciente y su familia.

Siendo el trastorno límite de la personalidad una patología que afecta al paciente en diferentes áreas de su vida, como la relacional, social, laboral, familiar, y está causando semejante malestar tanto en la propia vida como en la de su entorno, incluso generando en estos patologías severas, es necesario comenzar a indagar en las posibles causas, etiologías o factores predisponentes para el desarrollo del mismo.

A su vez, estudios como el de Regalado y Gagliesi (2011), aseguran cierta asociación la estructura familiar, por lo que es imprescindible el comenzar a preguntarse sobre cómo fueron los primeros vínculos de las personas con sintomatología TLP, para así afirmar o descartar, si en esto se encuentra un factor predisponente o de riesgo frente a esta sintomatología.

¿Cuántas son las personas con vínculos inseguros en primera instancia? ¿Cuántas de éstas han por nacer? Si esto realmente fuese un factor de riesgo para el desarrollo de esta sintomatología, ¿de cuántos casos TLP estaríamos estadísticamente hablando en un futuro?

No se encuentran investigaciones actuales en Argentina de la prevalencia de pacientes TLP, sin embargo según el DSM V (APA, 2013) la prevalencia en la población general es de un 1,6 % y, a su vez, se encuentra que hay un 6% de pacientes TLP en personas que llegan por atención primaria, un 10% en quienes acuden a servicios de salud mental, y un 20% en personas que llegan hospitalizadas por internaciones psiquiátricas. Siendo estos porcentajes elevados, se considera pertinente indagar en estudios al respecto específicamente en Argentina. Asimismo, debido a la gravedad que hay en los entornos de estos pacientes de desarrollar la misma sintomatología, se considera necesario analizar los vínculos (apego) entre los mismos.

Algunas de las preguntas a indagar en la siguiente investigación es si existe una relación entre el apego inseguro y el Trastorno Límite de Personalidad, si existe algún apego común entre las personas que sufren esta sintomatología y si quienes son pacientes TLP han vivenciado algún vínculo de apego inseguro.

2.2 Objetivos

Objetivo General:

- Determinar si existe correlación entre la sintomatología TLP y el apego inseguro.

Objetivos Específicos:

- Determinar el tipo de apego de personas con sintomatología TLP.
- Determinar el nivel de sintomatología TLP en personas con apego inseguro.

2.3 Hipótesis:

Existe una significativa correlación entre sintomatología TLP y el apego inseguro.

Aquellas personas que presentan una sintomatología alta en Trastorno Límite de Personalidad, no han tenido un estilo de apego seguro.

Aquellas personas que no presentan estilo de apego seguro tienen mayor vulnerabilidad frente al desarrollo del TLP.

3. Estado del Arte

Kokoulina & Martínez (2016) realizan un estudio cualitativo con el fin de correlacionar el rechazo y negligencias parentales (inseguridad en el apego) con el trastorno límite de la personalidad. En el mismo se incluyen tanto un grupo de pacientes TLP como un grupo de pacientes con diversas patologías. Estos fueron escuchados en sus experiencias autoinformadas en la infancia-adolescencia. Se concluyó que en los pacientes TLP existe mayor adversidad familiar, desde antipatía paterna hasta abusos sexuales. Este estudio fue discutido con el marco de la psicopatología del desarrollo y también con la teoría de Bowlby (1989).

Deborah Badoud, et al. (2017) realiza una investigación con el objetivo de investigar la interacción entre el apego, las capacidades de regulación emocional y la sintomatología TLP. La muestra está compuesta por 55 mujeres diagnosticadas con TLP y 105 mujeres sin un diagnóstico.

Los resultados mostraron que los pacientes con TLP mayormente tuvieron un apego inseguro, mostrando dificultad para sentirse amados e importantes para los demás, y a su vez, poca capacidad de regulación emocional.

Lorena Muñoz Muñoz (2017) realiza una revisión sistemática con el objetivo de comparar y describir los resultados y conclusiones de diferentes estudios que abordan la relación entre el apego y la autorregulación en la infancia. La búsqueda de los artículos se realizó en diferentes bases de datos y a su vez, se revisaron las referencias de los artículos en búsqueda de más investigaciones sobre la temática. Todas estas eran de metodología cuantitativa dirigidas a poblaciones norteamericanas y europeas con un nivel socioeconómico medio y en un grupo etario de 0 a 12 años. Se descubre por un lado que, los niños y niñas con apego seguro tienen mejor control inhibitorio que niños y niñas que no tienen apego seguro, Heikamp, et al. (2013). Por el otro, que se encuentra correlación significativa entre el patrón de apego en la infancia y la capacidad de autorregulación dependiendo de la edad en la que se evalúan ambos constructos. En simultáneo, se encuentra una distinción del apego dependiendo de la figura de apego presente. Se

concluye que está corroborada empíricamente la correlación entre el apego y la capacidad de autorregulación, y que esta debe seguir siendo estudiada debido a que difieren los resultados dependiendo de si la autorregulación es referida a lo conductual o a lo afectivo emocional.

Mercedes Vaquero-Casado (2018) realiza un estudio con el objetivo de evaluar la relación entre el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional en personas con rasgos TLP. Se realiza un estudio cuantitativo en el que se incluyen los siguientes instrumentos: Entrevista Diagnóstica Revisada para pacientes TLP, Cuestionario sociodemográfico, CaMi-R y la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. La muestra estaba conformada por 94 personas. La mitad de estas pacientes diagnosticadas con TLP o rasgos límites (según criterios DSM-IV-TR) y la otra mitad eran también pacientes pero sin este diagnóstico. Se analizaron la diferencia de medias entre los dos grupos, se estudiaron las correlaciones y los resultados concluyen y confirman la relación entre TLP y la inseguridad en el apego; pero a su vez la imposibilidad de asociarlo a este único estilo de vinculación.

A su vez, el análisis indica que la sintomatología límite es más grave en casos de apego desorganizado, específicamente en el área afectiva, presentando mayores dificultades de regulación emocional.

Madison Smith & Susan South (2019) realizaron una investigación con el objetivo de proporcionar así una síntesis cuantitativa entre la asociación entre el apego inseguro y los rasgos TLP. Se realizó una profunda búsqueda en las plataformas Psyc y Pubmed de las variables TLP y apego en adulto. Los resultados demostraron que la ansiedad en el apego se correlaciona fuertemente con la sintomatología TLP y que existe una relación entre el apego desorganizado y el desarrollo del trastorno límite de personalidad.

Veronica Jazmín Corral-Proaño, et al. (2019) realizan una investigación cuantitativa con el fin de analizar la correlación de los vínculos de apegos inseguros y experiencias infantiles traumáticas con la conducta suicida en la adolescencia. Esto se realizó con una población de 10 adolescentes entre 13 y 19 años ecuatorianos, pacientes del Hospital General Enrique Garcés de Quito. Se utilizaron

técnicas de entrevista así como el Cuestionario ACE, vinculado a las experiencias adversas en la infancia y el ASA, relacionado al apego. Como resultado descubrieron que la negligencia de parte de los cuidadores es tan significativa e implica un factor de riesgo como el maltrato físico y psicológico. Lo cual indica que haber atravesado una experiencia traumática infantil así como haber tenido un vínculo de apego inseguro, aumentan la predisposición o probabilidad de suicidarse en la adolescencia.

Mohsen Khosravi (2020) realiza un estudio cuantitativo correlacional a fin de examinar el papel mediador de la alexitimia en relación a los diferentes estilos de apego y la sintomatología TLP. La muestra estaba conformada de 153 pacientes iraníes diagnosticados con TLP. Estos fueron evaluados con la TAS20, el cuestionario de Estilo de Apego y el índice de gravedad de TLP (BPDSI). Los resultados corroboraron la correlación entre los diferentes apegos que no fueron seguros y el desarrollo de la alexitimia y en simultáneo de sintomatología TLP; por lo que propone que sería recomendable el aumento de conciencia emocional para así reducir el desarrollo de alexitimia y de Trastorno Límite de la Personalidad.

Erkoreka, et al. (2021) realiza una investigación cuantitativa en España a fin de indagar sobre la relación entre el apego ansioso inseguro, el traumatismo infantil y la disfuncionalidad en pacientes con sintomatología TLP. Emplearon un diseño descriptivo correlacional, en el que se administraron el inventario "Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) (Fraley et al., 2000)" para evaluar el tipo de apego; el Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ) (Bernstein et al., 2003) para evaluar el traumatismo infantil y el Personality pathology was explored using the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (W.J. Livesley & Jackson, 2009) para analizar el perfil de personalidad patológica. La muestra estuvo compuesta por 60 personas diagnosticadas con TLP, entre 18 a 60 años, con una media de 34, 8 y un desvío estándar de 8,05. 43 de los participantes (71,7%) eran mujeres. Los resultados demostraron que el apego inseguro era una variable mediadora entre tipos específicos de traumas infantiles como el abuso emocional, la negligencia física y la desregulación emocional. El abuso emocional se correlacionó con el comportamiento disruptivo, característico de las personas TLP.

Mosquera, et al. (2022) realizan un estudio cuantitativo con el objetivo de explorar la relación entre los diferentes estilos de apego adulto y la regulación emocional. La muestra estuvo compuesta por 290 estudiantes de 18 a 25 años en diferentes universidades de Quito (Ecuador). Se aplicaron las técnicas ECR-R (propia del contexto ecuatoriano) y el instrumento DERS (escala de medición de la desregulación emocional). Los resultados concluyeron que no existen diferencias por sexo en cuanto a los indicadores de regulación emocional; pero que si existe una correlación entre los diferentes estilos de apego inseguros y la desregulación emocional; afirmando así que el apego seguro constituiría un factor protector para la regulación emocional.

4. Marco Teórico

Apego

El apego, lejos de definirse como una conducta instintiva fija que se reproduce de la misma forma, hace referencia a una serie de conductas diversas, cuya activación o desactivación, así como su intensidad, irá modificándose en función de la retroalimentación del ambiente que reciba, Bowlby en Delgado (2004). Mediante el apego los infantes alcanzan la regulación progresiva de sus estados afectivos y de tipo físico.

Puede entenderse al apego como constructo organizacional que integra el desarrollo en sus distintos ámbitos. El apego ejercería un efecto continuo durante el crecimiento, si bien sus manifestaciones externas cambiarán a lo largo del desarrollo. Galan (2010).

Teoría del apego

La Teoría del Apego, propuesta por John Bowlby (1958), se utiliza para explicar la relación entre un niño y sus cuidadores y para comprender las conductas que al ser humano le permitirán conseguir proximidad con otro. Si bien al día de hoy esta teoría sigue siendo de interés Delgado (2004) así como muchos otros autores afirman que el surgimiento de la teoría del apego puede considerarse un hito fundamental propio de la psicología contemporánea, esta parte de estudios de años.

Durante la época de los sesenta, se realizaron diversas investigaciones a través de la observación de niños recién nacidos y sus interacciones con sus familiares (figuras de apego). Algunos de estos estudios fueron realizados por Ainsworth (1967) o por Schaffer y Emerson (1964). Estos corroboraron que el vínculo establecido entre la diada dependía fundamentalmente de la respuesta del adulto a las necesidades manifestadas por el niño.

El modelo de Bowlby (1958) planteaba la existencia de cuatro sistemas de conductas relacionadas a la proximidad que se ponía en juego en las interacción madre-hijo. Estos sistemas eran; el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el sistema de miedo a los extraños y el sistema afiliativo. Estos sistemas explicaban la importancia y la influencia que tenía la sensibilidad de los padres frente a las peticiones o necesidades del infante, Delgado, (2004).

Mary Ainsworth (1967) continuó la propuesta planteada por Bowlby, añadiendo a la Teoría aportes relevantes como la primera distinción entre los diferentes apegos que existen.

Más allá de estar asociado al primer tiempo de vida de una persona, sería no solo la cercanía con su cuidador una necesidad biológica básica, sino también un condicionante que definiría su forma de relacionarse para siempre. Para comprender la dinámica en que una persona interactúa con otra, es necesario indagar en la historia de sus primeros vínculos.

Tipos de apego desde la mirada de Ainsworth

Mary Ainsworth (1967), en primera instancia, fue quien continuó la teoría planteada por Bowlby (1958) y realizó la distinción entre el apego seguro, evitativo y resistente-ambivalente.

Ainsworth (1970) diseñó una situación experimental conocida como "Situación del Extraño" en la cual experimentaba en una habitación las conductas exploratorias que tenía el niño en presencia y en ausencia de la madre cuando se colocaba en la misma a una persona desconocida. Esto corroboró que la madre era utilizada como base segura, y que en ausencia de ella, el niño activaba (en la mayoría de los casos) percepción de amenaza y conductas de apego; desactivando así la exploración.

A través de estos estudios, Ainsworth (1970) realizó una clasificación en los tipos de apego, diferenciando así en grupos los distintos comportamientos que tenían los niños frente a un mismo experimento.

El primero de estos; conocido como el apego "seguro". Este caracterizaba a aquellos niños que mostraban un patrón saludable en sus conductas de apego. En presencia de sus madres, los niños se permitían explorar mientras que, en su ausencia, se mostraban afectados. Las madres de estos niños serían catalogadas como sensibles, responsivas y disponibles frente a la necesidad del niño. Ainsworth citado en Delgado (2004). En la adultez, las personas con tipo de apego seguro serían quienes "valoran con claridad a las figuras y las experiencias de apego, con una aparente objetividad, y en un discurso equilibrado" Galan (2010).

En segundo lugar, el apego “inseguro-evitativo”, también conocido como distanciante. Estos niños frente al experimento de Ainsworth (1967) se mostraron independientes. Su desempeño en la exploración no dependía de la presencia de su madre, y la misma no parecía ser fuente de seguridad. Si bien no parecían verse afectados por la ausencia de su madre ni tampoco buscaban su contacto una vez presente, a posteriori se concluyó que el desapego era producto de haber experimentado separaciones dolorosas. Delgado (2004).

Las madres de los niños con este tipo de apego, serían etiquetadas como rechazantes o insensibles frente a las peticiones de sus hijos. Delgado (2004) En la adultez, las personas que mantienen vínculos de tipo inseguro-evitativo serían quienes “ofrecen un discurso pobre, donde tienden a no reconocer o discutir los eventos negativos, especialmente su significación emocional, ofreciendo un discurso que difiere de los hechos”. Galan (2010).

Por último, Ainsworth (1970) calificaría al tipo de apego “Inseguro-ambivalente”, este también conocido como preocupado, resistente. Frente al experimento los niños se mostraban excesivamente preocupados por la ausencia de su madre. Sin embargo, cuando ellas regresaron, los niños se resistían al contacto y acercamiento y presentaban emociones y conductas irritables. Las madres de los niños con apego inseguro habían mostrado conductas inconsistentes. Ainsworth citado en Delgado, 2004. Esto referido a que en situaciones, se mostraban cálidas y sensibles y, en otras, frías e insensibles; lo cual generaba confusión para los infantes y por ende frente a la contradicción del comportamiento de sus madres, reaccionaban con conductas ambivalentes. Los adultos con este tipo de apego se caracterizan por ser “personas que parecen demasiado preocupadas con las relaciones tempranas como para describirlas o evaluarlas con claridad, ofreciendo discursos vagos y confusos”. Galán (2010)

Apego inseguro

Ainsworth (1970) clasifica en primera instancia el apego seguro del inseguro. Este último a posteriori siendo nuevamente diferenciado de acuerdo a las diferentes conductas de parte de los cuidadores frente a las necesidades del infante (algunas de estas quedando insatisfechas). El apego entonces se encuentra estrechamente relacionado con la seguridad que puedan brindarle los cuidadores al infante, y esta repercutirá en el modo de relacionarse del niño tanto con ellos como con los demás.

El aporte de Mary Main.

Mary Main (1986) añade el cuarto patrón de apego, también siendo inseguro, denominado “desorganizado”, también conocido como desorientado o no resuelto, presentando cambios abruptos en el hilo del discurso, entre otras características.

El apego es desorganizado cuando el niño no es capaz de regular sus emociones vinculadas al apego usando las estrategias habituales, por lo que aparece la desorganización. Mary Main (1986)

“En la clasificación tripartita original de Ainsworth no aparecía un tipo de apego que más tarde acabaría generando una ingente bibliografía y cuyas implicaciones se muestran especialmente relevantes a nivel teórico y aplicado.” Galán (2010)

A principios de los 80, resultaba desafiante para algunos investigadores que trabajaban con población maltratada la clasificación de algunos niños, no obstante, Mary Main junto a Judith Salomon propusieron un nuevo patrón de apego denominado “Desorganizado/desorientado”.

La primera teorización acerca del apego desorganizado se caracteriza como un miedo sin solución, “la existencia de un dilema insoluble”, en el cual el niño vivenciaba una experiencia de angustia imposibilitada de resolver debido a que el mismo cuidador que era la fuente de miedo, era el único que podía protegerlo. Galán (2010)

Este patrón es característico de niños con padres maltratadores. Hasta el año 2010, un 80% de los niños en estas familias, mostraban apego desorganizado.

“El apego desorganizado puede ser entendido como el producto de un padre extremadamente insensible o alterado que falla continuamente en tranquilizar y

confortar la activación en él niño de las necesidades de apego; (...) él niño quedaría expuesto a la **disregulación emocional** sin contar con la ayuda de su cuidador”.

Características del Apego Desorganizado:

El apego desorganizado tiene una aparición breve y transitoria, que implica contar con un buen entrenamiento para identificarlo. A veces la desorganización es tan predominante, que él niño no cuenta con otra estrategia de afrontamiento, por lo que mantiene de forma persistente una conducta de apego seriamente alterada. Entre las conductas más características se encuentran la presentación secuencial o simultánea de conductas contradictorias; expresiones mal dirigidas, incompletas o interrumpidas; desorientación; y manifestaciones especialmente dramáticas que sugieren dificultad en el vínculo entre este y sus cuidadores, Mary Main citado en Galan (2010).

Alrededor de los 3-4 años de vida del niño, la desorganización puede mutar en control a través del cual el infante intentará implantar las normas del vínculo; este se puede dar de una manera violenta (incluyendo chantajes, imposiciones) o a través de estrategias de cuidado (extrema necesidad de ser el cuidador de sus padres). Main plantea que en estos casos, la desorganización permanece a nivel de las representaciones mentales y concluye en adultos incapaces de apartarse de relaciones dolorosas, Galan (2010).

Se ha comprobado que su frecuencia es más frecuente en los contextos de pobreza y marginalidad. Se ha llegado a plantear el conceptuarse como una manifestación temprana de psicopatología, Galán (2010).

Personalidad

Para comprender en profundidad los trastornos de personalidad, se considera pertinente empezar a pensar en que hace a la personalidad de una persona. Si bien no existe una única definición y que este constructo se ha estudiado y debatido desde antes de Cristo; se cree oportuno revisar su historia a fin de indagar desde la amplitud de conocimiento y perspectivas posibles. Los griegos definían o clasificaban a las personas de acuerdo a su temperamento y lo asociaban a diferentes elementos de la naturaleza (aire,

tierra, fuego, agua); a fin de explicar las propiedades o características que tendría cada categoría conformada, Cruz (2019)

En el Siglo XVIII, médicos e investigadores como Philippe Pinel, Esquirol y Prichard comienzan a describir “personalidades anormales”, mientras estudiaban y conformaban los manuales de psiquiatría, Crocq (2013).

Dentro de quienes hoy en día se consideran los primeros investigadores en el estudio de la personalidad humana, se encuentran Eysenck y Cloringer (1987), quienes pensaban que las diferencias en el comportamiento de las personas podrían llegar a ser explicadas desde los distintos mecanismos fisiológicos y bioquímicos, y que para comprenderla era necesario el entendimiento de las estructuras neuroendocrinas, Cruz (2019); así como el aspecto social, incluyendo en este el contexto de aprendizaje.

Million (1974) realiza su primera propuesta teórica que irá siendo modificada hasta establecerse el “Inventario de Estilos de Personalidad”. Million (1997) acude a la integración de distintas teorías, a fin de explicar que son varios aspectos los cuales influyen en la personalidad de un sujeto y que la misma no se explica por uno o por otro, sino por el conjunto de factores que emergen. Million (1997) hace hincapié tanto en la estructura como en la dinámica de la personalidad, cuyo funcionamiento estará fundamentado incluyendo aspectos de la perspectiva nomotética (entrelazando las necesidades, mecanismos y defensas de una persona) y en simultáneo en la idiográfica (teniendo en cuenta la historia de vida del sujeto, y la relación entre los factores biológicos con los sociales), Cardenal, et al. (2007).

Luego de haber indagado en la esencia de este constructo, se comprende a la personalidad como un conjunto de rasgos que hacen a la forma de ser de una

persona, y lo distingue del resto; aunque se puedan agrupar con otras personas por las coincidencias que pueden haber entre sí. Algunas de las esferas o dimensiones que se pueden tener en cuenta para comprender o analizar los rasgos de personalidad, tomando de referencia el “Modelo de los Cinco Factores” de Costa y McCrae (1999) son el neuroticismo, la extraversión, la apertura, la amabilidad y por último la responsabilidad.

Se considera que esta variable se debe seguir investigando por todo lo que se desprende de la misma.

Trastornos de la personalidad

Citando al DSM V (2013), un trastorno de la personalidad “es 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, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro”. Million (2002) realiza una diferenciación de variables que consideraría relativa, pero que servirían como puntos representativos a la hora de empezar a hablar de trastornos de la personalidad; incluyendo aquí la normalidad y la patología. La personalidad normal incluiría un estilo de adaptación saludable, flexible, constructivo, en búsqueda de promover la salud. Mientras que la personalidad patológica, involucraría a los trastornos de personalidad, estos pensados como estilos de funcionamiento inadaptados que pueden atribuirse a diferentes causas. Estos estilos caracterizados por su inflexibilidad, conductas desadaptativas, con percepciones frustrantes y difusas, teniendo efectos peligrosos o desfavorables en términos de salud, Million en Cardenal (2007). Azpiroz Nuñez (2016) cuestiona estas diferenciaciones en términos de construcciones sociales, desafiando los conceptos de salud y enfermedad, haciendo hincapié en diferentes criterios que atraviesan estas variables; incluyendo la mirada sociocultural, legal y teniendo en cuenta también lo estadístico. Exponiendo así que lo “normal y adaptado” será subjetivo y se constituirá dependiendo profundamente del contexto en el que se desarrolle; aunque sí se comprenda que estadísticamente ciertas conductas no encajen o incomoden en grupos con otras normalidades. Una

característica fundamental del trastorno de la personalidad es que el patrón de comportamiento permanente de la persona “se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, y que se manifiesta en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos” DSM V (2013).

Actualmente, de acuerdo al DSM V (2013), los trastornos de la personalidad se encuentran clasificados en 3 categorías diagnósticas; el grupo A, el grupo B y el grupo C. Estos son definidos de acuerdo a los patrones de rasgos persistentes compartidos en las distintas categorías. Dentro del grupo A encontramos a los individuos considerados “raros” o excéntricos; como lo es el paranoide, esquizoide, esquizotípico. Dentro del grupo B encontramos aquellas personas que se caracterizan por tener conductas o pensamientos excesivamente emocionales, dramáticos o impredecibles; entre estos se encuentran el antisocial, límite, histriónico, narcisista.

En último lugar, se encuentra el grupo C, en el cual se agrupan personas caracterizadas por ser ansiosas y temerosas; el evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo.

Las personas que tienen una tendencia genética a padecer un trastorno de personalidad, se verán más o menos vulnerables a desarrollarlos en función de cómo interactúen con el ambiente en el que se encuentran.

Estos trastornos suelen ser comórbidos con trastornos del estado de ánimo como la depresión y a su vez, con trastornos de ansiedad; por lo que mientras con psicoterapia se tratará sobre los rasgos de la personalidad, con los psicofármacos se alivianan síntomas como angustia y ansiedad.

Los trastornos de personalidad empezaron a adquirir mayor relevancia a partir del DSM-III (1980) y en ese mismo año los estudios específicamente sobre el TLP tuvieron un crecimiento exponencial, Villar (2017). En el DSM IV (1994) se introdujeron una serie de criterios a fin de detallar cuales son las características que tiene un trastorno de personalidad. Entre estos se encontraron factores como el inicio precoz, la duración en el tiempo, la persistencia y naturaleza transituacional, el malestar clínicamente significativo, entre otros.

Trastorno límite de la personalidad

Dentro del grupo B de los trastornos de la personalidad, encontramos al Borderline o al Trastorno Límite. Él nombre se le asigna debido a que desde un punto de vista psicoanalítico no se podía encasillar a esta patología ni completamente en la estructura psicótica, ni tampoco en la neurótica, por eso él término “límite/borde” como punto medio en ambas dos, Million (1969) y, en simultáneo puede comprenderse en términos de gravedad.

El DSM V (2013) describe al mismo como un “patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.”

Este trastorno se caracteriza por la ambivalencia, la desregulación emocional y la sensación de vulnerabilidad permanente. Son personas que, como no pueden regularse emocionalmente, tampoco pueden controlar sus impulsos.

Bonet (1684) en Escribano Nieto (2006) agrupó a los síntomas de impulsividad y estados de ánimo inestables en un síndrome denominado “folié maníaco.melancolique”.

A posteriori, hubo diferentes autores que asemejaron a este síndrome y lo siguieron estudiando y definiendo. Sin embargo, en palabras de Million (1998) fue Kraepelin (1921) quien se acercó más a lo que hoy en día se conoce como los síntomas característicos de TLP a través de la descripción de la “personalidad excitable”, Escribano Nieto (2006). Quien empleó la designación “límite” fue el psicoanalista Adolf Stern (1938).

Los criterios diagnósticos actuales del TLP dentro del DSM V (2013) son:

- 1- Esfuerzo desesperado para evitar el desamparo real o imaginado.
- 2- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
- 3- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
- 4- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.
- 5- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.

Trastorno límite de la personalidad y la Terapia Dialéctico Conductual.

El tratamiento que ha demostrado mayor eficacia para el abordaje del trastorno límite de personalidad ha sido la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) propuesta por Marsha Linehan (1993). Esta teoría es una de las terapias contextuales, pertenecientes a la tercera ola de las cognitivo-conductuales. La DBT se basa en la teoría biosocial, la cual propone que la desregulación emocional (una de las características principales en el trastorno TLP) es producto de padecer cierta vulnerabilidad emocional y en simultáneo formar o haber sido parte de un ambiente invalidante.

La estructura del tratamiento en DBT difiere de otras teorías. Esta cuenta no solo con el espacio de psicoterapia individual, sino también con un grupo de entrenamiento en habilidades a fin de aumentar las capacidades, con coaching teléfono (los pacientes con TLP están autorizados a llamar las 24hs del día si es que están por tener una recaída), sesiones familiares (a fin de estructurar el ambiente, y permitir contextos de validación) y el terapeuta contará también con el equipo de consultoría para poder sobrellevar con el caso de la manera más eficaz.

A lo largo del tratamiento se acordarán metas a fin de, progresivamente, generar control y estabilidad conductual, y también en el área afectiva emocional. En simultáneo se trabajará en posibles traumas residuales (propios o característicos de infancias vulneradas, o ambientes invalidantes) así como en la prevención de recaídas.

Apego y Trastorno Límite de Personalidad

En paralelo a los estudios de Kraepelin (1915) y Schneider (1961) con respecto a las diferentes clasificaciones de la personalidad, y las consideradas “anormales”, el psicoanálisis destaca la influencia que podrían tener las experiencias tempranas de la vida, Crocq (2013).

La teoría de Bowlby (1988), construída desde 1958 con términos que serían precursores a lo que hoy se conoce como el apego proporciona un marco teórico sobre cómo las primeras experiencias relacionales, condicionarán el área interpersonal a lo largo de toda la vida. Progresivamente, la teoría del apego, fue permitiendo no solo la comprensión entre el vínculo niño cuidador, sino también de los aspectos de la personalidad, la identidad y los vínculos en la adultez, Gillath et al., (2016).

“Es evidente que los pasos que un lactante o un niño realiza en el sentido del progreso hacia la regulación de su ambivalencia son de esencial importancia para el desarrollo de su personalidad. Si todo ello sigue un curso favorable, el niño se desarrollará no sólo dándose cuenta de la existencia en su propio interior de impulsos contradictorios, sino también dotado de una capacidad para dirigirlos y controlarlos y la ansiedad y el sentimiento de culpa que generan le serán soportables. Si su progreso es menos favorable, se verá acosado por impulsos que se sentirá incapaz de controlar de modo adecuado, o que no controlará en absoluto”, Bowlby, (1986).

Galan (2010) considera que el estudio de la correlación entre las variables del apego desorganizado en la niñez y el trastorno borderline en el adulto es uno de los campos más fértiles a investigar.

5. Método

La investigación es cuantitativa por lo que se utilizará la recolección de datos (en este caso mediante google forms) a fin de corroborar las hipótesis planteada a través del análisis de datos. En segundo lugar, es un estudio transversal ya que los datos a analizar se define como un “tipo de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido”. En simultáneo, el diseño de la presente investigación es de tipo correlacional– causal que según Hernández Sampieri (1.994,p. 193), es la que tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado; en este caso, apego inseguro y trastorno límite de personalidad. Esto implica no solo sus mera descripciones, sino de la relación entre ambas variables.

5.1 Diseño

Se realizará una investigación cuantitativa transversal descriptiva correlacional.

5.2 Participantes

La muestra está conformada por 57 mujeres del Área Metropolitana de Buenos Aires diagnosticadas con Trastorno Límite de Personalidad. Las mismas tendrán un rango etario de 18 a 50 años.

5.3 Instrumentos de recolección

Se administrará el cuestionario BSL-23 (2012), el cual es específico para población TLP. En él mismo quienes tengan que completarlo se encontrarán con diferentes dificultades o problemas que pueden o no describir su diario vivir, por lo que tendrán que evaluar en él lapso de la última semana cuánto de eso han atravesado y puntuar del 0 al 5; siendo 0 “En absoluto”, 5 “Muchísimo”.

Asimismo, se administrará el cuestionario CaMir-R (2011), el cual mide el tipo de apego así como el funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de edad adulta. En este test autoadministrable de 32 ítems, los pacientes se encontrarán con diferentes ideas o sentimientos que pueden acercarse o no a los propios. Tendrán que puntuar del 1 al 5 lo que más se asemeje a lo que ellos viven, sienten; el 1 representando "Muy en desacuerdo", el 5 representando "Muy de acuerdo". Este cuestionario es autoadministrable y cuenta con 23 situaciones a identificar y puntuar. El mismo se divide en las dimensiones de traumatismo infantil, que referencia las instancias de vivencias traumáticas sufridas durante la infancia y Seguridad, relacionado con el sentimiento de seguridad brindado por el contexto de la persona en su infancia. Para determinar si el tipo de apego fue seguro o no seguro, se deben emplear ambos puntajes.

Se tomará un cuestionario sociodemográfico donde se preguntará la edad, estado civil, nivel educativo alcanzado, si de forma previa o actualmente se encuentra en tratamiento terapéutico y/o farmacológico. Y a su vez se indagará en si existe una correlación significativa entre la sintomatología y estos datos.

5.4 Procedimiento

Se contactará a diferentes terapeutas contextuales a fin de que puedan hacer llegar tanto a sus colegas como a sus pacientes diagnosticados con TLP el link de google forms en el cual se podrá responder la encuesta conformada por el instrumento BSL-23 (2012), el CaMir-R (2011) así como el cuestionario sociodemográfico detallado en el punto anterior. Para lograr mayor difusión, también se compartirá mediante grupos de difusión de Psicólogos TCC en el cual se le añadirá un mensaje con los requisitos necesarios para llenar el mismo. No obstante, al llegar al número de encuestas propuesto, se realizará un filtro asegurándose que quienes hayan completado el formulario cumplan con los requisitos de la población solicitada. En la primera página de la encuesta del google form se les informará que estos resultados serán utilizados con fines de investigación y a su vez universitarios, y tendrán que dar en la misma el consentimiento para su uso, aunque lo mismo sea de forma anónima. Es requisito para continuar con el cuestionario, responder por sí o por no al consentimiento del uso del mismo. Completar el cuestionario no debería llevar más de quince minutos, ya que si bien consiste de algunas preguntas profundas, el formato es multiple choice y de análisis de los últimos días, por lo que no implica mayor dificultad. Al alcanzar los 107 formularios respondidos, se cierra la posibilidad de seguir participando. A través de la aplicación IBM SPSS Statistics se clasifican los casos, agrupando según mayor o menor sintomatología TLP, y se continúa trabajando con aquellos “casos puros”; 57 mujeres entre 18 y xxx que presentan un nivel alto de sintomatología TLP. Una vez obtenida la muestra, se empiezan a analizar los datos, comparando variables, teniendo en cuenta las puntuaciones correspondientes a los cuestionarios administrados, así como las correlaciones significativas con los datos sociodemográficos expresados. A través de IBM SPSS Statistics, se analiza la hipótesis y se concluye a diferentes resultados que serán expresados a través de diferentes gráficos que nos permitirán corroborar o no los resultados esperados, y formular así la discusión con quienes han sido parte del estado de arte.

6. Resultados

En primer lugar se han recolectado 107 encuestas, completando tanto el cuestionario CAMIR, el BSL-23 como uno sociodemográfico. De esas 107 respuestas, analizando los datos de la misma, se concluye que 57 personas son quienes conforman la muestra a analizar ya que tienen sintomatología TLP moderada o grave.

Analizando en primer lugar los datos del cuestionario sociodemográfico, es pertinente aclarar que todas se han identificado con el género femenino, presentando una media de edad de 28 años, con un mínimo de 18, un máximo de 46 y una desviación 6.

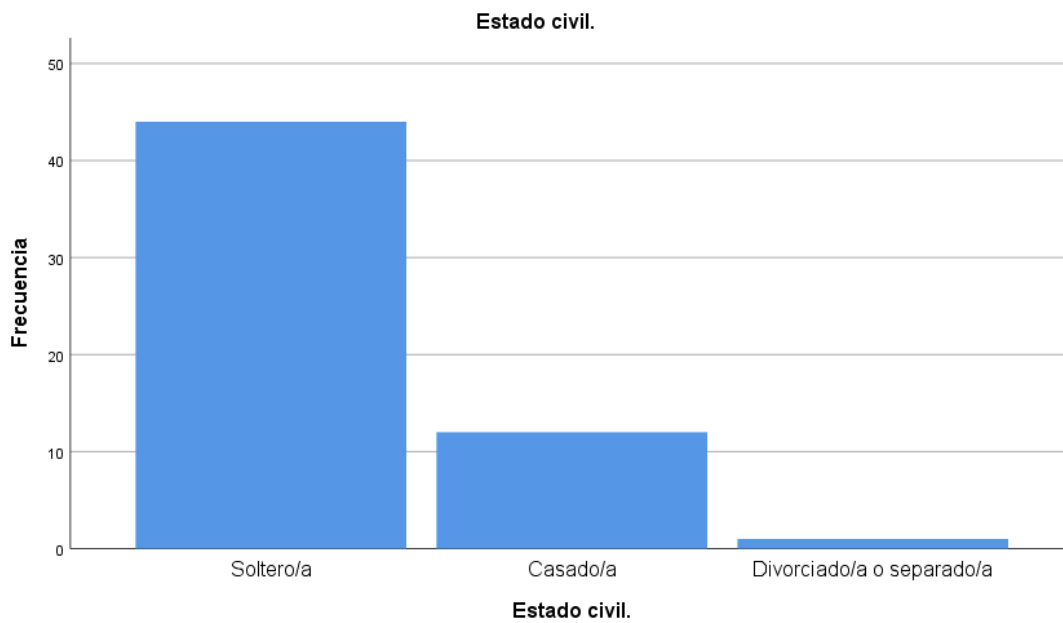
Esto se refleja en los resultados de las siguientes tablas y gráficos (Tabla 1)

Tabla 1 Análisis descriptivo de la edad.

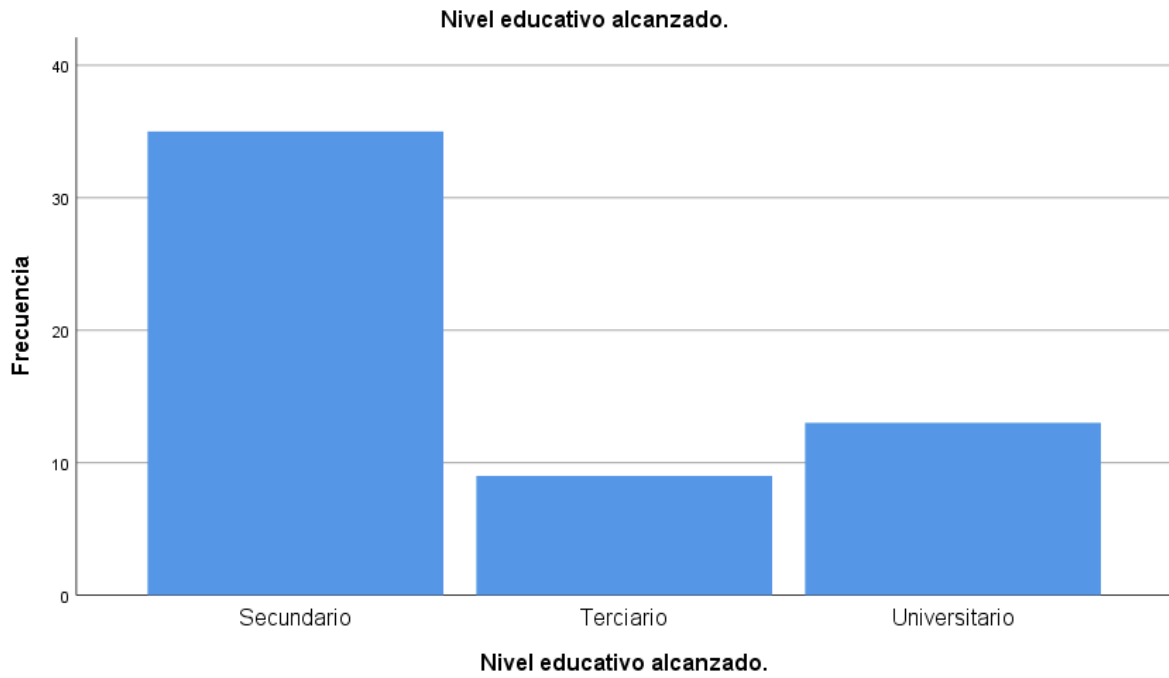
	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	18	46	28	6

Tabla 2. Análisis descriptivo del estado civil.

	Frecuencia	Porcentaje
Solteras	44	77,2
Casadas	12	21,1
Divorciadas/Separadas	1	1,8



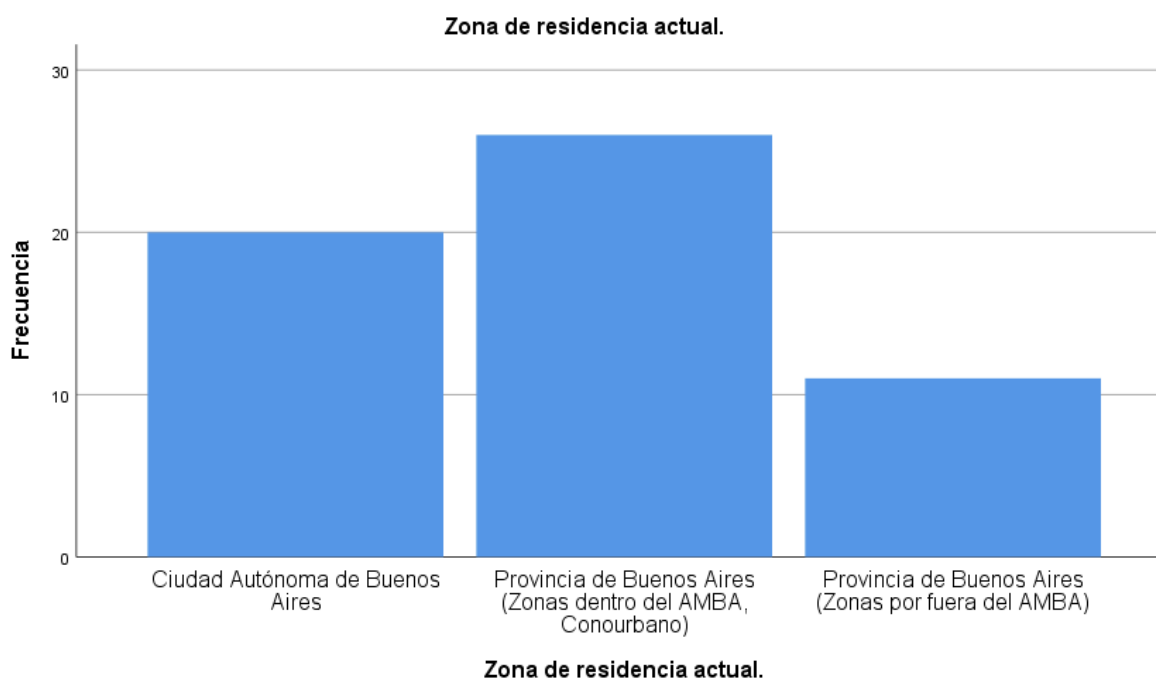
Como puede observarse la población está distribuida en 44 (77,2%) de solteras, 12 (21,1%) de casadas, 1 (1,8%) de divorciadas.



Como puede observarse, la población está distribuída en 35 (61,2%) de mujeres con el nivel secundario alcanzado, 9 (15,8%) de mujeres con nivel terciario alcanzado y 13 (22,8%) de mujeres con nivel universitario alcanzado.

Tabla 4. Análisis descriptivo por zona de residencia actual.

	Frecuencia	Porcentaje
CABA	20	35,1
PBA (AMBA)	26	45,6
PBA (por fuera del AMBA)	11	19,3



Como puede observarse la población está distribuida en 20 (35,1%) de mujeres de CABA, 26 (45,6%) de mujeres de PBA y 11 (19,3%) de mujeres de PBA, zonas por fuera del AMBA.

A continuación se empiezan a analizar y combinar los resultados de las variables del BSL-23 , el cual mide el nivel de sintomatología TLP y del CamiR-r; el cual analiza el tipo de apego.

Tabla 5. Análisis descriptivo de las variables estudiadas.

	n	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Edad	57	18	46	28,54	6,6
Sintomatología TLP	57	30	90	57,19	18,4
Seguridad	57	7	35	20,5	6,2
Traumatismo	57	7	25	18,1	4,9

Luego se evaluó si existe correlación entre las variables estudiadas.

Tabla 6. Correlación de Pearson entre las variables estudiadas.

	Edad	Sintomatología TLP	Seguridad	Traumatismo
Edad	1	-0,20	,018	-,044
Sintomatología TLP		1	-,363**	,357**
Seguridad			1	-,496**
Traumatismo				1

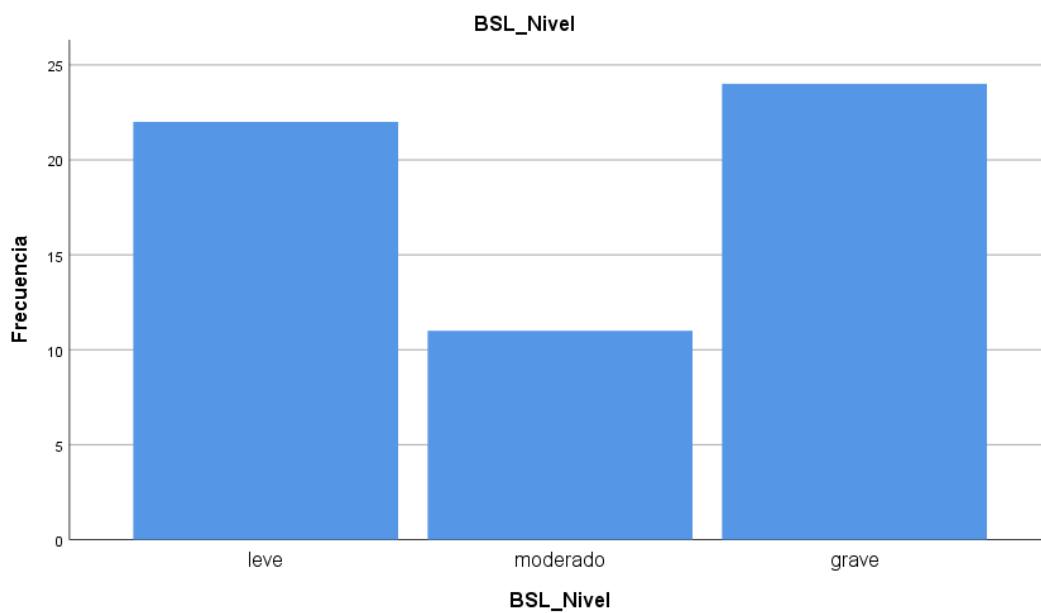
No se encontraron correlaciones significativas entre la edad y el nivel de sintomatología TLP o las dimensiones de apego (seguridad y traumatismo). Se encontró una correlación muy significativa negativa entre el nivel de sintomatología TLP y el nivel de seguridad (apego). En simultáneo, se encontró una correlación muy significativa positiva entre el nivel de sintomatología TLP y el nivel de

traumatismo (apego). A su vez, se encontró una correlación muy significativa negativa entre el nivel de seguridad y el traumatismo.

Posterior a esto se evaluó el nivel de sintomatología TLP y se dividió la muestra según el grado de severidad de los síntomas, estos fueron leve, moderado, grave.

Tabla 7. Análisis descriptivo Nivel de Sintomatología TLP.

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	22	38,6
Moderado	11	19,3
Grave	24	42,1

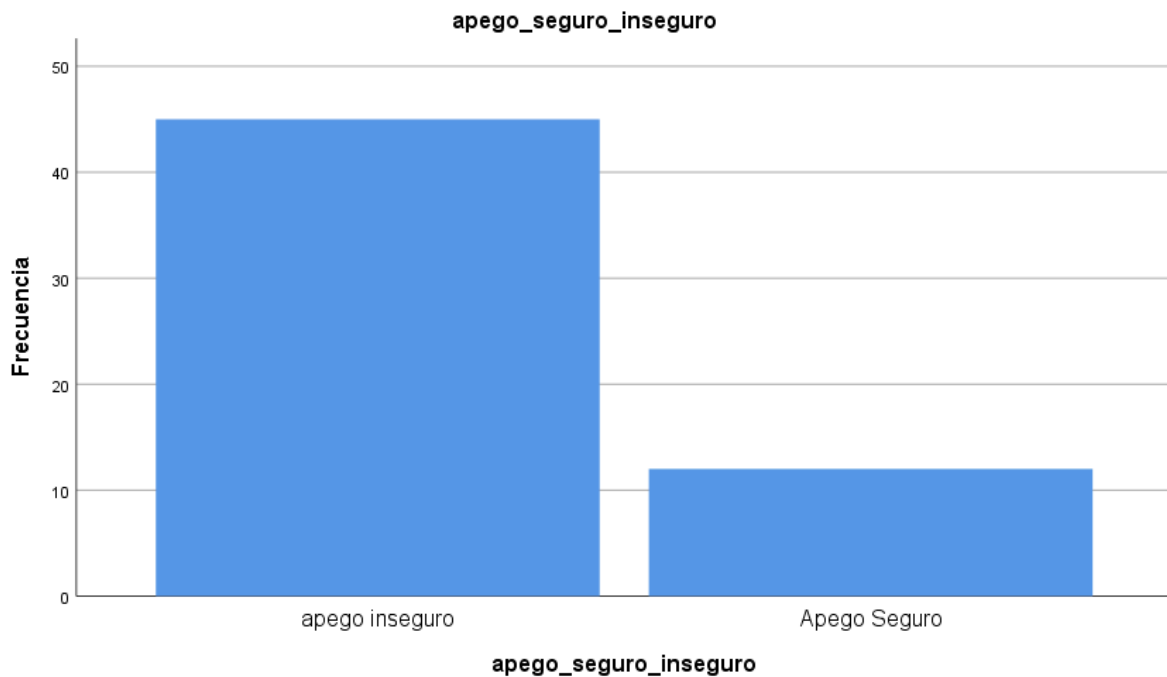


Como puede observarse, la población está distribuida en 22 (38,6%) de pacientes con nivel de sintomatología TLP leve, 11 (19,3%) con nivel de sintomatología TLP moderado y 24 (42,1%) con nivel de sintomatología TLP grave.

Para determinar si el apego de las participantes es seguro o inseguro, se emplearon los puntajes T de la escala, los cuales difieren en un rango mayor o menor a 50 determinando así en cuál de las dos categorías se clasifican.

Tabla x. Tipo de apego

	Frecuencia	Porcentaje
Apego Inseguro	45	78,9
Apego Seguro	12	21,1

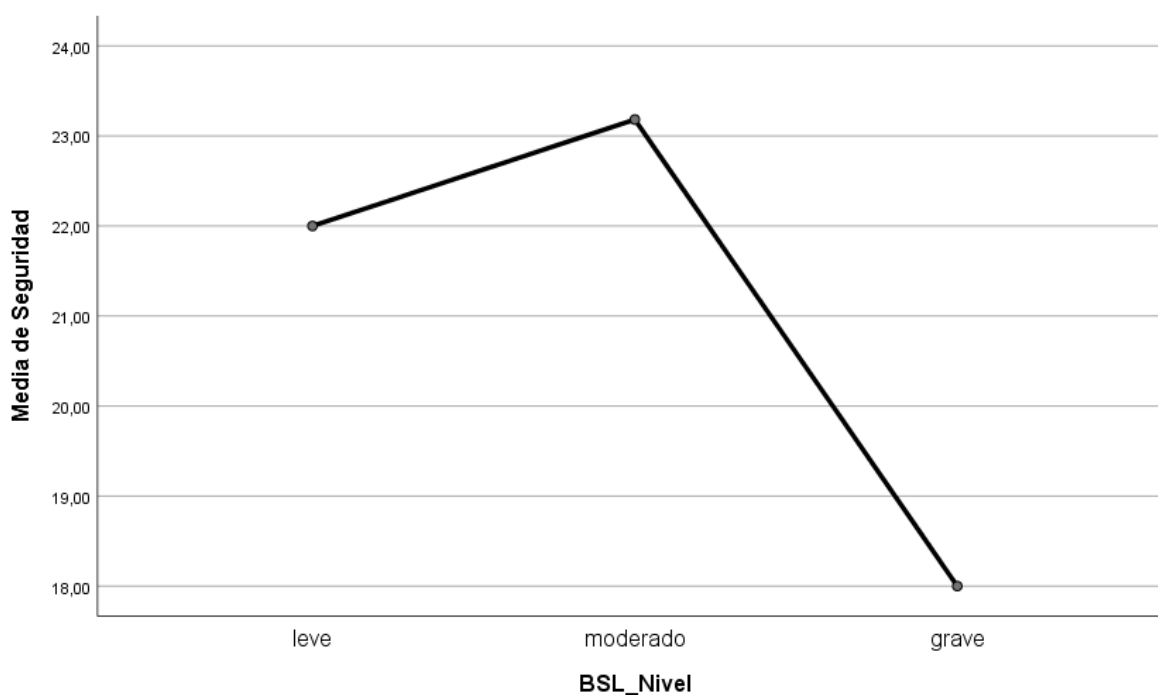


45 participantes (78,9%) de la muestra de 57 mujeres con sintomatología TLP presentan apego inseguro.

A su vez, se analizó si existen diferencias significativas en los niveles de seguridad (apego) según el grado de severidad de la sintomatología TLP.

Tabla 8. Análisis de la diferencia de seguridad según la gravedad de sintomatología.

	N	Media	Desv. Desviación	Sig.
Leve	22	22	6,1	Sí
Moderado	11	23	6	Sí
Grave	24	18	5,6	Sí



Si bien no se presenta una diferencia significativa en la medida de seguridad en quienes presentan un nivel de sintomatología TLP leve/moderado, si se presenta una diferencia significativa entre quienes presentan nivel de sintomatología TLP grave en comparación con las pacientes con sintomatología leve o moderado, mostrando un nivel de seguridad significativamente menor.

7. Discusión

Uno de los resultados que se encontró fue que existe una correlación significativa positiva entre el nivel de traumatismo (apego) y el grado de sintomatología TLP. Esto coincide con lo estudiado por Corral-Proaño E. Díaz-Mosquera (2019) que estudiaron la correlación entre el apego inseguro y los acontecimientos traumáticos infantiles así como el suicidio. Esto también se refleja en lo estudiado por Morales y Ventura (2016) sobre la vivencia de un divorcio o crisis familiares traumáticas en la infancia y el desarrollo de sintomatología ansiosas/ambivalente, como es característico de los pacientes TLP. Lo mismo puede afirmarse con las comparativas realizadas por Kokulina y Martínez (2016) en el que se observaba la infancia de los pacientes TLP, contrastada con un grupo de pacientes sin esta patología, y donde se afirmaba que en el primero de estos existían abusos sexuales, antpatía de parte de los cuidadores, entre otros. A su vez, en el presente estudio se corrobora la correlación existente entre quienes han sufrido un tipo de apego inseguro y el desarrollo de sintomatología TLP, lo cual fue previamente estudiado por Lorena Muñoz (2017), pero debería seguir siendo foco de análisis en mayor profundidad ya que no se especifica en cual categoría de apego inseguro se encuentran estas pacientes. Esto último haciendo referencia a las categorizaciones realizadas tanto por Ainsworth (1970) como por Main (1986); como es el caso de Smith y South (2019) quienes en su estudio no sólo afirmaron la correlación entre las presentes variables (el apego inseguro y la sintomatología TLP) sino también específicamente en el tipo desorganizado. Esto último no es consistente con los estudios de Vaquero-Casado (2018) en el que si bien se confirma dicha correlación, no puede adjudicar a la misma únicamente a ese tipo de vinculación (referido al apego desorganizado, descartando las demás). En Argentina aún no existe técnica validada en cuanto al sistema de apego incluyendo todas las categorizaciones planteadas tanto por Ainsworth (1970) como por Main (1986), por lo que no se puede afirmar con precisión si son todos los tipos de apego inseguros los que se correlacionan con la patología TLP. El CamiR-r (2011) podría indagar únicamente en la primera diferenciación planteada por Ainsworth; lo cual reafirma que aún hay trabajo por delante. En simultáneo, se considera necesario indagar en las diversas correlaciones aún no estudiadas científicamente tanto de la sintomatología TLP, como de quienes hayan atravesado un tipo de apego inseguro;

como es el caso de Khosravi (2020) que corroboró la posibilidad de desarrollar alexitimia que existe en estos pacientes. Siendo el presente estudio uno destinado a una población femenina, se considera pertinente seguir indagando en el objeto de estudio planteado por Mosquera (2022) en el que aparentemente no existe una diferencia significativa en cuanto al sexo de quienes no logran regularse emocionalmente; lo cual no se explica con la mayoría de pacientes TLP siendo mujeres; lo cual es interesante para seguir preguntando y contrastando con la población de hombres TLP.

8. Conclusión

En conclusión, se evidencia en los resultados de las técnicas que existe correlación entre el apego inseguro y el desarrollo de sintomatología TLP. Se debe profundizar en las investigaciones posteriores y en el desarrollo de técnicas pertinentes para ambas variables, que garanticen y permitan comprender y desarrollar medidas de prevención y a su vez especificidades con respecto a los subtipos de apego inseguro y a su vez en las diferentes adversidades y factores que pueden influir en estos resultados.

Algunas de las limitaciones del estudio al realizarla presente investigación fueron contar con una muestra poblacional limitada, pocos datos de prevalencia de la psicopatología escogida (TLP en Argentina), escasez de validación en técnicas para las variables trabajadas, etc.

Para futuras investigaciones se considera pertinente ampliar la muestra con la que se trabaja, incluir otras variables como la estructura familiar, o la prevalencia en casos presentes en el entorno, la búsqueda de otros factores predisponentes, así como indagar en otras técnicas validadas en la región a analizar; Argentina si fuese el caso.

9. Referencias:

Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy In Uganda, Infant Care and the Growth of Love.*

Ainsworth, M. D. S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.*

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos* (DSM-V) Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Azpiroz Nuñez, A. (2016). *Lo normal y lo patológico en el marco de los trastornos de la personalidad.*

Badoud, D., Prada, P., Nicastro, R., Germond, C., Luyten, P., Perroud, N., & Debbané, M. (2018). *Attachment and Reflective Functioning in Women With Borderline Personality Disorder.* *Journal of personality disorders*, 32(1), 17–30. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_283

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). *Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire.* *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\) 00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02) 00541-0)

Bonet, J. (1684). *Mundo de locos.*

- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Cardenal, V. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*.
- Central Institute of Mental Health. (2012). *Borderline Symptom List 23 (BSL-23)*. Analysis Information. Recuperado de <http://www.zi-mannheim.de/bsl.html>
- Cloninger, C. R. (1987). *Modelo psicobiológico de la personalidad*.
- Corral-Proaño, V; Díaz-Mosquera, M. (2019). “Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil”, *CienciAmérica*, vol. 8, no. 1, pp. 48–61, Feb. 2019, doi: 10.33210/ca.v8i1.204.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). *Modelo de los Cinco Factores*.
- Crocq, M. (2013). *Hitos en la historia de los trastornos de la personalidad*.
- Cruz, M. (2019). *Teorías de la personalidad a lo largo de la historia*.
- Delgado, O (2004). *Estado Actual de la Teoría del Apego*. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*
- Díaz Mosquera. (2022). *Estilos de apego adulto y regulación emocional en población de Quito, Ecuador*.
- Eysenck, H. J. (1987). *Modelo psicobiológico de la personalidad*.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). *Experiences in Close Relationships Questionnaire—Revised*. APA PsycTests.

Galan, M. (2010). *El apego: Más allá de un concepto inspirador*.

Gillath, O., et al. (2016). *Adult Attachment: A Concise Introduction to Theory and Research*.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*.

Khosravi, M. (2020). *The mediating role of alexithymia in the association between attachment styles and borderline personality symptomatology*. Health Psychology Research, 8(2), 8894. <https://doi.org/10.4081/hpr.2020.8894>

Kraepelin, E. (1915). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (Compendio de Psiquiatría).

Kraepelin, E. (1921). *Lehrbuch der Psychiatrie* (Tratado de Psiquiatría).

Lacassa, Muela (2014). *Guía para CaMir-R*.

Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). *Manual for the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire*. Sigma Press.

Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1992). *Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples*. Journal of Abnormal Psychology, 1

Main, M. (1986). *Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies*. Human Development, 29(1), 77-101.

Marsha Linehan (1993). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*

Million, T. (1998). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*.

Millon, T. (2006). *Personality Subtypes and Their Implications*. In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality* (2nd ed., pp. 319-345). Springer.

Morales, C., & Ventura, M. (2016). *Apego inseguro ansioso ambivalente en niños y niñas cuyos padres están en un proceso de separación ambigua con dinámicas de triangulación y conflictos de lealtades*.

Mosquera, D., & Gonzalez, A. (2004). *Del apego temprano al TLP*.

Natali, et al. (2018). *Estilos de apego y trastorno límite de la personalidad*.

Regalado, P., Pechon, C., Stoewsand, C., & Gagliosi, P. (2011). *Familiares de personas con trastorno límite de la personalidad: estudio pre-experimental de una intervención grupal*. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 22, 245-252.

Smith, M., & South, S. (2019). *Romantic attachment style and borderline personality pathology: A meta-analysis*.

Vaquero-Casado, M. (2018). *Apego y trastorno límite de personalidad: el papel mediador de la regulación emocional*.

Villar, J. (2016). *Psicopatología y Personalidad. Los trastornos de personalidad. ¿A quién le pasa lo que pasa?*

10. Anexos

- BSL-23 Cuestionario
- CAMIR-R
- Cuestionario Sociodemográfico
- Consentimiento informado

Cuestionario Bsl-23

Cuestionario BSL-23

(Versión provisional traducida del original)

Nombre _____

Apellidos _____

Fecha _____

Por favor, sigue las instrucciones al responder el cuestionario: En la siguiente tabla encontrarás un conjunto de dificultades y problemas que posiblemente te describan. Por favor, teniendo en cuenta el cuestionario decide cuánto has sufrido de cada problema en el curso de la semana pasada.

En caso de que no tengas ninguno de los sentimientos en el momento presente, por favor, responde según cómo piensas que podrías haberte sentido. Por favor, contesta con honestidad.

Todas las preguntas se refieren a la última semana. Si te has sentido de diferentes maneras en diferentes momentos a lo largo de la semana, da una puntuación promedio de cómo han sido las cosas para ti. Por favor, asegúrate de contestar cada pregunta.

En el transcurso de la semana pasada...		En absoluto 0	Poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Muchísimo 4
1	Me resultaba difícil concentrarme					
2	Me sentí indefenso/a					
3	Me sentí ausente e incapaz de recordar qué estaba haciendo en realidad					
4	Sentí asco					
5	Pensé en hacerme daño					
6	Desconfié de los demás					
7	Creía que no tenía derecho a vivir					

En el transcurso de la semana pasada...		En absoluto 0	Poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Muchísimo 4
8	Me sentía solo/a					
9	Sentí una tensión interna estresante					
10	Sentí mucho miedo de imágenes que me vinieron a la cabeza					
11	Me odié mi mismo/a					
12	Quise castigarme					
13	Sentí vergüenza					
14	Mi humor cambiaba rápidamente entre la ansiedad, la ira y la depresión					
15	Escuché voces dentro y fuera de mi cabeza					
16	Las críticas tuvieron un efecto devastador en mí					
17	Me sentí vulnerable					
18	La idea de morirme me causó una cierta fascinación					
19	Nada parecía tener sentido para mí					
20	Tuve miedo de					

En el transcurso de la semana pasada...		En absoluto 0	Poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Muchísimo 4
	perder el control					
21	Me di asco a mí mismo/a					
22	Tuve la sensación de salir de mí mismo/a					
23	Sentí que no valía nada					

Gráfico para puntuación BSI-23

1. hasta una puntuación total de 48: estado leve;
2. entre 49 y 62: estado grave;
3. puntuación mayor de 63: estado muy grave.

Cuestionario CamiR-r

Anexos 1. CAMIR-R*

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

Opciones de respuesta:

5.- Muy de acuerdo

4.- De acuerdo

3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo

2.- En desacuerdo

1.- Muy en desacuerdo

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Descarta que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5

Fernando Lacasa y Alexander Muela

17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño(a), había peleas insostenibles en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

*Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pterrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

Cuestionario Sociodemográfico

Edad *

Texto de respuesta breve

Género *

- Femenino
- Masculino
- No binario
- Otro

Estado civil. *

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Separado/a

Nivel educativo alcanzado. *

- Primario
- Secundario
- Terciario
- Universitario

Zona de residencia actual. *

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Provincia de Buenos Aires (Zonas dentro del AMBA, Conurbano)
- Provincia de Buenos Aires (Zonas por fuera del AMBA)

Consentimiento informado

25/4/24, 14:51

Encuesta Psicológica - Formularios de Google

Encuesta Psicológica

Se guardaron todos los cambios en Drive

Preguntas Respuestas 108 Configuración

Total de puntos: 0

Sección 1 de 4

Encuesta Psicológica

Le presentamos una encuesta anónima, cuyos resultados serán empleados exclusivamente con fines académico-científicos, bajo la Ley Nacional 25.326 de protección de datos personales. Se trata de una investigación sobre población de adultos con diagnóstico trastorno límite de personalidad. No existen respuestas correctas o incorrectas, solamente se describen distintos recorridos y percepciones. Por favor intente no omitir ningún ítem y complete toda la encuesta.

Habiendo siendo advertido de lo mismo, el completar este formulario cuenta con su consentimiento informado. Nuevamente, para uso únicamente académico-científico.

¡Muchas gracias!

Estoy de acuerdo en llenar esta encuesta únicamente con fines académico-científicos. *

Si

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección ▼

Sección 2 de 4

Preguntas personales.

Descripción (opcional)

Edad *