

Palabras Clave

Sentido de coherencia, Trastorno Limítrofe,

Resumen

El trastorno límite de la personalidad es un desorden en el comportamiento que genera dificultades en la adaptación a las exigencias del medio. El Hospital Valdizan realizó en febrero del 2008 un estudio epidemiológico, donde el 1.94% de casos en consulta externa y 2.76% de casos hospitalizados, presentan dicha patología siendo el único trastorno de personalidad representado en las encuestas. Objetivo: describir y analizar el Sentido de Coherencia, detallando sus elementos (comprensibilidad, manejabilidad y sentido emocional a la vida). Objetivo específico: comparar el SOC entre pacientes límite y población no clínica. Procedimiento: Estudio transversal descriptivo, muestreo no probabilístico accidental en 34 pacientes y 31 no pacientes. Cuestionario de Orientación hacia la Vida e inventario de síntomas a ambos grupos. A los no pacientes, cuestionario cualitativo descartando sintomatología límite. Resultados: Confiabilidad de 0.88 para pacientes y 0.90 en no pacientes. Mayor SOC en este (150.78) que pacientes (108.89), existiendo mayor diferencia en la subescala de manejabilidad. Conclusiones: Las características de los pacientes determinan un SOC inadecuado relacionado con la dificultad para motivarse ante situaciones estresantes, afectan su habilidad para comprenderlas y acceder a sus recursos, contribuyen a que experimenten inestabilidad emocional e impulsividad en sus actos pudiendo dañarse así mismos y otros.

Key Words

Sense of Coherence, Borderline Personality,

Abstract

Borderline personality is a disorder that causes difficulties in adapting to the environment. In 2008, a study conducted in Hermilio Valdizan Hospital found 1.94% of outpatients and 2.76% of inpatients diagnosed, which represented the only personality syndrome that had sufficient cases to be in the statistics. Goals: To describe Sense of Coherence by analyzing its subscales (Comprehensibility, Manageability and Meaningfulness). Specific goals: To compare SOC between borderline patients and non-clinical sample. Procedure: Transversal and descriptive study with accidental non-probabilistic sampling, using 34 patients and 31 non-patients. Orientation towards Life questionnaire, Symptoms Checklist and Qualitative questionnaire were used to eliminate the possibility of having borderline symptoms in non-clinical sample. Results: Reliability of 0.88 in patients and 0.90 in non-patients. They had a higher SOC (150.78) than patients (108.89), showing greater difference in the manageability scale. Conclusions: Due to borderline characteristics, these patients have a low SOC that is related to the difficulty to motivate themselves in stressful life events. This affects their ability to comprehend these situations and access to their manageability resources, making borderline personality patients emotionally unstable and impulsive in their behavior, e.g. hurting themselves and others.



Tabla de contenidos

Introducción	i
Capítulo 1: El trastorno límite de la personalidad y el sentido de coherencia	1
Definición del trastorno límite de la personalidad	1
Prevalencia	2
Factores Asociados	3
Perspectiva Medica	5
Criterios Diagnósticos	6
Evaluación Psicológica	7
Diagnostico Diferencial	8
Perspectiva Psicodinamica	9
Otto Kernberg	10
Gerald Adler	11
Perspectiva Cognitivo Conductual	13
Origen del Sentido de Coherencia y Salutogenesis	15
Definición	17
Comprensibilidad	18
Manejabilidad	18
Sentido Emocional a la vida	19
Comprensión del Trastorno límite de la personalidad desde el sentido de coherencia	19
Planteamiento del problema	21
Capítulo 2: Metodología	25
Diseño	25
Participantes	25
Instrumentos	27
Confiabilidad y Validez	28
Procedimiento	29
Capítulo 3: Resultados	31
Capitulo 4: Discusión	37
Referencias	45
Anexos	
Anexo A	53
Anexo B	54
Anexo C	56
Anexo D	60

Introducción

En la actualidad, la psicopatología es uno de los temas que vienen siendo estudiados con mayor regularidad. Desde hace unos años, la APA y la OMS han estado editando manuales (el DSM IV TR y el CIE 10) para lograr clasificar los diferentes tipos de trastornos que van apareciendo en el mundo. Entre ellos, existen los trastornos de personalidad que juegan un papel fundamental en la psicopatología y específicamente el trastorno límite de la personalidad (APA 2002; OMS 2004). Este trastorno es uno de los problemas más comunes y de mayor diagnóstico, y llegan a convertirse en un “Tacho de basura” debido a su excesivo uso (Gabbard 2000). Por otro lado, varios autores como Kernberg (1967) y Adler (1985) al utilizar el modelo psicoanalítico se han dedicado a elaborar teorías que pueden explicar dicho tema, formulan constructos como estructura límite (Kernberg 1987), y explican que la carencia de una figura cariñosa, puede desarrollar un trastorno límite (Adler & Buie, 1979). Así mismo, Caballo (2004) siguiendo el modelo cognitivo conductual planteó la existencia de malfuncionamientos y conductas impulsivas para explicar el trastorno. Dichos planteamientos los separan del sistema de categorías con el que procede el modelo médico regido por la presencia o ausencia de signos y síntomas de la enfermedad. En contraposición a este modelo, Aaron Antonovsky diseñó el concepto de salutogenesis usando el sentido de coherencia como base de su teoría, donde la salud es un continuo que la persona alcanza y se ve dificultada en situaciones de tensión y estrés. La salutogenesis logra abarcar a todo individuo ya que estudia la salud de este y comprende el sufrimiento como falta de salud (Korotkov 1998). En cambio, el modelo médico es mecanicista, y está diseñado solo para las personas que sufren malestar y no para toda la población (Antonovsky 1990).

Capítulo 1 Marco teórico

Trastorno limítrofe de la personalidad

Definición

“Los trastornos de personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad, por el momento y el modo de aparición, son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez” (OMS, 2004 p.158). No se derivan de algún síndrome orgánico cerebral ni es secundario a otro trastorno mental que se da en el eje I, el cual describe y clasifica los trastornos clínicos que son básicamente todas las patologías, por ende excluyen el retraso mental y los trastornos de la personalidad. Estos últimos representan un estilo de vida y es la manera como la persona se relaciona con los demás y consigo mismo (OMS, 2004). Por otro lado, existen rasgos de personalidad que son patrones de conducta, los cuales muestran la percepción del entorno, así como la manera de pensar que se manifiesta en ámbitos sociales y personales. En ese caso, los trastornos de la personalidad son desviaciones de la conducta en relación a las pautas culturales de comportamiento. Estos son desadaptativos, es decir tienden a generar dificultades en la persona debido a la inflexibilidad y desadaptación en dichos rasgos. (APA, 2002). El trastorno de personalidad se presenta en la mayoría de los casos con un carácter ego sintónico, que evidencian una falta de reconocimiento del problema, acompañado de síntomas que se vuelven socialmente indeseables. Para determinar un trastorno de personalidad se requiere de una investigación longitudinal revisando la biografía del individuo (Fernandez-Montalvo & Echebarrúa 2006). Dichos trastornos pueden tener comorbilidad con dificultades relacionadas al eje I como es el consumo de alcohol (Fernandez-Montalvo, Landa, Lopez-Goñi, Lorea & Zarzuela, 2002), la bulimia nerviosa purgativa (Río Sanchez, Torres Perez & Borda Más, 2002), el juego patológico (Fernandez-Montalvo & Echebarrúa 2006b), la depresión y la ansiedad (Sandoval & Villamil, 1999).

El trastorno límite de la personalidad presenta una dificultad en el control de impulsos que repercute enormemente en las actividades interpersonales, y en la experimentación de los afectos, una tendencia hacia la desconfianza. El modelo médico presenta una explicación fenomenológica del trastorno al realizar una caracterización mediante el listado de signos y síntomas, entre ellos están: inestabilidad en la percepción de la autoimagen y las emociones,

impulsividad y sentimientos de vacío. (APA, 2002). Por otro lado, la teoría psicodinámica plantea una explicación en base al modelo de conflicto y de déficit mediante la utilización de sus estadios psicosexuales y los diferentes logros del desarrollo. La teoría explica que la ausencia de las figuras parentales para ser un objeto sostenedor-tranquilizador que reduce la ansiedad de abandono del infante puede generar carencias en él. Ello podría desembocar en sentimientos de vacío y tendencia a la depresión, rasgos comunes de un trastorno de personalidad límite (Modelo de Déficit) (Plumed, & Novella, 2005). En contraposición, el modelo de conflicto propone que diversas conductas de los padres, o la manera de experimentarlas por el niño, pueden generar un trauma, el cual puede ser un factor que predispone el desarrollo de un trastorno límite (Gabbard, 2000). El enfoque cognitivo conductual integra los factores conductuales con los cognoscitivos, y plantea que los comportamientos se presentan en base a los pensamientos, quienes modulan la conducta. Así mismo, la catastrofización, el razonamiento emocional, la falacia de control e ideas de condena son sesgos o malfuncionamientos que originan conductas impulsivas, así como sentimientos de vacío e indefensión (Caballo, 2004).

Prevalencia

A medida que pasan los años, los trastornos de personalidad se hacen más frecuentes en el Perú y en el Mundo. El Trastorno límite de la personalidad tiene una mayor prevalencia entre las mujeres que los hombres. El 75% de casos diagnosticados son mujeres (APA, 2002). La prevalencia de los trastornos límite de la personalidad se sitúa entre el 1.1% y el 4.6%, estableciéndose la media en 2% (APA, 1994; Mattia & Zimmerman, 2001 en Quaderns de Salut Mental 2006). Torgersen (2005), encontró que dicha patología está presente en el 1.16% de los trastornos de personalidad. Así mismo, entre el 30% y 60% de las poblaciones clínicas que presentan trastornos de personalidad padecen Trastorno límite de la personalidad (APA, 1994 en Quaderns de Salut Mental 2006). En el año 2008, el Hospital Hermilio Valdizan realizó una serie de estudios para lograr graficar la prevalencia de dicho trastorno. En el mes de febrero, el hospital computó un total de 49 casos de trastorno de personalidad límite en consulta externa, de los cuales 41 fueron mujeres y 8 hombres. Dichas cifras representan el 1.94% de los 2524 pacientes del mes y según el Minsa (2008) es el único trastorno de personalidad con una cantidad suficiente para aparecer en las encuestas. El 2.76 % de 181 pacientes hospitalizados de género femenino presentan dicho trastorno (Minsa, 2008). Por otro lado, el 2.86 % de un total

de 385 de pacientes que ingresaron al servicio de hospitalización presenta el trastorno límite de la personalidad (Minsa, 2008). Finalmente, en el Hospital Víctor Larco Herrera se encontró, en el 2007, que 1274 pacientes presentan algún trastorno de personalidad, con lo que representan la quinta causa de consulta externa (Hospital Larco Herrera, 2007).

Factores asociados

Existen diversos factores asociados al Trastorno de personalidad límite, entre ellos se encuentran los genéticos que vendrían a ser antecedentes de psicopatología familiar. El trastorno límite es cinco veces más frecuente entre familiares de primer grado que en otros familiares de segundo grado o línea colateral (tíos o primos); esta hipótesis se sostiene debido a que se ha encontrado altas tasas de psicopatología en las familias de adolescentes con el trastorno (Haro, G, Mateu, C, Cervera, G & Fernandez-Garcés 2005). Cloninger plantea que las predisposiciones a algún trastorno de personalidad se relacionan con los diversos neurotransmisores que están genéticamente predeterminados. (Cloninger, 1986a, 1986b). Depue y Lenzenweger afirman que la interacción de fenotipos y el aparato neuroconductual influyen mayormente en rasgos de personalidad (Depue & Lenzenweger, 2001). El trastorno tiene relación con el eje hipotálamo-pituitario (HPA), lo cual se relaciona con síntomas traumáticos, debido a la baja actividad en este eje, acompañado de un bajo nivel de cortisol basal y, al administrar dexametasona, un menor número de receptores glucocorticoides (Cohen & Luna, 2002). La inestabilidad afectiva se debe a alteraciones en los sistemas colinérgicos y noradrenérgicos ya que estos no se encuentran regulados. El sistema colinérgico genera que la conducta se inhiba, y haya letargia emocional que puede llevar a depresión y lentitud en el pensamiento. El sistema noradrenérgico está relacionado a la búsqueda de situaciones de riesgo, irritabilidad y agresión verbal (Cohen & Luna, 2002). Asimismo, un déficit en el funcionamiento de las regiones dorso lateral, prefrontal y orbito frontal, son factores de riesgo para el desarrollo de dicho trastorno (Le gris & Van Reekum, 2006).

Por otro lado, el nivel socioeconómico y sociocultural pueden ser factores que se asocian con la patología, ya que los niveles socioeconómicos bajos y el abandono de estudios escolares durante la secundaria podrían intervenir en el desarrollo de un trastorno límite (Selva, Bellver & Carabal, 2005). La desintegración de la sociedad, cambios bruscos en ideas políticas y regímenes de gobierno originan un cambio drástico e inestabilidad en la manera de vivir de la gente (Paris, 2001). Ante ello, los padres pueden incurrir en conductas poco empáticas con el

cuidado de sus hijos y generan que el niño desarrolle hipersensibilidad hacia estímulos negativos rasgo importante en el trastorno limítrofe de la personalidad (Kernberg & Michels, 2009).

Las experiencias de apego durante la época infantil tendrían importancia para el desarrollo del Trastorno Límite de la personalidad (Magnavita, 2004), ya que demuestran una desviación en la manera óptima de desarrollarse que afecta y fortalece el camino hacia un trastorno de personalidad (Bartholomew, Kwong & Hart, 2001). En varias investigaciones se ha encontrado que el tipo de apego en este trastorno es inseguro, pues muestra características de un apego irresuelto, preocupado y temeroso (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2004). El recibir mensajes contradictorios por parte de los padres durante la infancia puede ser un factor que contribuya al desarrollo de dicho trastorno, puesto que facilitaría internalizar la confusión, lo cual ayuda a generar un problema de identidad que es parte del trastorno de personalidad límite (Allen, Abramson, Whitson, Al Taher, Morgan, Veneración-Yumul, Kondam, Goswami & Mason, 2005).

Los traumas infantiles son sin lugar a duda un factor que facilitaría la aparición de un trastorno de personalidad límite (Selva, Bellver & Carabal, 2005). Sin embargo, no todos los individuos que han sufrido un trauma presentarán este trastorno, ciertas personas resilientes se adaptan de manera positiva a situaciones de alto riesgo y logran tolerar el suceso sin generar un cuadro patológico (Masten & Reed, 2005). No obstante, aunque el individuo sea fuertemente resiliente el impacto de algunos sucesos llegan a afectarlo. Traumas severos infantiles podrían ser desbordantes para la neurobiología, porque ocasionan que esta adquiriera futuros disturbios que evolucionan en un cuadro psicopatológico. La sobre excitación del sistema límbico ocasionaría que el individuo tenga una mayor facilidad para crear intensas y desorganizantes respuestas emocionales (Magnavita, 2004), que son característicos del Trastorno límite de la personalidad. Se han registrado experiencias traumáticas que influyen para la evolución del trastorno, como son la separación traumática de los padres, el castigo físico y sus secuelas, contacto sexual forzado por un familiar o no familiar, alcoholismo parental y violencia intrafamiliar (Vitriol, 2005). Finalmente, se ha encontrado que situaciones traumáticas pueden generar episodios disociativos, relacionados a eventos traumáticos en la adultez y la infancia, tales como el abuso sexual y el maltrato físico, los cuales se asocian en el desarrollo de un Trastorno límite de la personalidad (Salavert, Cunill, Catalán, García & Vila, 2004).

Perspectiva Médica

Según los manuales de trastornos mentales redactados y publicados por la APA y la OMS (DSM IV TR y CIE 10), la característica principal del trastorno límite de la personalidad es un patrón general en la inestabilidad de las relaciones humanas como son: la autoimagen, la afectividad, notable impulsividad, necesidad de emociones intensas, que comienzan al principio de la edad adulta, se dan en diversos ámbitos de la vida y se mantiene a lo largo de toda ésta. El deterioro causado por el trastorno empieza en la edad adulta y a medida que va pasando el tiempo, empieza a desaparecer logrando una mayor estabilidad en la adultez media entre los cuarenta y sesenta años (APA, 2002). El CIE lo denomina Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, de tipo impulsivo y límite. En este, existe una marcada tendencia a actuar impulsivamente sin pensar en las consecuencias de los actos. Los arrebatos de ira y violencia resultan ser de carácter explosivo. La incapacidad para controlar las propias conductas, los comportamientos caprichoso y el ánimo impredecible ocurren cuando los actos de impulsividad son confrontados y la persona está siendo controlada. Aparte de la impulsividad, dicho trastorno se caracteriza por distorsiones en la imagen corporal y de la imagen íntima. Finalmente, el individuo presenta dificultades para trazarse objetivos, además de sentimientos de vacío y relaciones interpersonales inestables que se mencionan en el DSM IV TR (OMS, 2004).

Criterios diagnósticos

Tabla 1.

Comparación de síntomas del Trastorno límite de la personalidad entre el DSM IV TR y el CIE 10.

DSM IV TR	CIE 10
“Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, sin incluir comportamientos suicidas o automutilaciones”. “Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensos que se caracterizaban por la alternancia entre los extremos e idealización y devaluación” “Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable” “Impulsividad en al menos dos áreas, que son potencialmente dañinas para sí mismo”. Como gastos desmesurados, abuso de sustancias psicoactivas, gran cantidad de parejas sexuales, atracones de comida y conducción peligrosa. “Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación” “Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo” Como episodios disfóricos, irritabilidad o ansiedad, las cuales pueden darse por unas horas y en algunas ocasiones en un lapso mayor. Sentimientos de vacío “Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira”. Como cambios de humor constantes, discusiones físicas y permanentes. “Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves” (APA, 2002 p.794)	Inestabilidad emocional de tipo impulsivo Marcada predisposición a actuar de manera inesperada sin pensar en las consecuencias. Marcada predisposición a tener una conducta pendenciera, junto con conflictos con los demás especialmente cuando los actos de impulsividad se ven impedidos. Tendencia a presentar humor cambiante con arrebatos de ira y violencia, e incapacidad para controlarlos. Dificultad de mantener actividades duraderas que no presenta una recompensa a corto plazo. Inestabilidad en el humor y capricho. (OMS, 2004) Tipo Límite Alteraciones o dudas de la imagen de sí mismo, de las preferencias íntimas, sexuales y de los objetivos trazados. Facilidad para mantener relaciones inestables e intensas que presentan una gran probabilidad de desembocar en crisis emocionales. Esfuerzos excesivos para evitar el abandono. Repetidas amenazas o actos de auto agresión. Sentimientos de vacío crónico (OMS, 2004)

Según el DSM IV TR para diagnosticar un Trastorno de Personalidad límite deben cumplirse cinco o más de las características mencionadas con anterioridad (APA, 2002). En cambio, el CIE 10 (OMS, 2004) utiliza la presencia de tres o más criterios del trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo y luego dos o más síntomas relacionados al tipo límite.

Como se puede apreciar existen semejanzas y diferencias entre ambos manuales. Se puede observar que el DSM IV TR y el CIE 10 toman en cuenta los grandes esfuerzos por evitar abandonos, un patrón de relaciones inestable acompañado por cambios constantes de humor y dificultad para controlar la ira. Las alteraciones en la autoimagen y auto esquema, la impulsividad que se puede manifestar en compras irrefrenables, la presencia de varias parejas sexuales, el consumo de sustancias psicoactivas, las repetidas amenazas de suicidio o auto agresiones y sentimientos de vacío crónico son características presentes en ambos manuales. Sin embargo, el DSM IV TR incluye un criterio adicional: la propensión a tener ideación paranoide transitoria y episodios disociativos graves. Por otro lado, el CIE 10 propone como síntoma una marcada predisposición a actuar sin tomar en cuenta las consecuencias, y realizar

conductas pendencieras especialmente cuando los actos de impulsividad se ven impedidos (APA, 2002; OMS, 2004).

Evaluación psicológica

En el ámbito psicológico existen diversos tipos de trabajos para entender el comportamiento así como los afectos y cogniciones de las personas. Existen las terapias psicológicas de diferentes tipos y líneas teóricas. Además, se encuentran las evaluaciones psicológicas que permiten una adecuada línea de intervención. Dicha evaluación se puede dividir dependiendo del criterio del profesional donde se puede escoger pruebas proyectivas, psicométricas, ambas o ninguna. Lo más importante de una evaluación para llegar a un psicodiagnóstico es la entrevista, el proceso donde intervienen dos o más personas generalmente a través de una conversación en el que hay roles asimétricos de entrevistador-entrevistado. Su finalidad es producir, categorizar y clasificar con el objetivo de tomar decisiones para algún tipo de línea de intervención (Ávila & Rodríguez, 1997). Para lograr una efectiva evaluación se necesita la observación que es la estrategia fundamental del método científico y es una de las herramientas que permite recoger la información requerida (Fernández Ballesteros, 2005). La entrevista es una herramienta esencial para realizar evaluaciones en diversas subespecialidades como, por ejemplo, la psicología clínica, industrial, de asesoría, escolar y penitenciaria; debido a que la entrevista influye en las personas en cuestión, un buen entrevistador mantiene un ambiente relajado preservando el control y un tono adecuado (Kaplan & Sacuzzo, 2006). El entrevistador debe ser empático, tener la capacidad de ponerse en los zapatos de la persona que está entrevistando para entender su malestar y acompañarla en su incomodidad (Kaplan, Sadock & Sadock, 2007). Es importante tomar en cuenta que el ambiente donde se da la entrevista va a ser un factor importante para el trabajo. En el ámbito clínico, si se realiza en un consultorio en consulta externa, se puede realizar una entrevista más amplia de 45 minutos a 1 hora. Por otro lado, en emergencias la entrevista es basada en encontrar un diagnóstico sindrómico para hacer una intervención adecuada que requiere menos tiempo (Vallejo, 2006). Además de la entrevista, en la evaluación psicológica existen las pruebas, que son procedimientos estandarizados, para tomar una muestra de conducta y describirla utilizando categorías y puntuaciones. La gran mayoría posee estándares que permiten usar los resultados para conseguir mayor información sobre conductas y afectos trascendentales en la persona (Gregory, 2001). Existen dos tipos de

pruebas: las proyectivas y psicométricas. Estas últimas contienen calificaciones cuantificables, confiabilidad mediante consistencia interna y posibilidad de datos normativos adecuados mientras que las pruebas proyectivas no (con excepción de la prueba de manchas de tinta de Rorschach) (Sabogal, 2004). Existen varios tipos de pruebas psicométricas, entre ellas están las de contenido lógico, teórica, criterio y análisis de factores que buscan mediante un riguroso estudio de validez y confiabilidad encontrar aspectos del sujeto. En cambio, las pruebas proyectivas son igualmente útiles ya que se usa la hipótesis proyectiva donde un estímulo ambiguo o indeterminado se pueden reflejar las necesidades, sentimientos, experiencias, condicionamientos y procesos del pensamiento (Kaplan & Sacuzzo, 2006).

Diagnóstico Diferencial

Por lo general, el trastorno de personalidad suele estar asociado con trastornos del estado del ánimo. Al existir gran comorbilidad entre ambos, la persona es diagnosticada con un trastorno del ánimo, así como también con uno de personalidad (Sandoval & Villamil, 1999). Es importante mencionar, que Zittel y Westen notaron que no solo existían estos trastornos, sino también desordenes de ansiedad incluyendo estrés post traumático, trastornos disociativos, de alimentación y de abuso de sustancias psicoactivas (Zitell, C & Westen, D 2005). El trastorno de personalidad límite puede ser confundido con el de personalidad histriónica, esquizotípica, paranoide, narcisista y antisocial: existiendo en el primero, búsqueda de atención, pero diferenciándose del trastorno límite debido a auto destructividad que presentan estas personas. De igual modo, diferencias se muestran también en personalidades paranoides y antisociales, las cuales carecen de sentimientos de autoagresión, existiendo un parentesco tan solo en la impulsividad. Las ilusiones presentes en un paciente esquizotípico pueden aparecer en uno limítrofe, sin embargo, son pasajeras. Podemos señalar que se encuentra parentesco entre un trastorno de personalidad dependiente y uno límite que se ve representado por el temor al abandono. No obstante, ante una separación, el paciente límite reacciona mediante sentimientos de vacío y rabia presentándose en forma demandante, mientras que el paciente con tipo de personalidad dependiente se enfrenta a la situación de manera sumisa y busca con desesperación una persona que pueda reemplazar a la anterior (APA, 2002). Además, Zitell y Westen encontraron dichos datos agregando, también, comorbilidad con el trastorno de personalidad por evitación (Zitell & Westen, 2005). Finalmente, existen diferencias en cuanto a

género: las mujeres traducen su impulsividad mediante atracones e inducciones al vómito, los hombres, al consumo de alcohol (Zanarini, Frankenburg, Dubo, Sickel, Trikha, Levin & Reynolds, 1998).

A continuación, se presentarán las diferentes perspectivas psicológicas que realizan una explicación sobre el Trastorno Limítrofe de la personalidad. Entre ellas se encuentran el modelo psicodinámico, donde varios autores explican cuál es el desarrollo del trastorno de personalidad. Por métodos prácticos se presentará en este trabajo las ideas de Otto Kernberg y Gerald Adler, sin embargo existen una gran variedad de autores que dan una explicación y origen del desarrollo del Trastorno límite de la personalidad. Por otro lado, está el modelo cognitivo conductual que explica el funcionamiento de un trastorno de personalidad límite mediante sus planteamientos teóricos. Existen una serie de autores que hablan sobre el tema como son Marsha Linehan y Jeffrey Young, no obstante por razones prácticas se utilizarán las ideas de Vicente Caballo entre otros autores que trabajaron con él.

Perspectiva Psicodinámica

En general, cada autor mantiene su posición sobre el trastorno límite de la personalidad. Entre ellos se encuentran, Otto Kernberg, Gerald Adler, John Gunderson, James Masterson y Donald Rinsley entre otros. El presente trabajo se centrará en los dos primeros. Es importante recalcar que varios de estos autores para construir la explicación sobre el Trastorno Limítrofe de la personalidad se han basado en otros puntos de vista logrando que diversas explicaciones se pongan en contraposición unas con otras. Gunderson se basa en ideas de Winnicott para construir su planteamiento teórico. Kernberg se centra en la teoría de Melanie Klein para explicar el desarrollo de la personalidad, y en la fase de separación-individuación de Margaret Mahler, para darle una línea de comprensión al trastorno límite (Plumed, & Novella, 2005). Los autores mencionados utilizan un modelo de conflicto en la construcción de su trabajo para explicar el trastorno en estudio. En cambio, Adler usa un modelo de déficit y formula su explicación utilizando la teoría del narcisismo de Kohut para explicar el trastorno limítrofe de la personalidad (Adler, 1985).

Otto Kernberg

Kernberg es uno de los autores que más ha trabajado sobre el trastorno de personalidad. Él se percató que las estructuras neuróticas y psicóticas no eran suficientes para poder graficar este tipo de patología, por lo cual, planteó una estructura de personalidad intermedia que vendría a ser la estructura límite o borderline. El autor utilizó el entendimiento de las defensas y las representaciones objetales, así como la prueba de realidad para la integración de la identidad, que se usan en las estructuras neuróticas y psicóticas, respetando las diferentes particularidades de cada una, e hizo que se diferencien entre sí (Kernberg, 1987). Siguiendo los postulados de Melanie Klein, el desarrollo psíquico se produce a partir de la internalización de las interacciones tempranas de los objetos. Si se dan de manera satisfactoria el infante elabora adecuadamente imágenes que habían sido contradictorias y cargadas de afectos extremos, y logra la integración del yo (Plumed, & Novella, 2005). Kernberg entiende la personalidad como la integración dinámica de todos los patrones conductuales, los cuales se derivan del carácter, temperamento y el sistema internalizado de valores (Kernberg, 1967). Este autor plantea que la inestabilidad emocional es un factor desencadenante en el trastorno, y que la dificultad para internalizar objetos de sí mismo y de los otros son la principal razón para la impulsividad emocional y conductual (Levy et al, 2006). Existen dos sistemas pulsionales: los agresivos y los libidinales con los cuales se definen la gama de afectos. Los primeros, en que el afecto predominante es la rabia de donde se origina el odio y la envidia, mientras que en los segundos se plantea el placer sexual que cristaliza en un sentimiento de euforia, en la medida que predomine el libidinal, existe un desarrollo sano (Plumed, & Novella, 2005). Al no haber un desarrollo saludable, el individuo puede presentar una estructura límite, y presentar un déficit en la integración, donde oscila entre posiciones positivas y negativas y utiliza defensas primitivas (Kernberg, 1987). El exceso de impulsos agresivos, sea por acontecimientos traumáticos o una constitución innata, inducirá al otro a proyectar su destructividad mediante la identificación proyectiva, percibiendo al otro como aterrador (Fiori & Semerari, 2008). Para proteger la relación, el sujeto recurrirá a la escisión, que es la defensa central en la estructura limítrofe, buscando a otros, los cuales representan una necesidad que es idealizada o rechazada (Kernberg & Caligor, 2005). Estos individuos han logrado la diferenciación entre el yo y el no yo, a diferencia de la estructura psicótica denotando que cuentan con criterio de realidad, sin embargo, dichas representaciones se encuentran opuestas y no integradas, debido a ello es que

utilizan la escisión como mecanismo de defensa. Asimismo, la disgregación de aspectos positivos y negativos se debe a una falla en la constancia objetal (Kernberg, 1987), la cual en un nivel clínico se llama difusión de la identidad. La falta de integración de los aspectos del “self” con otros se evidencia en la dificultad para reflexionar, y mediante descripciones caóticas que caen en contradicciones de sí mismo y los otros, que no se pueden resolver (Clarkin, Lenzenweger Yeomans, Kenneth, Levy & Kernberg, 2007).

Según Kernberg los pacientes límite pasan la fase simbiótica planteada por Mahler de manera efectiva, ya que logran diferenciarse de los demás (Mahler y col, 1975). Sin embargo, existe una dificultad en la fase de separación-individuación, donde, al no ver a su madre, el niño atraviesa por una angustia enorme debido al temor al abandono por parte de ella especialmente al desconocer donde se encuentra (Kernberg, 1975). Dichas conductas se dan a causa de una alteración en la disposición emocional de la madre durante este periodo el cual es crítico por el exceso constitucional agresivo del niño o problemas en la función materna (Gabbard, 2000). En ese caso, la dificultad para conseguir una constancia objetal hace que la persona tenga complicaciones para integrar imágenes buenas, ya que se encuentra convencido que mediante la introyección de elementos negativos las malas imágenes destruirán las buenas (Kernberg, 1966). Entonces al existir una dificultad en el desarrollo de esta etapa, los adultos sienten gran temor a separarse de figuras significativas por temor a ser abandonados, siendo abrumadora la soledad y las separaciones (Gabbard, 2000).

Gerald Adler

Fue el primer autor que intentó utilizar el modelo de déficit de Kohut para explicar los trastornos de la personalidad límite. Dicho autor menciona, que existe un continuum entre las personalidades límites y los trastornos narcisistas planteados por Kohut, que presentan una mayor integración del “self” y son capaces de establecer relaciones transferenciales. Las personalidades limítrofes que carecen de un sentido de “self” cohesionado y son incapaces de mantener una relación transferencial estable presentan dificultad para tolerar la soledad generando fuertes regresiones al no percibir una figura acogedora y de apego (Adler, 1985). Según Adler, el niño muestra una gran dificultad para internalizar una imagen cariñosa y cuidadora de la madre en el momento evolutivo preciso, debido a la falta de empatía, poca sensibilidad e inconsistencia para otorgar cariño por parte de ésta, lo cual genera sentimientos

de soledad y la necesidad de conseguir una persona que llene el vacío creado por carencias afectivas, las cuales piensa que son imposibles de saciar (Adler & Buie, 1979). Dicha carencia genera una rabia oral crónica debido a la sensación que durante la infancia la figura materna no está disponible emocionalmente para ellos (Gabbard, 2000). Adler, adoptando la teoría de Fraiberg (1969), menciona que estos individuos presentan tenue memoria evocativa, pues no logran recordar las figuras importantes del ambiente, que están físicamente ausentes en ese momento. Sugirió tres condiciones para poder diagnosticar a una persona como límite: sentimientos de abandono y soledad, problemas con el dilema entre la necesidad de otro y el temor a estar cerca de éste debido a que los impulsos agresivos podrían destruir a la persona, y la culpa primitiva lleva al individuo a proyectar contenidos negativos hacia otros y luego temer el maltrato por parte de ellos (Adler, 1988). Asimismo, la carencia de un objeto sostenedor genera tendencias depresivas y sentimientos de vacío acompañados por una dependencia aferradora, siendo sus recursos internos inadecuados para sostenerse, por lo que son proclives a la fragmentación, a lo cual Adler llamó terror a la aniquilación (Adler, 1985). Esta necesidad y temor origina que la persona tenga “Acting outs” revelándose en tratos agresivos a los demás. (Bender & Skodol, 2007).

En resumen, el tema principal del planteamiento de Kernberg sobre los trastornos limítrofes de la personalidad, además de la adición de la estructura limítrofe como una estructura de personalidad alternativa (Kernberg, 1987), fue la explicación que dio: estas personas rememoran una crisis infantil temprana, y tienen miedo a que la ausencia parcial de su figura materna se vuelva definitiva, temiendo a que la madre desaparezca y abandone al individuo, lo que genera una fuerte ira. En la versión adulta, las personas realizan conductas para evitar a toda costa algún tipo de separación y evitar experimentar sentimientos de soledad (Gabbard, 2000). Por otro lado, Adler mencionaba que el niño presenta una fuerte dificultad para internalizar una imagen afectiva y cuidadora de la madre en el momento evolutivo preciso, a raíz de la inhabilidad de ella para mostrar una adecuada empatía. Dicha situación genera sentimientos de soledad y la necesidad de buscar una persona que calme la sensación de vacío que sienten (Adler & Buie, 1979). A estos sentimientos de vacío, acompañado por tendencias depresivas y dependencia aferradora, Adler lo llamó terror a la aniquilación (Adler, 1985). Dicho temor es el causante que estos individuos caigan en actuaciones o “Acting outs” los cuales se evidencian mediante tratos agresivos hacia otros (Bender & Skodol, 2007).

Perspectiva Cognitivo conductual

La teoría cognitivo conductual separa el trastorno de la personalidad límite en tres dimensiones: cognitiva, conductual y emocional. Los aspectos cognitivos reflejan el conflicto interno que presentan estos pacientes, quienes llegan a sufrir estados paranoides ante situaciones estresantes, como son la predicción del abandono por parte de las personas significativas. Entre las conductas que se observan existen niveles elevados de inconsistencia, patrones de apariencia cambiante, provocación de peleas y conflictos, relaciones interpersonales intensas, superficial adaptación social y excesiva dependencia de los demás. Con respecto a los aspectos emocionales, se encuentran los pensamientos fluctuantes (que afectan las emociones), incapacidad para mantener estables sus procesos de pensamiento, temor excesivo a que la desprecien, baja tolerancia a la frustración, propensión a aburrirse fácilmente, regresiones en situaciones estresantes, pensamiento rígido inflexible e impulsivo. Esta perspectiva toma en cuenta los aspectos afectivos como emociones contradictorias, ira intensa e inapropiada, estado de ánimo disonante con la realidad, sentimientos de vacío y aburrimiento, agitación y excitación física, acompañado por sentimientos de vergüenza (Caballo, García, Lopez-Gollonet & Bautista, 2004). La persona con Trastorno límite se percibe inferior e incapaz y ve a los otros como potencialmente dañinos. Sus relaciones presentan fuerte desconfianza e inestabilidad, bajo la percepción que el mundo es difícil. Ellos identifican en el futuro desenlaces solo negativos que desembocan en impulsividad, tristeza, ira, descontrol y hasta evitación (Bas, Nuñez, Bas & Andrés, 2004).

Sin embargo, las investigaciones de Zanarini (1998) indicaron que los estados afectivos presentes en los trastornos límite no son específicos de dicha patología; por el contrario, la mayoría de los aspectos específicos son de carácter cognitivo, que se dan debido a eventos traumáticos que surgen en la infancia (Zanarini, Frankenburg, Deluca, Hennen, Khera & Gunderson, 1998). Dichos eventos, ocasionan un profundo malestar el cual origina conductas características de los pacientes límite, en los que un temperamento vulnerable podría ser un factor importante para la construcción del trastorno (Zanarini & Frankenburg, 2007).

Beck, Freeman y Davis (2004) plantean que en estos trastornos se dan una serie de distorsiones cognitivas que afectan a la persona, como son: La adivinación de futuro y la falacia de control, que responde a un esquema de infravaloración. La adivinación del pensamiento, que habla del esquema de vulnerabilidad al dolor. El pensamiento dicotómico y extremismo en su

pensamiento se refiere al esquema de inestabilidad emocional. La pobreza en su identidad, distorsión cognitiva de condena que demuestra un esquema de culpabilidad. Finalmente, el catastrofismo, razonamiento emocional y baja tolerancia a la frustración con un esquema de autocontrol insuficiente. (Beck y Freeman 1990; Beck, Freeman & Davis, 2004). En relación a lo último, Santiago-López (2004) observó que existía una gran cantidad de pacientes con impulsividad y frustraciones en su vida, que habían pasado desapercibidos por sus familiares. La situación originó baja autoestima, necesidad de auto valorarse, pensamiento dicotómico, catastrofización de los eventos, cogniciones negativas y menor amplitud en su perspectiva para resolver problemas (Santiago-López, 2004).

Finalmente, un postulado básico del que parte la perspectiva cognitiva conductual y el modelo informacional, es que nuestra manera de actuar y sentir depende de cómo es que interpretamos la realidad (Riso, 2009). Si la persona le encuentra un sentido afectivo a las situaciones, se siente motivado ante ellas, lo que permite que pueda enfrentar los estímulos de manera efectiva (Antonovsky & Sourani, 1990). Sin embargo, no todo escenario puede ser interpretado de manera positiva; eventos donde la persona es atacada o insultada son situaciones negativas para el individuo. No obstante, gente con algún tipo de patología interpreta situaciones neutras como potencialmente dañinas. Cuando, en terapia, estos pensamientos e interpretaciones son analizados de manera crítica, es que la persona comienza a mejorar (Beck, 2000). En ese caso, se le enseña al sujeto a ordenar la información y predecirla para que logre encontrar alguna estrategia y confronte la situación. Al entender lo que está ocurriendo, podrá acceder a sus recursos para hacer frente al estímulo neutro que percibía como amenazante (Antonovsky, 1990). Para lograr esto, la persona debe tener un alto Sentido de Coherencia que le permita motivarse, comprender y enfrentar con éxito el entorno (Antonovsky, 1993). Con el objetivo de entender lo mencionado, se propone exponer el Sentido de Coherencia con mayor amplitud. Ello permitirá observar como este se relaciona no solo con los postulados de la perspectiva cognitiva conductual, sino también con patologías como el trastorno límite de la personalidad.

Sentido de Coherencia

Origen del Sentido de Coherencia y Salutogenesis

Durante la Segunda Guerra Mundial, muchas personas perdieron familiares, sufrieron constante exposición a la muerte, su vida corrió peligro la mayoría del tiempo, perdieron sus bienes y sufrieron frío y violencia en condiciones deplorables. Así apareció la pregunta: ¿Qué facilitaba la sobrevivencia en un entorno tan adverso? Dicha pregunta, llamó la atención de Aaron Antonovsky quien se dedicó a investigar factores que facilitaban el bienestar personal (Horsburgh, 2000). Él respondió la interrogante, al integrar tres factores: el nivel de conexión entre los individuos, su experiencia y su historia social, diferenciándose de otras teorías del bienestar como por ejemplo, conceptos como “Mastery” o autoeficacia que ve la esencia del bienestar mediante el empoderamiento (Downe, S & Davis-Floyd, R, 2004).

La Salutogenesis señala que, al estudiar el bienestar se logra entender de mejor manera la patología (Bechtel, 1997). En ese caso, la teoría en mención aparece como un modelo que enfrentaba el paradigma patológico del modelo patogénico. Antonovsky, plantea que dicha propuesta teórica que dominaba el campo de investigación e intervención de enfermedades estaba perdiendo poder. La visión de que la salud se logra con la eliminación de signos y síntomas referidos a enfermedades es un modelo mecanicista y acorde a un entorno industrializado. Por ello, demostraba fuertes limitaciones para enfrentar las exigencias del ambiente. (Antonovsky, 1990). El modelo patogénico planteaba que la desregulación de la homeostasis del sujeto, debido a las enfermedades, causaba malestar en la persona (Antonovsky, 1984). Antonovsky propone el modelo de salutogenesis el cual se basa en el interés por la salud y no primordialmente en la enfermedad (Antonovsky, 1990). En ese caso, discrepaba con la visión de que la homeostasis gobernaba el funcionamiento humano. Él opinaba que los dinamismos heteroestáticos y de desequilibrio, caracterizados por la entropía y senectud, describían la actividad humana, que los desordenes y enfermedades no son anormales y que toda persona está gobernada por la segunda ley de la termodinámica, donde una presión alta e inminente hacia la entropía o caos es causada por stress interno y externo (Antonovsky, 1984). Los estudios no solo debían darse en la búsqueda del origen de la enfermedad, sino también en el origen de la salud (Korotkov, 1998), donde la gente al ocurrir un problema ha tenido una ruptura entre el continuo de bienestar y falta de bienestar (Antonovsky, 1979). El

modelo patogénico solo trabaja con un pequeño grupo de personas, mientras que la Salutogenesis usa como material de estudio, a toda la población (Korotkov, 1998). El autor (Antonovsky) mencionaba que los trastornos se veían como un continuo cambio de ejes de los manuales de diagnóstico psicopatológico, donde el sujeto se encuentra totalmente sano o totalmente enfermo. A raíz de ello formuló un planteamiento donde presentaba el sentido de coherencia, el cual era un constructo que se podía utilizar de manera interdisciplinaria, ya que el objetivo era que la persona consiguiera coherencia en los estímulos ambientales que se le presentaban (Lindstrom & Erickson 2005). Siguiendo esta reflexión teórica, Antonovsky propuso que, a mayor cantidad de sentido de coherencia, existe mayor posibilidad de bienestar comprendiendo así la salud como un continuo, el cual el individuo tiene la tendencia a alcanzar (Antonovsky, 1990). En los elementos cruciales de la orientación salutogénica, los estímulos son endémicos y construidos en la vida, donde las variables son independientes en un continuo y dicotomizadas. Ello lleva a la interrogante: ¿Cómo la persona logra hacerlo? (Antonovsky, 1985). El autor planteó que el individuo al experimentar un estímulo estresor, puede verlo como un reto, lo que le trae consecuencias positivas, así como también podría percibirlo de manera neutral o negativa ocasionándole efectos negativos. Entonces, al tener un adecuado SOC la persona presenta la habilidad para afrontar los estresores de manera exitosa, ya que está dispuesto a enfrentar el estresor. Si su disposición y habilidad para comprender, manejar y encontrarle sentido a la situación no es suficiente, la tensión se vuelve negativa afectando a la persona (Antonovsky, 1992).

Por otro lado, el estrés es un aspecto normal de la vida, pues la tensión es una respuesta emocional y fisiológica, que puede ser positiva o neutral (Horburgh, 2000). Cuando dicha respuesta no es manejada adecuadamente genera un estado de estrés negativo (Bechtel, 1997). Sin embargo, los estresores positivos pueden llevar a cambios positivos y, por ende, a experiencias saludables que son incorporadas por la persona en su bagaje de recursos y habilidades (Kanas & Manzey 2008).

Definición

Antonovsky define el Sentido de Coherencia como una orientación global que expresa en qué medida la persona tiene la habilidad para distinguir lo que merece debido a su propia autoconfianza, porque los estímulos interiores y exteriores se encuentran estructurados, predictivos y explicables. Asimismo, para poder enfrentar dichos estímulos los recursos deben ser accesibles al sujeto, para lograr que las demandas sean retadoras y que lleven al individuo a comprometerse con interés. (Antonovsky, 1993). Para entender mejor el constructo, Antonovsky lo divide en tres componentes que forman parte de su definición, estos son: Comprensibilidad, Manejabilidad y Sentido emocional a la vida, (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993) los cuales funcionan como una unidad porque están relacionados, ya que la dificultad en uno afecta todo el proceso (Antonovsky, 1990). Si la persona los integra para enfrentar los problemas, los impedimentos se convierten en constructivos y útiles (Antonovsky & Sourani 1990). El sentido de coherencia (SOC) es esencialmente la habilidad para tolerar el estrés. Las personas con alto nivel de SOC son las que ven los estresores como predecibles y explicables, poseen la confianza para afrontar estímulos estresantes y los ven como un reto (Antonovsky, 1990). Mientras que los individuos con bajo nivel de SOC demuestran poca presencia de estas creencias. El concepto posee similitudes con constructos como locus de control, autoeficacia, disposición al optimismo y “hardines”. Ha sido reportado que el SOC puede predecir el desenlace de un trastorno psiquiátrico y somatizaciones a corto o largo plazo. También ha sido utilizado para observar si modera el impacto psicológico que el estrés causa, para predecir la capacidad de adaptación de empleados en tareas nuevas, si ayuda a la recuperación de personas con operaciones ortopédicas y si aminoraba actos suicidas de sujetos que habían intentado consumarlo con anterioridad (Schnyder, Buchi, Sensky & Klaghofer, 2000). Por otro lado, investigaciones (Suominen, 1993) han encontrado relación entre sensación de salud, conductas sanas (Midanik, Soghikian, Ransom & Polen, 1992), estrés psicológico negativo, ausencia de enfermedades, síntomas mentales y físicos (Kivimaki, Feldt, Vahtera & Nurmi, 2000), bienestar subjetivo, felicidad (Soderberg, Lundman & Nordberg, 1997) y autoestima (Petrie & Brook, 1992). Sin embargo, el desarrollo del SOC solo puede llevarse a cabo cuando los recursos generales de resistencia de este están presentes, que incluyen características de la persona, grupo o entorno, los cuales facilita el manejo de la tensión y estrés ambiental. Estas habilidades contribuyen en las experiencias de vida, que se caracterizan por tener consistencia y

orden, generando un equilibrio, haciendo que el sujeto no se siente sobre exigido ni sub exigido. Los recursos generales de resistencia externos más importantes son las condiciones de vida en la infancia, educación, salud, factores relacionados al trabajo y soporte social (Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004).

Comprensibilidad

Se refiere a la capacidad para darle un sentido cognitivo al estímulo, que se deriva de estímulos internos y externos relacionados al ambiente. Por ejemplo, al ordenar y estructurar la información, haciéndola clara y explicable, la persona con alto sentido de comprensibilidad espera que el estímulo que transmite información prediga parcialmente los hechos futuros y, en el caso de las sorpresas, espera que la información sea ordenada para permitir construir una explicación del ambiente tomando en cuenta que situaciones negativas pueden ocurrir. La gente con comprensibilidad posee la habilidad para darle sentido a las situaciones o estímulos que lo sorprenden. La comprensibilidad es el segundo factor más importante detrás del sentido emocional hacia la vida; el primero, permite buen entendimiento de las situaciones y genera alta manejabilidad. (Antonovsky, 1990). El tener información ordenada y ordenable da una clarificación cognitiva del problema y del origen de este, el cual causa estrés (Antonovsky & Sourani, 1990).

Manejabilidad

Se refiere a la posibilidad del bagaje de recursos que puede alcanzar la persona para enfrentar los estímulos del ambiente. La disposición se refiere al manejo de sus propias habilidades y a los recursos que pueden acceder de sus figuras de confianza, como también a la capacidad para utilizarlos. La persona con un alto sentido de manejabilidad no se sentirá como víctima ni que la vida lo trata de manera injusta. Al ocurrir situaciones negativas, el sujeto cuenta con la habilidad para afrontar la circunstancia. Si el individuo no cree que los recursos son accesibles, el sentido de la situación y las habilidades de afrontamiento se ven afectadas (Antonovsky, 1990). La tendencia de ver los problemas de manera manejable permite a la gente escoger los recursos apropiados en su bagaje para solucionar el problema (Antonovsky & Sourani, 1990). Se ha encontrado que la depresión tiene alta correlación con una baja manejabilidad, a diferencia de comprensibilidad y sentido emocional hacia la vida, quienes no

presentan una relación significativa. A pesar de ello, se ha demostrado que la manejabilidad está influenciada por estos dos factores (Hittner, 2000). El sujeto que posee la capacidad para movilizar sus recursos y para enfrentar los estímulos de la vida diaria presenta una mayor calidad de vida (Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt & Natvig, 2008).

Sentido Emocional a la vida

Se refiere a la habilidad para darle sentido afectivo a la vida, entendiéndose como la capacidad para invertir su energía en los problemas que existen en el ambiente, dándole sentido a las situaciones, lo cual demuestra compromiso donde las dificultades del entorno son retos estimulantes y no impedimentos. Esto no quiere decir que la persona con alto sentido emocional a la vida se encuentre feliz con hechos negativos, sino que cuando se presentan dichas situaciones, el individuo está dispuesto a asumir el reto realizando su mayor esfuerzo para enfrentar los problemas con dignidad, buscándole sentido. Si bien los tres componentes son necesarios, este es el más importante debido a que sin un componente motivacional, alta comprensibilidad y manejabilidad se vuelve temporal. Cuando la persona está interesada y dispuesta se da un saludable enfrentamiento de la situación, ya que se logra el entendimiento de la situación y la utilización de sus recursos (Antonovsky, 1990). Al encontrar un sentido a la situación el componente motivacional es alto, permitiendo una eficaz confrontación del impedimento (Antonovsky & Sourani 1990), así como también presenta una mayor calidad de vida (Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt & Natvig, 2008).

Comprensión del Trastorno límite de la personalidad desde el sentido de coherencia

La salutogenesis es un modelo que se basa en el sentido de coherencia (SOC), el cual tiene diferentes dimensiones que pueden ayudar a entender un Trastorno de Personalidad Límite y su efecto en la persona. En primer lugar, ha sido reportado que el SOC puede predecir el desenlace de un trastorno psiquiátrico a corto o a largo plazo. Un SOC alto puede facilitar (a la persona) a tener un adecuado afronte del ambiente, y ser menos propenso a tener un trastorno de personalidad. Además, modera futuros actos suicidas de sujetos que habían intentado consumarlo (Schnyder, Buchi, Sensky & Klaghofer, 2000). En ese caso, el SOC adecuado podría aminorar las conductas impulsivas como los intentos de suicidio por parte de las personas que tiene un trastorno límite de la personalidad, como también sentimientos de

tristeza, ya que el SOC alto logra aminorar el riesgo de desarrollar algún cuadro psicopatológico a lo largo del tiempo, siempre y cuando la persona pueda mantener un sentido de coherencia adecuado (Kouvonen, A, Vaanaanen, A, Vahtera, J, Heponiemi, T, Koskinen, A, Cox, S & Kivimaki, M, 2008). De otro lado, contar con un sentido de coherencia inadecuado, al enfrentar una situación de estrés difícil de manejar, puede hacer que el individuo sea más propenso a experimentar síntomas depresivos que un sujeto que posee un SOC alto. Hetzel encontró que padres con niños con Asperger y bajo SOC tenían una mayor propensión a adquirir síntomas depresivos que personas que solo mantenían un SOC bajo (Hetzel, 2005). Es importante recalcar que, debido a las conductas y temores excesivos a que los desprecien (Caballo, Gracia, Lopez-Gollonet & Bautista, 2004), las personas con trastorno límite padecen de estrés y sufrimiento, pues contribuyen con un sentido de coherencia bajo, haciendo que sean más propensos a síntomas depresivos, los cuales presentan una correlación importante con la manejabilidad (Hittner, 2000). Por otro lado, la dificultad en las relaciones de pareja contribuye a un SOC bajo (Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004), característica resaltante en los Trastornos Límite de la Personalidad. En ese caso, se puede observar que varios síntomas que describen un trastorno de personalidad límite se relaciona con un SOC bajo, haciendo que estas personas mantengan inestabilidad emocional y un sentido de coherencia inadecuado, el cual es menos estable lo largo del tiempo que uno adecuado, situación que dificulta lograr confrontar con éxito estresores del ambiente (Hakanen, J, Feldt, T & Leskinen, E, 2007). Entonces, si la persona no cuenta con facilidad para el acceso de sus recursos puede experimentar sentimientos de indefensión y vacío, comunes en los trastornos límite de la personalidad. Asimismo, los recursos generales de resistencia externos más importantes son los que se dan en la vida infantil, educación, salud, factores relacionados al trabajo y soporte social (Erikson & Lindstrom, 2005). Algunos agentes predictores de un trastorno de personalidad límite se basan en violencia en la infancia, dificultad en el soporte social familiar debido a la violencia, bajos niveles socioeconómicos que afectan a la salud física y a la posibilidad de una actividad laboral estable, que puede desencadenar en un SOC bajo (Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004) y profundizar el entendimiento de dicho trastorno de personalidad. Sin embargo, la colección de las situaciones mencionadas es lo que afecta al SOC debido a que conductas sanas y un sentido de coherencia alto podría ocurrir, independientemente de la clase social y nivel de educación (Wainwright, Surtees, Welch,

Luben, Khaw & Bingham, 2007). La sensación de vacío y carencia de sentido de vida es una característica que se hace presente en los trastornos límite de la personalidad. El modelo de salutogenesis utilizaría el Sentido emocional hacia la vida, que es el factor más importante del SOC (Antonovsky, 1990), para explicar el trastorno, planteando que este factor está disminuido en estas personas, lo cual mantiene la sensación de tensión negativa constante que es la característica más importante en el sentido de coherencia. Además, muchas personas con un trastorno limítrofe de la personalidad practican conductas temerarias y padecen de inestabilidad emocional, que podría contribuir a la dificultad para tener coherencia emocional, lo que está asociado con el bienestar físico y el interés por este (Endler, P. Christian, H, Thomas M. & Spranger, H, 2008).

Planteamiento del problema

El trastorno de la personalidad es un desorden en el comportamiento, que genera una serie de dificultades para la adaptación y la manera de afrontar el medio ambiente y sus exigencias. Asimismo, el trastorno de personalidad límite es uno de los de mayor afectación en las personas. Un estudio realizado por un hospital psiquiátrico de Lima metropolitana (Hermilio Valdizan) encontró en febrero del 2008 interesantes resultados sobre la cantidad de casos en una institución psiquiátrica en el Perú (ver prevalencia en la página 3 donde se especifican las estadísticas) (Minsa, 2008).

Debido a esta situación debemos profundizar para entender mejor este fenómeno con la finalidad de observar la diferencia que existe entre personas que no padecen dicha dificultad y las que sí. En ese caso, es importante comparar los grupos, pero antes que nada exponer cómo son las personas que tienen un trastorno de personalidad límite, según el CIE 10 (OMS, 2004). Dichas personas presentan inestabilidad emocional, la imagen de sí mismas y los objetivos y preferencias internas son confusas o están alteradas, y se observa facilidad para tener relaciones intensas e inestables causando crisis emocionales, junto a amenazas suicidas o autoagresiones. (OMS, 1992; OMS, 2004).

En general, ciertas causas que favorecen el desarrollo de este trastorno son la violencia física y psicológica en la infancia, el abuso sexual infantil así como también el acoso. Según Kernberg (1975), los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de la madre provocarían la desaparición absoluta de ella, y por ende el

abandono de ellos (Kernberg, 1975). En la adultez, esta crisis infantil se evidencia cuando los individuos son incapaces de tolerar períodos de soledad y tienen el temor de que lo abandonen los seres significativos (Gabbard, 2000).

Adicionalmente, la persona con un trastorno límite de la personalidad a raíz de un pensamiento dicotómico con distorsiones cognitivas (Beck y Freeman 1990; Beck, Freeman & Davis, 2004), se siente convencida de estar desamparada en un mundo hostil con ninguna fuente de seguridad que la ayude. El individuo vacila constantemente entre la autonomía y la dependencia porque no confía plenamente en ninguna, lo que genera que evalúe sus experiencias de manera separada y no integrada (Meza Rodriguez, 2007).

Se propone presentar el concepto de Sentido de Coherencia trabajado por Aaron Antonovsky que parte de la salutogenesis, el cual enfatiza en los factores que promueven la salud integrando no solo las causas de las enfermedades sino también los factores que desarrollan el bienestar. Antonovsky plantea este constructo, como un patrón cognitivo-emocional o una orientación global en la forma de ver las situaciones de la vida (Besteiro, 2008).

Tomando en cuenta las diferentes conductas que pueden atentar contra la salud se encuentran los comportamientos temerarios, abuso de sustancias o atracones de comida, actos característicos en personas con trastorno límite de la personalidad debido a su impulsividad (APA, 2002). El sentido de coherencia es clave para poder entender y formular un abordaje más eficaz a esta población que ha crecido a gran velocidad con el paso del tiempo debido a que a un alto SOC influye en una mayor adaptabilidad al medio, estilos de afrontamiento más efectivos y menor cantidad de conductas que afectan a la salud (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993). Darle importancia a este concepto puede lograr enfrentar terapéuticamente el sentimiento de soledad y vacío que sienten estas personas. Además, el SOC se correlaciona de manera negativa con los cuadros psicopatológicos, así como afectos negativos y se relaciona de manera positiva con satisfacción hacia la vida, calidad de vida, autoestima y funcionamiento psicosocial (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001). Asimismo, podría ayudar a entender cómo así estas personas no logran enfrentar las situaciones estresantes del ambiente. El sentido de coherencia funciona como moderador para superar traumas en la infancia como situaciones de extrema violencia (Van der Hal-van Raalte, E, Van Ijzendoorn, M & Bakermans-Kranenburg, M, 2008). Muchas persona que han desarrollado un trastorno límite viven en la infancia, dentro

de entornos traumáticos, donde existe violencia física y psicológica (Selva, Bellver & Carabal, 2005). Por otro lado, se recalca que la comparación con una población no clínica, que es un aporte interesante para poder explorar no solo cómo es el sentido de coherencia de cada uno, sino cuales son las diferencias importantes entre ambos para lograr discriminar factores, que se relacionan especialmente con la sintomatología límite y el sentido de coherencia.

Es por esto, que el presente estudio se plantea como pregunta de investigación ¿Existe diferencia en el sentido de coherencia en pacientes límite y población no clínica? El objetivo general, es describir y analizar el SOC en pacientes con un trastorno limítrofe. Así como detallar la comprensibilidad, manejabilidad y sentido emocional a la vida que poseen. De otro lado, el objetivo específico es comparar el SOC en pacientes con personalidad límite y población no clínica partiendo de la hipótesis que la población clínica tendrá un menor SOC que la no clínica.





Capítulo 2

Metodología

Diseño

El método utilizado en la investigación es descriptivo debido a que busca detallar y comparar entre dos grupos el sentido de coherencia de cada uno de ellos para observar si se corrobora la hipótesis planteada para el estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). El diseño de la investigación es no experimental debido a que el trabajo no cuenta con una variable manipulable o independiente (Kerlinger, 2002). Asimismo, este es transversal ya que se realizará el trabajo en una oportunidad, sin efectuar pruebas posteriores a los participantes, ni realizar un seguimiento de sus actividades durante un tiempo determinado. Por consiguiente, el paradigma será cuantitativo debido a que se aplicarán dos pruebas psicométricas y un cuestionario de preguntas abiertas. Por un lado, una de ellas servirá como test que afirma o descarta sintomatología relacionada al trastorno límite, mientras que la segunda utilizará conceptos e hipótesis que desarrollarán una descripción y comparación empírica entre el constructo y la población. Así mismo, el cuestionario con preguntas abiertas funcionará como despistaje psicopatológico del trastorno límite en el grupo comparativo (Cresswell, 1994).

Participantes

Tabla 1.

Comparación de las características de los pacientes con trastorno límite y la población no clínica.

Pacientes con trastorno limite	Población no clínica
<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres entre 19-31 años. •Promedio de edad: 23. 6 años •34 personas •Parte de consulta externa de un Hospital de Lima Metropolitana. •Presentan un Diagnostico de 60.3. •Evaluación psicológica y participación en investigación: 1-2 meses de haber sido diagnosticada 	<ul style="list-style-type: none"> •Mujeres entre 20-26 años. •Promedio de edad: 22.4 • 31 personas •Estudiantes de una Universidad Privada de Lima Metropolitana •Estudiantes de Ingeniería •Cursan entre el 7mo y 11vo ciclo

Para los pacientes limítrofe se escogió esta edad debido a que un trastorno de personalidad se puede diagnosticar a partir de los 18 años según el APA (2002), en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, los cuales se hacen reconocibles a principios de la edad adulta, donde las mujeres ocupan el 75 % de los casos (APA, 2002). Existe un correlato neuro hormonal, donde ellas tienen una mayor posibilidad de presentar un trastorno límite (Evardone, Alexander & Morey, 2007). Así mismo, según Amaya & Gaviria (2007) existe un bajo sentido de coherencia en edades entre los 18-21 a comparación de una mayor cantidad de edad, haciendo que haya diferencia significativa en las características de los participantes. Es de resaltar que, al realizar una adaptación de la prueba de síntomas a una población homogénea (España), se encontró que se utilizó una población entre los 18 y los 45 años de edad, con una media de 27.5 años y una desviación de 6.5 mostrándose similar al rango de edad escogido (Barrachina, Soler, Campins, Tejero, Pascual, Alvarez, Zanarini & Perez Solar, 2004). Al construir el SOC se utilizó una población entre los 17 y 60 años con $m = 23.6$ y $SD = 8.4$ (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993). El número de la muestra es de 34 en el grupo de personas con trastorno límite, debido a que existe baja cantidad de diagnóstico F 60.3 en la institución a comparación de otras patologías (MINSAs, 2008), el cual se refiere a personas con trastorno de personalidad limítrofe (OMS, 2004). Finalmente, no se tomó en cuenta el nivel socioeconómico debido a que el sentido de coherencia es independiente de la clase social (Wainwright, N, Surtees, P, Welch, A, Luben, R, Khaw, K & Bingham, S. 2007). Por otro lado, se escogió estudiantes universitarios como grupo control siguiendo así trabajos de Frenz, Carey & Jorgensen (1993) y Amaya & Gaviria (2007), quienes trabajaron con dicho grupo en una población latinoamericana (Colombia). Así mismo, se especificó la facultad de Ingeniería ya que según Amezcua, M. Gonzalez, R. & Zuluaga D, (2003), dicho grupo mantenía una menor vulnerabilidad en su nivel de salud mental que otras carreras (Amezcua, M. Gonzalez, R. & Zuluaga D, 2003).

El Muestreo utilizado es no probabilístico accidental, debido a que no todas las personas de ese universo tienen la posibilidad de participar en el estudio y se estudiaron a los participantes cuando estos acudieron a la institución de salud mental para su tratamiento ambulatorio (Kerlinger, 2002). El grupo no clínico es intencional ya que se escogió el grupo dependiendo de la accesibilidad de los estudiantes a tomar parte en la investigación (Hernández & Fernández, 2003).

Instrumentos

El cuestionario de orientación hacia la vida (OLQ) de Antonovsky, que mide sentido de coherencia, consiste en un cuestionario de 29 ítems con respuestas de escala likert de 1-7 donde uno se refiere “nunca tuve este sentimiento”, mientras que 7 “siempre tuve este sentimiento”, que producen información cuantitativa de carácter de razón (numérico). El sentido de coherencia es una orientación global que expresa hasta qué medida la persona tiene la habilidad para distinguir al que lo merece debido a su propia autoconfianza, donde los estímulos interiores y exteriores a través del curso de la vida se encuentran estructurados, predictivos y explicables. Los recursos son accesibles a la persona para poder enfrentar dichos estímulos y estas demandas retadoras la llevan a comprometerse con interés (Antonovsky, 1993). De los 29 ítems, 13 tienen un puntaje inverso, (1,4-7, 11,13-14, 16, 20, 23, 25, 27) 11 frases corresponden al factor Compresenbilidad, 10 a Manejabilidad y 8 a Sentido emocional a la vida. (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993).

El otro cuestionario usado se trata del Inventario de Síntomas SCL90-R de Derogatis, el cual consta de 90 ítems, que respectan a nueve índices primarios y tres globales de malestar psicológico, estos son: Psicoticismo, Somatización, Susceptibilidad interpersonal, Ansiedad fóbica, Hostilidad, Ansiedad, Depresión, Ideación Paranoide y Obsesión-compulsión. Asimismo, índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos. Entre los ítems, existen nueve frases que no son parte de las áreas mencionadas, (19,44, 59, 60, 64, 66, 89) la totalidad de la prueba tiene un calificación directa (Casullo, 1998) El test cuenta con una escala likert de 5 respuestas, “nada”, “muy poco”, “poco”, “bastante”, “mucho”. El SCL 90-R, se ha utilizado en muestra clínicas con diagnósticos de depresión (44,3 %), trastornos de ansiedad (43,2%), ansiedad y depresión (1,1%), psicóticos (5,7%), disfunciones sexuales (2,3%) y otros (3%). También, puede ser utilizado para evaluar una amplia gama de sujetos, como pacientes clínicos y de población general, así como universitarios (Caparros-Caparros, Villar-Hoz, Juan-Ferrer & Viñas-Poch, 2007).

Finalmente, se utilizó un cuestionario cualitativo de 6 preguntas abiertas que será utilizado como triaje psicopatológico de trastornos limítrofe de la personalidad.

Confiabilidad y Validez

El OLQ presenta un coeficiente de alpha de Cronbach fue de 0.84 a 0.93 (Antonovsky, 1988). Comprensibilidad obtuvo un alpha de 0.80, Sentido emocional a la vida 0.82 y Manejabilidad 0.80, con un test-retest de 0.85 (Holm et al, 1988). Al revisar la validez convergente, comparando pacientes y no pacientes, se utilizó la covarianza, utilizando un ANCOVA, mediante la covariación de la edad, se encontró que $F(1,365) = 109.15$, $p < .0001$. Como se esperaba los cuatro grupos (individuos con consumo de alcohol, ansiedad, depresión y estrés percibido) de pacientes obtenían menor puntaje de SOC que los no pacientes. Puntaje bruto $M = 115.87$, $SD = 25.0$, ajustado a la edad $M = 115.04$). Los no pacientes obtuvieron, Puntaje bruto $M = 142.42$, $SD = 21.9$, ajustado a la edad $M = 142.73$). Se encontró una correlación negativa entre el SOC y los puntajes del inventario de depresión de Beck ($r = -.60$, $p < .0001$), así como también con puntajes de ansiedad ($r = -.85$, $p < .0001$) y de stress percibido $r = -.73$, $p < .0001$. (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993).

Por otro lado, en este medio, Arevalo (2007) encontró que existe una correlación negativa entre stress crónico ($r = -.45$; $p = .000$) y cantidad de stress ($r = -.42$; $p = .000$), con puntajes altos de SOC significando que a menor cantidad de stress mayor el sentido de coherencia. Al realizar un análisis de regresión al modelo crónico de estrés se encontró que la varianza total era de $R^2 = .34$, resultando significativo ($F = 4.54$; $p = 0.02$). Se halló una correlación negativa de beta: $-.35$ con puntaje $t: -2.27$, reforzando la idea ya presentada (Arevalo, 2007). La prueba tiene un factor único, siendo empíricamente inseparable (Antonovsky, 1983).

El SCL 90-R cuenta con un Alfa de Cronbach de toda la prueba de 0.97. Somatización 0.87, Obsesión-Compulsión 0.87, Susceptibilidad interpersonal 0.83, Depresión 0.89, Ansiedad 0.84. Hostilidad 0.84, Ansiedad fóbica 0,88. Ideación Paranoide 0.80 y Psicoticismo, 0.76 (Carrasco, Sanchez, Ciccotelli & Del Barrio, 2003). Existe validez de criterio, convergente y de constructo en un estudio (Muñoz, Espinosa de Santillana, de la luz Cárdenas, Focil, Cavazos, 2005), que realizó una evaluación psicopatológica en mujeres. En el primero, se encontró que mediante una curva de ROC se determinó que la puntuación era de 1.5 en la subescala de depresión minimizando la cantidad de falsos positivos y falsos negativos. En el segundo, existe alta correlación de Spearman entre la prueba y la escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck. Con el primer test se encuentran correlaciones de 0.647 somatización, 0.597 en obsesivo-compulsivo, 0.563 en sensibilidad interpersonal, 0.736 en

depresión, 0.655 en Ansiedad, 0.672, en Hostilidad, 0.588 en ansiedad fóbica, Pensamientos paranoides, 0.574, y Síntomas psicóticos 0.569. Además, la relación con la prueba de Beck Somatización 0.764, Obsesivo-Compulsivo 0.627, Sensibilidad interpersonal 0.701, Depresión 0.828, Ansiedad 0.745, Hostilidad 0.733, Ansiedad Fóbica 0.632, Pensamientos paranoides 0.693, Síntomas psicóticos 0.713. Finalmente, en la validez de constructo, las puntuaciones más altas se dieron en mujeres que padecen de depresión y las más bajas en mujeres que padecían de Trastorno Temporomandibular, donde las diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas e índices totales (Muñoz, Espinosa de Santillana, de la luz Cárdenas, Focil & Cavazos, 2005). Por otro lado, el cuestionario de preguntas abiertas pasó por validez de criterio de jueces, siendo revisada por dos profesionales que son allegados a la psicopatología y al trabajo en instituciones psiquiátricas. Así mismo, se realizó una prueba piloto con personas sin conocimientos directos de psicología para observar si comprendieron las preguntas.

Procedimiento

Se contactó con la facultad de una Universidad privada de Lima Metropolitana mediante una carta hacia el Decano para obtener su consentimiento para realizar la investigación. Luego de la aceptación, se comunicó al coordinador de la Facultad de Ciencias e Ingeniería para citar a los alumnos suministrando las pruebas en los salones que la facultad brindó. A continuación, desarrollaron el cuestionario cualitativo que fue utilizado como triaje para identificar trastornos límite de la personalidad, seguidamente el SCL 90-R el cual sirvió como prueba de despistaje y luego el OLQ. El tiempo en que se desarrolló el “test”, fue de aproximadamente 45 minutos. Por otro lado, el segundo grupo fue administrado dentro de una institución de salud mental de Lima Metropolitana, la cual fue contactada mediante una carta al Director del Hospital, adjuntando el consentimiento informado que se utilizó, la metodología de la investigación y una carta de la institución académica que certificó para qué universidad se esté realizando la investigación. Las personas habiendo sido derivadas de consulta externa de psiquiatría mediante una orden (la cual el psiquiatra otorga luego de haber concluido la consulta y exige al paciente que saque cita inmediatamente) llegaron al servicio de psicología diagnóstico con un documento que certificó la impresión diagnóstica del médico, donde, al identificar la opinión correspondiente a un trastorno límite (F 60.3 según el CIE 10) (OMS, 2004) se les citó a los paciente para ser evaluados. La evaluación se dio aproximadamente entre

1-2 meses de haber entregado la orden con el diagnóstico, debido a la disponibilidad de consultorios del servicio. El proceso fue de manera individual a medida que van llegando los individuos. Luego de realizar una evaluación de personalidad correspondiendo al pedido del psiquiatra a lo largo de varias sesiones, se le citó nuevamente, primero se le entregó el consentimiento informado, el cual fue firmado. Seguidamente, se realizaron las pruebas en el mismo orden que el otro grupo siendo el tiempo aproximado de la ejecución de las pruebas el mismo en ambos conjuntos.

Finalmente, para el análisis estadístico se utilizaron dos variables. Una de razón, de calidad numérica y la otra nominal. La primera representa la puntuación del cuestionario de orientación hacia la vida por cada sujeto. La segunda, se utilizó para separar en dos grupos las muestras utilizando 0 y 1. El valor “0” significó los pacientes limítrofe y el valor “1” fueron los estudiantes de Ingeniería. Luego de ello, se realizó una prueba de normalidad para ambos grupos, utilizando Shapiro - Wilk debido al tamaño de la muestra de los conjuntos, los cuales son menores a 50. Seguidamente, ante el resultado paramétrico de la distribución de los resultados, se aplicó T-student, describiendo los datos, mediante la observación del valor de las medias en ambos grupos, tomando en cuenta la cantidad de sentido de coherencia. Posteriormente, se comparó los promedios del grupo de pacientes límite de la personalidad con los estudiantes universitarios observando cual de los conjuntos tiene un puntaje mayor.

Por otro lado, se comparó entre los diferentes factores la media y mediana. En el caso de la comprensibilidad se utilizó el promedio entre ambos grupos para entender la media revisando así si tenía un puntaje adecuado o inadecuado. Con respecto a los otros factores se utilizó el estadístico U-Mann Whitney para lograr hacer la comparación entre los grupos de los factores de manejabilidad y sentido emocional hacia la vida, para luego comparar las medianas de ambos factores entre los dos grupos revisando cual tiene un puntaje mayor.

Capítulo 3

Resultados

Al realizar los análisis estadísticos respectivos, se revisó la confiabilidad y normalidad de las respuestas de los pacientes límites y los estudiantes Universitarios. Luego se obtuvo la comparación de medias mediante el estadístico T - Student, para observar la cantidad de sentido de coherencia intergrupala, con el objetivo de comparar viendo si se corrobora la hipótesis de trabajo, donde los pacientes límite tendrán un menor SOC que los estudiantes de Ingeniería. Seguidamente, para una explicación más completa de dicha diferencia, se comparó las medias en el área de comprensibilidad y la en las subescalas de manejabilidad y sentido emocional hacia la vida la mediana, observando así cuales de éstas tienen mayor diferencia entre ambos grupos. Sin embargo, es importante recalcar que el SOC es un constructo unitario donde las subescalas se relacionan entre ellas y funcionan de manera unitaria e inseparable. La separación por áreas se debió únicamente para una comprensión descriptiva más profunda del constructo en general, mas no para observar particularidades entre las áreas de manera separada. A pesar de ello, se realizaron los análisis pertinentes de confiabilidad y normalidad para poder comparar con mayor precisión las subescalas y entender mejor el Sentido de Coherencia comparativamente de ambos grupos.

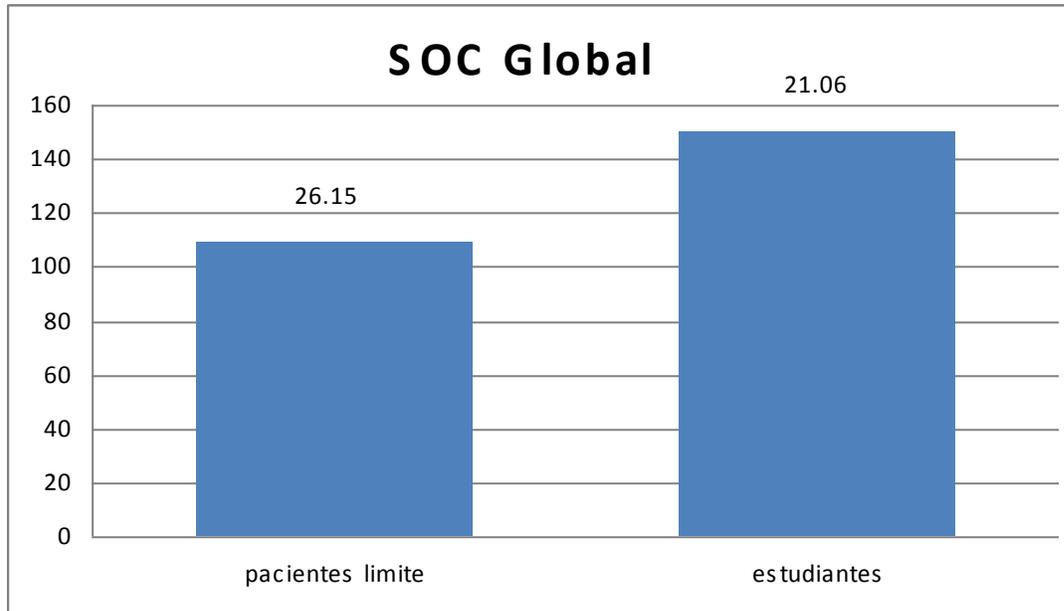
Tabla 1.

Comparación de medias entre grupos de la variable Sentido de Coherencia global.

	Clasificación de los grupos	N	Media	Desviación estándar	T	Sig
GRUPO	Pacientes Límite	34	108.88	26.15	-7.07	0.00
	Estudiantes	31	150.77	21.06		

Gráfico 1.

Gráfico de medias entre grupos de la variable Sentido de Coherencia



Al realizar el análisis de confiabilidad de alpha de Cronbach se encontró 0.88 de índice de confiabilidad en los pacientes límite, lo cual demuestra un elevado grado de confiabilidad. Además, se encuentra un 0.90 de alpha de Cronbach para estudiantes de ingeniería evidenciando un alto grado de índice de confiabilidad haciendo fiable la comparación de los datos. Además, se demostró normalidad en el comportamiento del grupo de pacientes límite, así como también de los estudiantes de Ingeniería. Por otro lado, se encontró homogeneidad de varianzas aceptando que existe un mayor promedio de puntaje de SOC, entre estudiantes de Ingeniería y pacientes límite. En ese caso, existe evidencia de menor Sentido de Coherencia en pacientes límite que en estudiantes de Ingeniería. El promedio del primer grupo es de 108, mientras que el del segundo es de 150, lo cual evidencia una diferencia importante entre ambos grupos a nivel numérico. Es importante recalcar que es difícil determinar cuan significativo es la diferencia entre ambos puntajes debido a una falta de baremos respectivos para la población en cuestión. Aparte, es interesante mencionar que existe una mayor desviación estándar en los pacientes límite que el grupo no clínico, el cual podría tener relación con la gran diferencia en el comportamiento que tienen los diferentes pacientes límite.

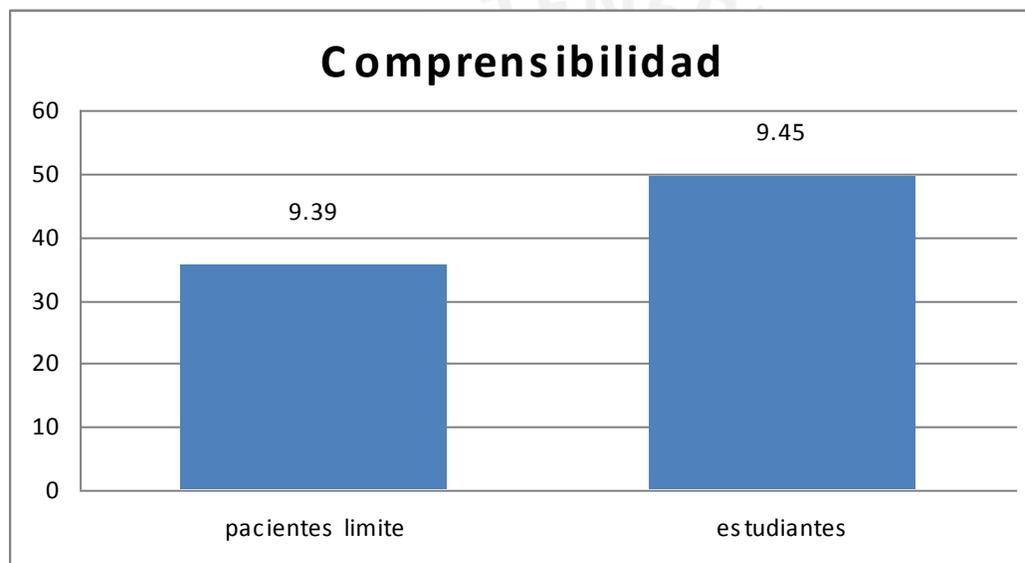
Tabla 2.

Comparación de medias entre grupos de la subescala Comprensibilidad.

Group Statistics						
	Clasificación de los grupos	N	Media	Desviación estándar	T	Sig
GRUPO	Pacientes Límite	34	35.56	9.39	-5.97	0.00
	Estudiantes	31	49.52	9.45		

Gráfico 2.

Gráfico de medias entre grupos de la subescala Comprensibilidad.



Para obtener la comparación del área de compresibilidad, se realizó el análisis de confiabilidad en ambos grupos. En el grupo de pacientes límite se encontró una confiabilidad de 0.72, mientras que en estudiantes de Ingeniería se obtuvo 0.75. Seguidamente, al observar el comportamiento de ambos grupos, se obtuvo una distribución paramétrica en ambos casos. Por otro lado, se encontró homogeneidad en las varianzas. Al realizar el análisis de medias para muestras independientes se encontró que el promedio de comprensibilidad de estudiantes universitarios es mayor al de pacientes límite. Existe evidencia de menor comprensibilidad en pacientes límite que en estudiantes de Ingeniería. El promedio del primer grupo es de 35 mientras que el del segundo apunta a 49, lo que evidencia diferencias interesantes debido a la diferencia en los puntajes. Es importante recalcar que dichos puntajes se ven influidos también por las otras dos subescalas debido a lo unitario del constructo. Un mayor puntaje en el área de

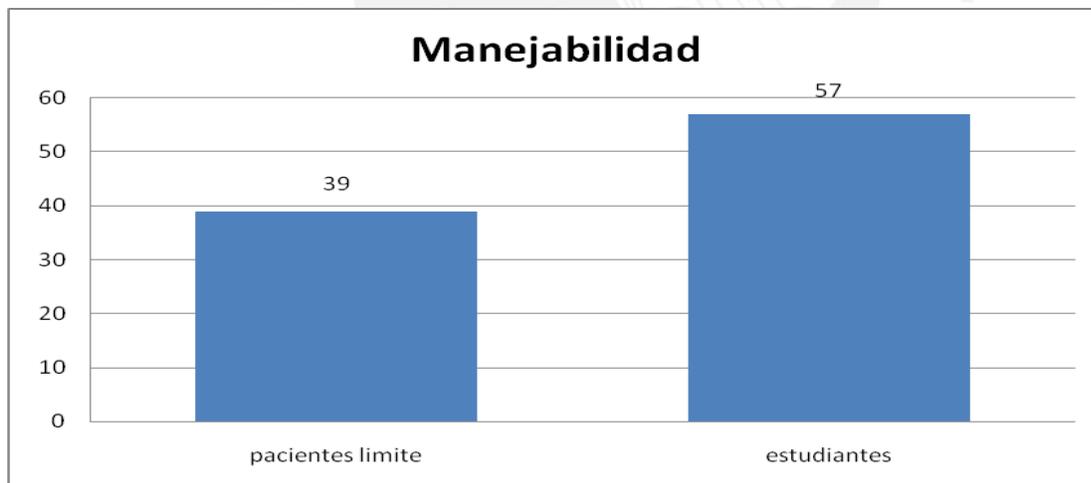
comprensibilidad demuestra que se sigue un patrón con respecto a los resultados globales del SOC, donde los pacientes continúan teniendo un menor sentido de coherencia que la población no clínica. Es interesante observar que la desviación estándar de la población no clínica es mayor que la de pacientes clínicos existiendo una ligera diferencia en los puntajes. La desviación se muestra distinta a como los dos grupos habían contestado en el puntaje de SOC global y demuestra que el rango de puntajes respondido en las otras escalas genera una diferencia en el resultado del Sentido de Coherencia Global.

Tabla 3.

Comparación de medianas entre grupos de la subescala Manejabilidad.

	Clasificación de los grupos	N	Mediana	U Mann Whitney	Z	Sig
GRUPO	Pacientes Límite	34	39	93	-5.708	0.00
	Estudiantes	31	57			

Gráfico 3. Gráfico de medianas entre grupos de la subescala Manejabilidad.



Se realizó el análisis de confiabilidad mediante alpha de Cronbach, con lo que se obtuvo un 0.72 y 0.75 de índice de confiabilidad de pacientes límite y estudiantes de Ingeniería respectivamente. Al efectuar el análisis de normalidad, se observó un comportamiento paramétrico para los pacientes límite. Para la muestra de estudiantes universitarios se encontró que la distribución no era paramétrica. El análisis de U Mann Whitney, se evidenció que la

mediana de los pacientes límite es menor a lo de los estudiantes de Ingeniería. Entonces, existe evidencia de menor Manejabilidad en pacientes límite que en estudiantes de Ingeniería. La mediana del primer grupo es de 39 mientras que el del segundo apunta a 57 siendo mayor, lo que evidencia importantes diferencias. Así como mayor diferencia en los puntajes entre los dos grupos a comparación de los demás. La escala de manejabilidad mostró una diferencia mucho mayor entre grupos que las otras escalas, situación que contribuye no solo con los resultados del puntaje de SOC global, sino también en la desviación estándar de los puntajes de Sentido de coherencia global.

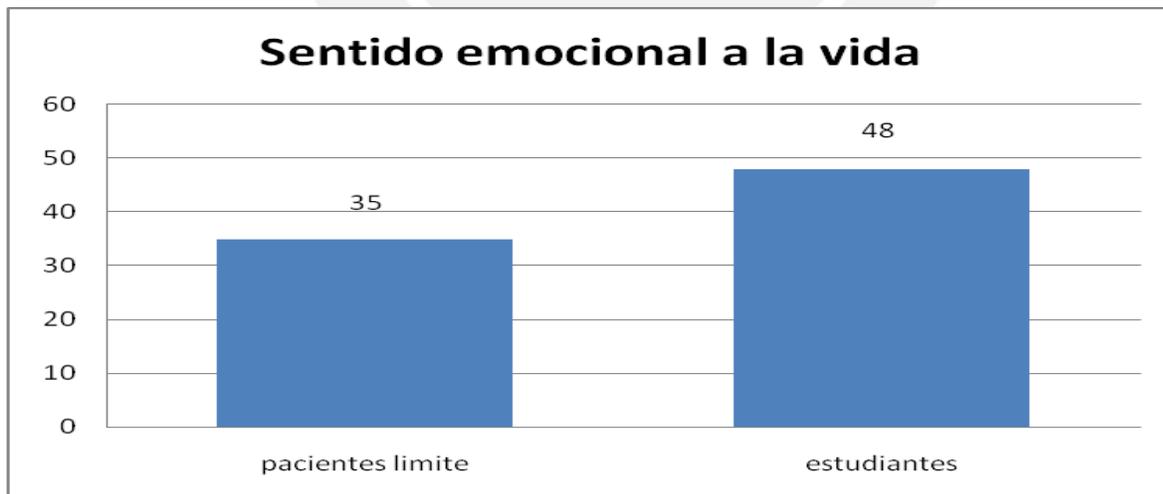
Tabla 4.

Comparación de medianas entre grupos de la subescala Sentido Emocional hacia la vida.

	Clasificación de los grupos	N	Mediana	U Mann Whitney	Z	Sig
GRUPO	Pacientes Límite	34	35	190	-4.43	0.00
	Estudiantes	31	48			

Gráfico 4.

Gráfico de medianas entre grupos de la subescala Sentido Emocional hacia la vida.



Al realizar el análisis de confiabilidad de alpha de Cronbach, se encontró un índice de 0.82 en ambos grupos. Además, para las respuestas de los pacientes límite se obtuvo un comportamiento que tiende a la normalidad. Al ejecutar el mismo análisis para el grupo de

estudiantes de Ingeniería, se encontró un comportamiento no paramétrico. Al hacer la comparación de medianas, se encontró que la mediana del grupo de estudiantes de Ingeniería es mayor a la de pacientes límite. Existe evidencia de menor Sentido Emocional hacia la vida en pacientes límite que en estudiantes de ingeniería. La mediana del grupo de pacientes es de 35 mientras que el de la población no clínica apunta a 48 siendo mayor. Este resultado evidencia diferencias interesantes en el sentido emocional a la vida entre cada grupo. Es interesante detallar que esta escala es la que tiene la segunda mayor diferencia entre los puntajes de los grupos, a comparación de las otras escalas. Los resultados obtenidos sugieren la idea que Sentido Emocional hacia la Vida influye de manera directa en las otras escalas (Antonovsky, 1990) y contribuye a la gran diferencia entre grupos que tuvo la escala de Manejabilidad, así como también a la desviación estándar en el Sentido de Coherencia Global.



Capítulo 4 Discusión

Al examinar los resultados se puede encontrar que los pacientes límite presentan un SOC significativamente menor a los estudiantes universitarios, lo que corrobora así la hipótesis de trabajo. Realizando el análisis, se puede entender el resultado, ya que, a mayor sentido de coherencia, las personas tendrán conductas que contribuyen a su salud mental y física, y no comportamientos que atenten contra ésta (Frenz, Carey & Jorgensen, 1993). Un estudiante universitario que logra concretar una carrera universitaria y que tolera situaciones de estrés y ansiedad por las exigencias académicas demuestra un Sentido de Coherencia más alto, puesto que logran predecir y explicar los estresores y poseen la confianza para afrontar estímulos estresantes y los ven como un reto (Antonovsky, 1990). Asimismo, existe relación entre “burnout” y Sentido de Coherencia donde a mayor SOC, menor estrés (Roca & Torres, 2001). Además, a mayor SOC, existe menor estrés psicológico negativo y ausencia de síntomas mentales y físicos (Kivimaki, Feldt, Vahtera & Nurmi, 2000), mayor bienestar subjetivo y felicidad (Soderberg, Lundman & Nordberg, 1997). Este estado es ajeno a la persona con trastorno límite, quien presenta facilidad para verse envuelto en relaciones inestables e intensas que desembocan en crisis emocionales (OMS, 2004).

En el caso de las personas con trastorno límite de la personalidad, se puede observar conductas auto agresivas, como hacerse daño con objetos punzo cortantes, manejar en estado de ebriedad u otras actividades que atentan contra su vida (OMS, 2004). Estos pueden ser motivados por un fuerte estrés y una dificultad para tolerar la presión que genera el ambiente. Los comportamientos auto agresivos, muchas veces se intensifican por la impulsividad del individuo (APA, 2002), y determina un Sentido de Coherencia menor, porque al caer en desesperación experimenta dificultad para motivarse, al no acceder a sus recursos y percibir las demandas como retadoras (Antonovsky, 1993).

Cuando la persona posee un adecuado Sentido de Coherencia, mantiene interés y le da sentido a las situaciones que vive, haciendo que éstas se vuelvan un reto, pues el SOC logra que el individuo acceda a sus recursos comprometiéndose con la situación (Antonovsky, 1993). Dichos pacientes presentan dudas en los objetivos trazados y en la imagen de sí mismos (OMS, 2004), lo cual dificulta que puedan lograr interesarse en las actividades que realizan. Ellos se enfocan en las situaciones que le generan estrés, y tienden a experimentar tristeza por su baja

sensación de auto valía, sensación de inferioridad e incapacidad. Además, ven a los demás como potencialmente dañinos, a raíz de su desconfianza, percibiendo el mundo como difícil y amenazador, lo cual deviene en estrés que no están dispuestos a tolerar (Gunderson, Gratz, Tull, Rosenthal & Lejuez, 2009). Por ende hay un descenso de la motivación hacia los estímulos ambientales llevándolos a desenlaces negativos que generan ira, evitación y hasta impulsividad en actos posteriores (Bas, Nuñez, Bas & Andrés, 2004). Ello contribuye a que tengan un Sentido de Coherencia inadecuado, una esperanza hacia el futuro menor (Mascaro & Rosen, 2005), y, especialmente, un Sentido Emocional hacia la vida inferior que de los estudiantes de Ingeniería. Este componente es central, porque, al encontrar un sentido afectivo a los estímulos, la persona logra motivarse con ellos consiguiendo que los otros factores (Comprensibilidad y Manejabilidad) funcionen de manera adecuada (Antonovsky, 1990).

La persona con trastorno límite presenta una dificultad para integrar los componentes del Sentido de Coherencia contribuyendo a que éste sea inadecuado, y le afecta en su vida trayéndole malestar psicológico. Al lograr relacionar los factores del SOC, este se vuelve mayor tendiendo a percibir los impedimentos como constructivos y útiles permitiendo tener una mayor capacidad para enfrentar el estrés (Arevalo, 2007). Los pacientes límite encontrados en el estudio, en muchos casos, presentan niveles socioeconómicos bajos que los lleva a abandonar la secundaria y dedicarse al trabajo (Selva, Bellver & Carabal, 2005). Las experiencias de un apego inseguro (Magnavita, 2004) interfieren en la manera óptima de desarrollarse (Bartholomew, Kwong & Hart 2001): experiencias traumáticas en la infancia como separaciones por parte de los padres, castigo físico y psicológico, contacto sexual forzado por un familiar o un extraño, alcoholismo parental y violencia familiar (Vitriol, 2005) contribuyen a la desviación cognitiva, a un profundo malestar psicológico (Zanarini, Frankenburg, Deluca, Hennen, Khera & Gunderson, 1998) y un temperamento vulnerable (Zanarini & Frankenburg, 2007). Todo ello afecta en el progreso del Sentido de Coherencia, ya que, para mantener un adecuado Sentido de Coherencia se necesita el desarrollo de éste, mediante los recursos generales de resistencia del SOC. Estos incluyen características de la persona, un grupo o entorno que facilite la tensión ambiental que genere experiencias de vida positivas, consistencia y orden donde el individuo no se siente ni sub-exigido, ni sobre-exigido. Los recursos más importantes son: el tipo de experiencias vividas en la infancia, la educación, la salud, el soporte laboral y social (Volanen, Lahelma, Silventoinen & Suominen, 2004). En ese caso, se puede

observar que los pacientes limítrofes presentan una dificultad en el desarrollo del SOC. Muchos de sus recursos de resistencia están disminuidos por situaciones traumáticas y carencias, lo que lleva a que puedan tener un SOC inadecuado que aminora la capacidad de enfrentar situaciones estresantes del entorno (Erikson & Lindstrom, 2005). Ellos presentan desviaciones en las cogniciones y los llevan a comportamientos rígidos y desadaptativos (OMS, 2004). Dichas personas han sufrido frustraciones en su vida, que no habían sido notadas por la familia. Esto los ha llevado a cogniciones negativas que complican la amplitud en la perspectiva de la situación (Santiago-López, 2004).

El individuo con adecuada Comprensibilidad espera que los estímulos (que le proporcionan información) predigan parcialmente los hechos futuros. Con respecto a las sorpresas, la persona tiene la expectativa de que la información está ordenada. Esto permite construir una explicación del entorno tomando en cuenta que situaciones negativas pueden ocurrir (Antonovsky, 1990). Como se aprecia en los resultados, la gente con un trastorno limítrofe presenta un problema en la Comprensibilidad, relacionado con la dificultad para hacer la información del ambiente clara y comprensible. Por ello, es difícil afrontar los hechos porque hay complicaciones para predecir y afrontar a raíz de la falta de una comprensión cognitiva. Al no lograr construir una explicación del ambiente, se presenta incapacidad para utilizar sus recursos, lo que contribuye a que caigan en desesperación, y pierdan la habilidad para entender de manera amplia las situaciones, experimentando frustración, tendencia a la tristeza e inestabilidad emocional (APA, 2002). Esto implica ansiedad, al no lograr entender las situaciones son propensos a actos de impulsividad que pueden devenir en consecuencias que afecten la salud de la persona, situación que está relacionada a una Comprensibilidad alterada, que favorece un SOC menor. Esto evidencia que los pacientes limítrofes muestran afectación en su Manejabilidad. Ello da indicio a que exista una relación entre la manera de comprender y predecir el ambiente (Comprensibilidad), y el modo como uno lo enfrenta utilizando sus recursos (Manejabilidad).

La persona con un adecuado sentido de Manejabilidad, ante una situación difícil tendrá la capacidad para afrontar la circunstancia sin sentirse como víctima, ya que, al lograr acceder a sus recursos, sus estrategias de afrontamiento no se ven afectadas (Antonovsky, 1990), y consigue recoger los recursos apropiados para las diversas situaciones que enfrenta (Antonovsky & Sourani, 1990). Se puede ver que la persona con trastorno límite presenta

inadecuada Manejabilidad, al tener dificultad para afrontar las situaciones. Las estrategias de afrontamiento y deseos de superación se relacionan de manera positiva con el SOC (Johnson, 2004). En el caso de las personas con trastorno límite, estas se encuentran mermadas por la insuficiente confianza en sí mismas que contribuye a la dificultad para acceder a sus recursos (Griffiths, 2009). Esto favorece que tenga actos impulsivos y baja capacidad para controlar la ira (APA, 2002). Se presentan, también, en las personas con este trastorno, sentimientos de desesperación y depresión, evidenciados por la inestabilidad emocional, que se relaciona con baja Manejabilidad, influenciada por el nivel de Comprensibilidad y Sentido Emocional hacia la vida (Hittner, 2000). Ello se aprecia en los resultados entre ambos grupos, pudiéndose analizar que al haber en cada factor del SOC una divergencia importante, la Manejabilidad es la que se ve más afectada, y su resultado, que muestra una mayor diferencia a comparación de las otras subescalas. Al observar un SOC global significativamente inferior al grupo comparativo, se evidencia la importancia de la relación que las escalas tienen entre sí. Demostrando que, el SOC no se puede entender de manera separada sino como una unidad (Antonovsky, 1988).

Por otro lado, la persona con trastorno límite de la personalidad presenta distorsiones cognitivas como la adivinación del futuro, infravaloración, catastrofismo, baja tolerancia a la frustración, pensamiento dicotómico los cuales contribuyen a su inestabilidad emocional, impulsividad y vulnerabilidad al dolor (Beck & Freeman 1990; Beck, Freeman & Davis, 2004). Al percibir el mundo de manera negativa, manteniendo una actitud extremista ante el desenlace de las situaciones, se vuelve sumamente difícil que la persona logre motivarse por algún estímulo. Al experimentar estrés o adversidad en la situación el individuo no logrará encontrar un sentido afectivo que consiga incentivarla, llevando a una fuerte afectación de su Sentido Emocional hacia la vida. Este componente es primordial para un SOC adecuado, debido a que sin un elemento motivador, la Comprensibilidad y Manejabilidad adoptan un carácter temporal (Antonovsky, 1990). Situación típica de un paciente limítrofe, quien por momentos experimenta bienestar, el cual está dirigido por el extremismo de su pensamiento donde existen estados “muy buenos” o “muy malos”, oscila entre posiciones positivas y negativas y utiliza defensas primitivas (Kernberg, 1987). La persona carece de motivación ante las situaciones del ambiente y su vida, reduciendo así la calidad de esta (Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt & Natvig, 2008). El individuo vive épocas de bienestar pero de carácter pasajero, donde por momentos puede entender las situaciones y tener una

confrontación eficaz con los estresores ambientales (Antonovsky & Sourani 1990). Sin embargo, mediante la catastrofización en su pensamiento hace que recaiga en la tristeza e inestabilidad emocional (Beck y Freeman 1990; Beck, Freeman & Davis, 2004). La persona con trastorno límite presenta dificultad para asumir metas a largo plazo y al no conseguir gratificaciones inmediatas tiende a frustrarse, y experimenta baja tolerancia a la frustración (Caballo, García, López-Gollonet & Bautista, 2004). Ello demuestra temporalidad en el interés por sus actividades. Al mantener metas de corto plazo, las cuales le dan dividendos rápidos podrían obtener resultados positivos y bienestar. Sin embargo ante la falta de un elemento motivador en actividades con metas a largo plazo, carecen de confianza para conseguirlas y tienden a desmotivarse por la dificultad de ver los estímulos estresantes como retos y lograr predecirlos (Antonovsky & Sourani, 1990). Ello puede ocasionar amenazas o actos de autoagresión cuando no obtienen los resultados deseados o cuando van a separarse de una pareja, usando dichas conductas como esfuerzos desesperados para no ser abandonadas (APA, 2002). Todo ello se relaciona con una falta de SOC adecuado que contribuye a que no desarrollen una autoestima saludable (Johnson, 2004).

Esta situación se diferencia de los estudiantes de Ingeniería, pues ellos se comprometen en una meta a largo plazo como es la conclusión y la adquisición de un título profesional. Un SOC adecuado facilita estas tareas, ya que motiva a la persona a percibir el contexto de manera retadora, ayudando a su desarrollo personal y profesional. En ese caso, un elemento importante que se observa con los resultados obtenidos es que si el individuo con trastorno de personalidad límite no logra motivarse e interesarse ante las exigencias del ambiente, su Comprensibilidad y Manejabilidad se verán afectadas (Antonovsky, 1990).

Finalmente, como limitaciones que pueden haber afectado el desarrollo de la investigación, es importante tomar en cuenta la cantidad de los participantes, donde a mayor número de muestra, se tiene mayor posibilidad de obtener un resultado más significativo. En ese caso, si se hubiera utilizado más tiempo para obtener una mayor cantidad de participantes, se lograba aumentar la precisión del estudio. El tiempo de tratamiento que la persona ha estado llevando, y si estuviera tomando medicación, el lapso de la ingesta, genera diferencias en cada individuo, donde unos pacientes se encuentran en mejor estado que otros. Si todo el grupo a investigar tiene un tratamiento similar, se logra conseguir una población con mayor homogeneidad, tomando en cuenta que el tiempo de este es un factor importante como recurso

de resistencia del SOC, ya que influye en el soporte social. Por ende, para perfeccionar el estudio se debió investigar qué tipo de tratamiento, y, por cuánto tiempo, la persona está siendo tratada. Las diferencias de edades entre los diferentes pacientes es un factor que influye en la igualdad de la muestra, donde una persona recién diagnosticada a los 19 años podría tener diferencias de agudeza o cronicidad sintomática con otra que fue diagnosticada a una mayor edad. A pesar de ello, es importante recalcar que la edad no es un factor que se relaciona con la velocidad de la mejoría cuando la persona está en tratamiento, sin embargo, una persona con menor edad posee mayor posibilidad de mayor mejora que un individuo mayor quien detiene su mejoría a mitad del tratamiento (Shea, M & Co, 2009). Por ello, se debió ser más riguroso al escoger la muestra y el rango de edad de los participantes. Además, es interesante ver que los pacientes límite no presentan una regularidad sintomática (Zanarini et al., 2007). Existen diversas personas con características diferentes e inestabilidad en sus rasgos de personalidad a comparación de otros trastornos (Hopwood & Zanarini, 2010), en adición a los criterios que cumplen para un cuadro límite. Es así que concurren personas que han vivido experiencias psicóticas breves, como también una mayor cantidad de conductas impulsivas, mostrando que la población no posee un carácter uniforme, así como comorbilidad con otros trastornos, como puede ser depresión, estrés post traumático (Zitell, C & Westen, D 2005) episodios disociativos (Salavert, Cunill, Catalán, García & Vila, 2004) que pueden afectar en el grado de Sentido de Coherencia. Una revisión de la historia clínica de cada paciente para identificar su sintomatología, así como la selección de la muestra por signos y síntomas hubiera acrecentado la precisión del estudio, porque esto permite tener una muestra más homogénea. Las diversas experiencias de vida si bien pueden ser similares, la percepción de los individuos ante éstas es diferente, tal como la presencia o ausencia de eventos traumáticos que influyen también en el desarrollo de los recursos de resistencia del SOC de los diferentes sujetos. Un dato importante a tomar en cuenta es la manera como los psiquiatras expresan al paciente la situación que están atravesando, donde muchos de ellos tienden a decirles de manera directa el diagnóstico de un trastorno limítrofe de la personalidad enumerándoles los síntomas. Dicha situación podría generar una profecía auto cumplida en estas personas creyendo lo que el doctor les menciona, lo que refuerza su sintomatología, así como también añadiendo otros signos y síntomas que no tenían previamente (Biggs, 2009) al conocer el trastorno vía una investigación bibliográfica o mediante Internet. En el futuro sería interesante investigar si las profecías autocumplidas se

relacionan con un SOC adecuado, planteando que a mayor Sentido de Coherencia las personas tienen más posibilidades de creer lo que otros dicen (siempre y cuando sean comentarios que puedan mejorar la salud del individuo) y tengan comportamientos hacia su bienestar. Mientras que a menor SOC, la gente podría tener mayor tendencia a creer las impresiones de los demás, y generar conductas que afecten con su salud mental y física.

Sin embargo, se puede observar que el SOC del grupo formado por los pacientes del hospital no muestra un resultado como el de los pacientes clínicos que Frenz, Carey y Jorgensen (1993) registraron en su investigación (El promedio de los pacientes clínicos fue de 115 mientras que el grupo de personas limítrofe puntuó 108). Ello podría deberse a que el grupo está formado por pacientes de consulta externa (pacientes ambulatorios), quienes atraviesan un tratamiento farmacológico y en el que muchos de ellos han realizado algún tipo de tratamiento terapéutico como una evaluación o apoyo psicológico previo, lo cual puede haber contribuido a aminorar la impulsividad, como también la inestabilidad emocional o sentimientos crónicos de vacío, características generales de dicho trastorno (OMS, 2004). Es importante recalcar que esta diferencia también puede estar relacionada con la cantidad de sujetos utilizados en cada estudio. En el trabajo de Frenz, Carey y Jorgensen (1993) se utilizó 373 sujetos mientras que en este hubo 34 personas, lo que puede influir (como ya se ha mencionado) en la precisión de la investigación.

En consecuencia, para futuras investigaciones sería importante poder comparar pacientes de hospitalización, los cuales presentan síntomas agudos, para lograr determinar con mayor exactitud como es el SOC en personas que no han experimentado ayuda terapéutica sistemática o que están atravesando una crisis propia de su patología. Esto permite la posibilidad de comparar los extremos de la patología limítrofe y su Sentido de Coherencia, observando cuándo se encuentran fuertemente inestables y en qué momento se muestran con mayor equilibrio. Además, sería interesante efectuar, en futuros trabajos, una comparación del SOC en mujeres entre los cuarenta y sesenta años, donde el malestar psicológico se aminora (Gabbard, 2000), con un grupo donde la patología se encuentra en un estado de mayor intensidad. En dicho estudio se podría observar si el Sentido de Coherencia cambia, situación que aporta en la comprensión de la diferencia de edad en el trastorno.

En conclusión, los pacientes que presentan un trastorno limítrofe de la personalidad presentan un SOC menor a un estudiante de Ingeniería, que no concurre a un establecimiento psiquiátrico

y no sigue un tratamiento. Se puede observar que un Sentido Emocional hacia la vida puede interferir significativamente en el SOC global, donde se aprecia que si esta subescala es inadecuada las otras se ven afectadas (Antonovsky, 1990). Además, por las características del paciente límite existe una fuerte dificultad para motivarse ante los estímulos ambientales, en comparación con una persona que no posee algún tipo de patología. Las experiencias de vida pueden ser un factor importante para el SOC. Eventos traumáticos en la infancia como un bajo nivel socioeconómico y educativo, maltrato físico y experiencias de apego inseguro podrían afectar para el desarrollo de un SOC adecuado. A menor cantidad de recursos de resistencia del SOC, se encuentra una mayor probabilidad de un trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza porque la persona posee un Sentido de Coherencia menor a alguien que no ha padecido dicha situación. Sin embargo, es importante recalcar que no todos los individuos con experiencias traumáticas van a sufrir un trastorno de personalidad límite. Muchas personas resilientes con la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender y crecer de ellas son menos propensas a caer en una patología (Henderson, 2006). En el futuro sería importante realizar mayor cantidad de investigaciones para lograr concretar con mayor firmeza las ideas presentadas en este trabajo y para ampliar el estudio del constructo y el trastorno de personalidad.

Referencias

- Adler, G & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevant of child development issues. *International Journal of Psycho-Analysis*, 60, 83-96.
- Adler, G (1988) How useful is the borderline Concept? *Psychoanalytic inquiry*, 8, 353-372.
- Adler, G. (1985). *Borderline Psychopathology and it's treatment*. New York, Jason Aronson.
- Agrawal, H. Gunderson, J. Holmes B & Lyons-Ruth, K. Attachment Studies with Borderline Patients: A review. *Harv Rev Psychiatry*. 12(2): 94-104. 2004
- Allen, D Abramson, H Whitson, S Al Taher, M Morgan, S Veneración-Yumul, A Kondam, S Goswami, & Mason, M. (2005) Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry* 46, 340-352.
- Amaya, M E & Gaviaria, A M. (2007) Estilos de vida, bienestar psicológico y sentido de coherencia en estudiantes adultos de la universidad de san buenaventura, seccional de Medellín. Departamento de Bienestar Universitario USB Medellín.
- Amezquita, M. Gonzalez, R. & Zuluaga D. (2003). Prevalencia de la depresión en los estudiantes universitarios: una primera aproximación y algunas aportaciones metodológicas. Mexico.
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument.
- Antonovsky, A. (1984). The sense of coherence as a determinant of health. En J.D Matarazzo et al. *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention*. Pp 114-129. New York. Wiley.
- Antonovsky, A. (1985). *Health, Stress and Coping*. San Francisco, CA.
- Antonovsky, A (1988). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A (1990). Pathways Leading to Successful coping and health. En Rosenbaum, M. *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptative behaviour*. Springer publishing company. NY
- Antonovsky, A (1990). Studying Elath vs studying disease. Lecture at the congress of clinical psychology and psychotherapy. Berlin 19 February 1990.
- Antonovsky, A (1992). Can attitude contribuye to health? *Advances, the Journal of mind and body Health*. Vol 8, No4.
- Antonovsky, A (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci Med*. Vol 36, No 6, pp 725-733, 1993. Pergamon Press.
- Antonovsky, A & Sourani, T (1990). Family sense of coherence and family adaptation. En Antonovsky, A, Krausz, E .*The sociology of health and health care in Israel. Studies of Israeli society volume V*.
- W. S. Schwartz Research center of Behavioral Medicine, Tel Aviv University, Newsletter and research reports, I 1-11.
- APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A.: Barcelona.
- Arevalo, V (2007). *Stress and extreme poverty in Peruvian human*. Radboud University Nijmegen. Council of deans.

- Ávila, A. & Rodríguez, C. (1997). La entrevista clínica, eje de la estrategia del psicodiagnóstico de adultos. En: Avila, A. (coord.). Evaluación en psicología clínica II. (11-48). Salamanca: Amaru Ediciones.
- Barrachina, J Soler, J Campins, M. J. Tejero, A. Pascual, C. Alvarez, E. Zanarini, M. C. & Perez Solar, V (2004). Validación de la versión española de la diagnostic interview for borderlines-revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr* 4:32 (5). 293-298.
- Bartholomew, K. Kwong, M J., & Hart, S. D. (2001). Attachment. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders : Theory, research, and treatment* (pp. 196-230). New York: Guilford Press.
- Bas, F, Nuñez, R, Bas, S & Andrés, V. Terapia Cognitivo-Conductual de los trastornos de la personalidad.. En Caballo, VC. (2004). *Manual de Trastornos de Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis SA: Madrid.
- Bechtel, R (1997). *Enviorement & Behaviour: An Introduction*. SAGE.
- Beck, A & Freeman A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford. Press.
- Beck, A & Freeman, A, Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Second Edition. New York: Guilford Press.
- Beck, JS. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España: Gedisa
- Bender, D & Skodol, A. Borderline personality as a self other representacional disturbance. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 500-517, 2007. The Guilford Press.
- Bengtsson-Tops, A & Hansson, L (2001). The validity of Antonovskky's sense of coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 432-438.
- Besteiro, J., Álvarez, M., Lemos, S., Muñiz, J., Costas, C. & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2008, Vol. 8, Nº 2, pp. 411-427
- Biggs, M (2009). Self-fulfilling Prophecies. Chapter 13 of *The Oxford Handbook of Analytical Sociology*. Oxford University Press.
- Caballo, VC Gracia, A Lopez-Gollonet & C Bautista, R (2004). El trastorno límite de la personalidad. En Caballo, VC. (2004). *Manual de Trastornos de Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Editorial Síntesis SA: Madrid.
- Caparros-Caparros, B Villar-Hoz, E Juan-Ferrer & J Viñas-Poch, F (2007). Symptom Check-list-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *Intenational Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 7, No 3, pp 781-794.
- Carrasco, M Sanchez, V Ciccotelli, H & Del Barrio, V (2003). Listado de síntomas SCL 90-Revised: Analysis in psychiatric patients. *Acción psicológica*. Vol, 2, no 2, 149-161.
- Casullo, M (1998). SCL 90-R. Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.

- Clarkin, J Lenzenweger, M Yeomans, F Levy, K & Kernberg, O. An object relations model of borderline pathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 474-499, 2007. The Guilford Press.
- Cloninger, C. R. (1986a). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1986b). A unified biosocial of personality and its role in development of anxiety. *Psychiatric Developments*, 3, 167-226.
- Cohen, D & Luna, M. (2002). Fundamentos del tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad. Recuperado de <http://www.diegocohen.com.ar/trabajos/7t.pdf> el 30 de Abril del 2009.
- Cresswell, J. (1994) *Research design: qualitative & quantitative approaches*. (Cap 1) California: Sage Publications.
- Depue, R. A., & Lenzenweger M. F. (2001). A neurobiological dimensional model. En W. J. Livesly (Ed.) *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 136-176). New York Guilford Press.
- Downe, S & Davis-Floyd, R (2004). *Normal Childbirth: evidence and debate*. Elsevier Health Sciences.
- Drageset, J Nygaard, H Eide, G Bondevik, M Nortvedt, M & Natvig, G. (2008) Sense of Coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and quality of life outcomes*, 6:85
- Endler, P. Christian, H, Thomas M. & Spranger, H, (2008). Sense of Coherence and Physical Health. A "Copenhagen Interpretation" of Antonovsky's SOC Concept. *The Scientific World JOURNAL*. Vol 8. P 451-453.
- Evardone, M, Alexander, G & Morey, L (2007). Hormones and borderline personality features. *Personality and Individual differences*. Volume 44 Issue 1. Department of Psychology, Texas A&M University, College Station. United States. Elsevier.
- Fernandez Ballesteros, R. (2005). *Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Piramide.
- Fernández- Montalvo, J Landa, N Lopez-Goñi, J Lorea, I & Zarzuela, A. (2002) Trastorno de la personalidad en alcohólicos: Un estudio descriptivo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. Volumen 7, Número 3, pp 217-255.
- Fernández-Montalvo, J & Echebarrúa, E. (2006^a) Evaluación de los trastornos de personalidad: ¿Entrevistas o cuestionarios? *Universidad Pública de Navarra, Universidad del País Vasco*. Papeles del Psicólogo Número 29,
- Fernández-Montalvo, J & Echebarrúa, E. (2006^b) Juego Patológico y Trastornos de la personalidad: Un estudio piloto con el MCMI-II. *Psychothema* Vol. 18 no 3 pp453-458.
- Fiori, D Semrari, A (2008). El trastorno límite de la personalidad. En Dimmagio, G. *Los trastornos de la personalidad: Modelos y Tratamiento*. Desclee de Brouwer: Bilbao

- Fraiberg, S. (1969) Libidinal Object constancy and mental representation. *Psychoanal study Child*. 24:9-47,
- Frenz, A, Carey M & Jorgensen, R. (1993) Psychometric Evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assesment Vol 5, No 2*, 145-153, American Psychologist Association.
- Gabbard, G. (2000). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Editorial Panamericana: Buenos Aires.
- Gregory, R. (2001). *Evaluación Psicológica. Historia, principios y aplicaciones*. México: Manual Moderno.
- Griffiths, C.A. (2009). The EMILIA project: The impact of a lifelong learning intervention on the sense of coherence of mental health service users.. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. Vol 14(1). 35-
- Gunderson, Jg, Zanarini, Mc & Kisiel Cl (1991). Borderline Personality disorder: A review of data on DSM III-R descriptions. *J personal disord* 5:340-355.
- Gunderson, J Gratz, K, Tull, M, Rosenthal, M Z, & Lejuez, C. W. (2009) An experimental investigation of emotion dysregulation in borerline personality disorders. *Personality Disorders: Theory Research and Treatment*. Vol. S, No 1, 18-26.
- Johnson, M. (2004). Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *British Journal of Health Psychology*, Volume 9, Number 3, September 2004 , pp. 419-432(14). British Psychological Society.
- Haro, G, Mateu, C, Cervera, G & Fernandez-Garces. Heredabilidad y aspectos genéticos del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G & Haro, G &, Martinez-Raga, J (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Editorial Méidca Paranamericana: Madrid
- Hakanen, J, Feldt, T & Leskinen, E, (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in personality*, Volume 41, Issue 3, Pages 602-617.
- Henderson, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy. Como superar las adversidades*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Hernández R, Fernández C & Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México: Mcgraw-Hill.
- Hetzel, A (2005). *Sense of coherence and depressive symptomotology in parents of children diagnosed with Asperger syndrome*. Capella University. Proquest information and learning company.
- Hittner, J. (2000) Novel methods for analyzing Multifaceted personality Scales: Sense of Coherence and Depression as an example. *The Journal of Psychology*; 134, 2; Proquest Psychology Journals.

- Holm, J. E, Ehde, D, Lamberty K. J. Dix, A & Thompson, J. (1988). The development of a salutogenetic model of stress and health: Psychometric properties of the sense of coherence construct. Poster presented at the 22nd annual meeting of the association of advancement of Behaviour Therapy, New York.
- Hopwood, C & Zanarini, MC (2010). Five factor trait instability in borderline relative to other personality disorders. *Personality disorders: Theory, Research and Treatment* Vol 1, No 1, 58-66.
- Horsburgh, M (2000). Salutogenesis. Origins of Health and Sense of Coherence. En Hill, V. *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory and practice*. SAGE
- Hospital Larco Herrera. Analisis Situación de Salud. (2007) Recuperado el 30 de abril del 2009, de <http://www.larcoherrera.gob.pe/>
- Kanas, N, Manzey, D (2008). *Space psychology and psychiatry*. Springer
- Kaplan, R & Sacuzzo, D (2006). *Pruebas psicológicas: Principios y aplicaciones y temas*. Sexta Edición. Thomson Learning. Editorial Nuevo Milenio.
- Kaplan, H, Sadock, V & Sadock, B. (2007). *Synopsis of Psychiatry*. Behavioral Science/Clinical Psychiatry. Tenth Edition: Lippincott Williams & Wilkins (LWW)
- Kerlinger, F. N & Lee, H. B (2002) *Métodos de investigación en ciencias sociales*, 4ta ED. México: MC-Graw Hill/Interamericana
- Kernberg, O (1987). *Trastornos graves de la personalidad*. Mexico: Manual Moderno.
- Kernberg, O Caligor E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. En M F. Lenzenweger & J. F. Clarkin. *Major theories of personality disorder*. (pp. 114-156) New York: The Guilford Press.
- Kernberg, O. (1966). Structural derivatives of object relationships. *Int J Psychoanal* 47: 236-253.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *J am. Psychoanal. Assoc*, 15,641-685.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and Pathological Narcisism*. New York. Jason Aronson.
- Kernberg, O & Michels, R (2009). *Borderline personality disorder*. Department of Psychiatry, Cornell University Medical College. NY.
- Kivimaki, M, Feldt, T, Vahtera, J & Nurmi, J-E. (2000) Sense of coherence and health: evidence of two crosslagged longitudinal samples. *Soc Sci Med*; 50:583-597.
- Korotkov, D (1998). The sense of Coherence: Making sense out of Chaos. Memorial University of Newfoundland. En Wong, P, Fry, P. *The Human quest for meaning*. Lawrence Erlbaum Associates

- Kouvonen, A, Vaanaanen, A, Vahtera, J, Heponiemi, T, Koskinen, A, Cox, S & Kivimaki, M, (2008). Sense of coherence and psychiatric morbidity: A 19-year register based prospective study. *J Epidemiol Community Health*
- Le gris, J & Van Reekum, R. (2006) The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 51: 131-142.
- Levy, K, N. Clarkin, J. F. Yeomans, F. E. Scott, L. N. Wasserman, R. H. & Kernberg, O. (2006). The mechanism change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused therapy. *Journal of clinical psychology*, 62 481-501.
- Lindstrom B, Eriksson, M. (2005) Salutogenesis. *J epidemiol community health* 59. 440-442.
- Magnavita, J. (2004). *Handbook of personality disorders: Theory and practice*. John Wiley & Sons, Hoboken. New Jersey
- Mahler, MS, Pine, F & Bergman, A. (1975) *The psychological Birth of Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books.
- Mascaro, N. & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 985-1013.
- Masten, A, S & Reed, MR, J. En Snyder, C, R & Lopez, S, J. (2005). *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press.
- Meza Rodriguez, T. (2007). Trastorno límite de la personalidad: constructos caracterológicos, fenomenológicos y su correlación neurobiológica. *Alcmeon. Revista Argentina de clínica Neuropsiátrica*, Año 16. Vol. 14, N°2, noviembre de 2007, paginas 55 – 64.
- Midanik, LT, Soghikian K, Ransom, LJ & Polen, Mr. (1992) Alcohol problems and sense of coherence among older adults. *Soc Sci Med*, 34: 43-48.
- Minsa. Diagnósticos más frecuentes en hospitalización. (2008). Recuperado el 7 de abril del 2009, de <http://www.minsa.gob.pe/hhv/DX2008.pdf>
- Minsa. Perfil de pacientes que asisten a consulta externa [Atenciones Medicas y Psiquiatricas]. (2008). Recuperado el 7 de abril del 2009, de <http://www.minsa.gob.pe/hhv/PERFILCONEXT2008.pdf>
- Minsa. Perfil de pacientes que ingresan al servicio de hospitalización. (2008). Recuperado el 30 de abril del 2009, de <http://www.minsa.gob.pe/hhv/PERFILHOSP2008.pdf>
- Muñoz, C L, Espinosa de Santillana, I de la luz Cárdenas, Ma Focil, M & Cavazos, J (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL 90 en la evaluación de psicopatología en Mujeres. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 3, Junio.
- OMS (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guideline*: Tecnicas Gráficas FORMA S.A. Madrid
- OMS (2004) *Guía de Bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos mentales y del Comportamiento*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- Paris, J. (2001). Psuchosocial adversity. En W. J. Livesly (Ed.), *Handbook of Personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 231-241). New York: Guilford Press.
- Petrie, K & Brook, R. (1992) Sense of coherence, self esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *Br J. Clin Psychol*; 31, 293-300.

- Plumed, J & Novella, J (2005) Fundamentos psicodinámicos del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G & Haro, G &, Martínez-Raga, J. Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Editorial Médica Paranamericana: Madrid.
- Quaderns de Salut Mental. Trastorno límite de la personalidad (TLP). (2006). Recuperado el 30 de abril del 2009, de http://www10.gencat.cat/catsalut/archivos/publicacions/planif_sanit/qsm/tp_cast.pdf
- Roca, M & Torres, O. (2001). Un estudio del síndrome de burnout y su relación con el sentido de coherencia. Revista Cubana de Psicología Vol.18, No.2,2001
- Río Sanchez, C Torres Perez, I & Borda Más, M. (2002) Comorbilidad Bullimia Nervosa Purgativa y trastornos de la personalidad según el inventario clínico Multiaxial de Millon. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. Vol 2, No 3 pp 435-458.
- Riso, W (2009). Terapia cognitiva/ Cognitive Therapy: Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico/ Teoretical Fundamentals and Conceptualization Of The Clinical Case. Editorial Paidós.
- Sabogal, L F. (2004). Pruebas proyectivas: Acerca de su validez y confiabilidad. Duazary segundo semestre, vol 1 Número 2.
- Salavert, J Cunill, R Catalán, A García, M.A & Vila, M.A. (2004) Gravedad y asociación de la sintomatología disociativa en el trastorno límite de la personalidad con el antecedente de abuso sexual y maltrato físico. Informaciones Psiquiátricas - Tercer trimestre. Número 177. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
- Sandoval, L & Villamil, V. (1992) La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. Salud Mental. V. 22 No 3. Junio.
- Santiago Lopez, S. Terapia icónica para la estabilización emocional. En Caballo, VC. (2004). Manual de Trastornos de Personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Editorial Síntesis SA: Madrid.
- Schnyder, U, Buchi, S, Sensky, T & Klaghofer, R. (2000) Antonovsky's sense of coherence: Trait or state? Psychother Psychosom 69, 296-302. University Hospital, Zurich Switzerland.
- Selva, G, Bellver, F & Carabal, E. Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. En Cervera, G & Haro, G &, Martínez-Raga, J (2005). Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. Editorial Médica Paranamericana: Madrid
- Shea, M, Edelen, M, Pinto, A, Yen, S, Gunderson, J, Skodol, A, Markowitz, J, Sanislow, C, Grilo, C, Ansell, E, Daversa, M, Zanarini, M, McGlashan, T & Morey, L. (2009). Improvement in Borderline personality disorder in relationship to age: Acta Psychiatr Scand. February; 119(2): 143-148.
- Sordberg, S, Lundman, B & Nordberg, A. (1997) Living with fibromyalgia: Sense of coherence, perception of well being and stress in life. Res Nursing Health; 20: 495-503.

- Suominen, S. (1993) Perceived health and life control: a theoretical review and empirical study about the connections between health and life control determined according to the strength of sense of coherence. Stakes National Research and development centre for welfare and health, research reports 26.
- Torgersen S. (2005). Epidemiology. En Oldham JM, Skodol, AE, Bender DS (eds). Textbook of personality disorders, Washington: American Psychiatric Publishing: 129-141.
- Vallejo, J. (2006). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Masson. Elsevier.
- Van der Hal-van Raalte, E, Van Ijzendoorn, M & Bakermans-Kranenburg, M (2008). Sense of coherent moderates late effects of early childhood holocaust exposure. Journal of Clinical Psychology, Vol. 64(12) 1352-1367.
- Vitriol, V. (2005) Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. Rev chil Neuro-Psiquiat 43(2): 83-87.
- Volanen, S Lahelma, E Silventoinen & K Suominen, S. (2004) Factors contributing to sense of coherence in men and women. European Journal of Public Health, Vol 14, No 3. European Public Health Association.
- Wainwright, N, Surtees, P, Welch, A, Luben, R, Khaw, K & Bingham, S. (2007) Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? Epidemiol Community Health. 61, 871-876.
- Wainwright, N, Surtees, P, Welch, A, Luben, R, Khaw, K & Bingham, S. (2007) Healthy lifestyle choices: could sense of coherence aid health promotion? Epidemiol Community Health. 61, 871-876.
- Zanarini, M C Frankenburg, F. R, Deluca, C.J, Hennen, J, Khera, G. S. & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. Harvard Review of psychiatry, 6, 201-207.
- Zanarini, MC & Frankenburg, F. (2007) The essential nature of borderline psychopathology. Journal of Personality Disorders, 21(5), 518-535. The Guilford Press.
- Zanarini, MC, Frankenburg, F. R. Reich, D. B. Sil, K. R. Hudson, J. I & McSweeney, L. B. (2007) The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10 year follow-up study. American Journal of Psychiatry, 164, 929-935.
- Zitell, C & Westen, D. (2005) Borderline personalities Disorder in Clinical Practice. Am J Psychiatry 162:5, May.

Anexo A: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código del participante (a llenar por el encuestador) _____

El alumno de la de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Juan Carlos Saravia Drago, se encuentra trabajando en una investigación para realizar su tesis de licenciatura. Por este motivo, necesita de su ayuda y colaboración.

Para la siguiente investigación se procederá a la aplicación de dos pruebas psicológicas para poder conocer su reacción frente a la situación que presenta. En este sentido, no hay respuestas buenas ni malas, lo que importa es lo que usted piensa y siente.

Al final del curso, usted podrá solicitar al alumno una copia del trabajo realizado con la información obtenida. Dada las características del trabajo, esta información será analizada de manera grupal, por lo que no podemos ofrecer información individualizada de sus respuestas.

Se le agradece de antemano su participación, tiempo y sinceridad, que serán de mucha ayuda para la investigación.

Firma del participante

Anexo B: Cuestionario Cualitativo

Cuestionario

1. ¿Cómo se siente consigo mismo y su apariencia física?

2. ¿Alguna vez ha actuado de manera impulsiva y se ha arrepentido de haberlo hecho?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Casi Nunca
- Nunca

¿Tiene algún ejemplo de ello?

3. ¿Su estado de ánimo cambia repentinamente sin motivo aparente?

4. ¿Alguna vez se ha visto en la necesidad de hacerse daño? ¿Cómo?

5. ¿Qué es la vida para usted?

6. ¿Qué hace cuando no consigue lo que desea de manera inmediata?



Anexo C: EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

SCL-90-R.
Adaptación U.B.A. CONICET. 1999/2008.
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Citada Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.
 Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).
 Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:
NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.
 No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se liban de mi cabeza.

	Nada	Muy POCO	Poco	Bastante	Mucho
1.					
2.					
3.					

Anexo D: Cuestionario de Orientación hacia la vida

Cuestionario de Orientación hacia la Vida

A continuación le presentamos una serie de preguntas relacionadas a varios aspectos de sus vidas. Cada pregunta tiene siete respuestas posibles. Por favor, marque el número que exprese su respuesta considerando el 1 y el 7 como las respuestas opuestas y extremas. Si la frase debajo del 1 es la correcta para usted haga un círculo en el Número 1. Si la frase debajo del 7 es la correcta para usted haga un círculo alrededor del 7. Si usted piensa que su respuesta es diferente haga un círculo en uno de los números que se encuentran en el medio y que exprese mejor su sentimiento u opinión. Por favor circule solo un número.

1. ¿Tiene usted el sentimiento que no la comprenden cuando habla con otras personas?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca tuve este sentimiento						Siempre tuve este sentimiento

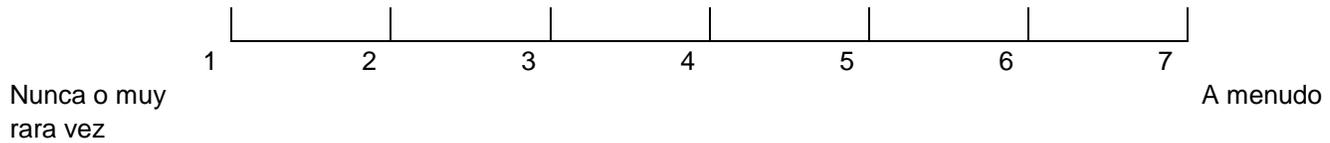
2. En el pasado, cuando usted tuvo que hacer algo que dependía de la cooperación de otros, sintió que:

1	2	3	4	5	6	7
De hecho no sé Logro hacer nada						De hecho sí sé logro hacer algo

3. ¿Qué tan bien conoce a la mayoría de las personas que están en contacto con usted diariamente, sin considerar a las que usted siente más cercanas?

1	2	3	4	5	6	7
Siento que son Extraños						Las conozco muy bien

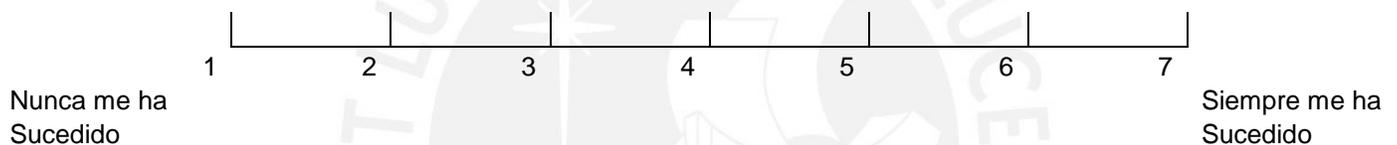
4. ¿Siente usted que no le importa lo que sucede a su alrededor?



5. ¿Le ha sucedido en el pasado que se ha sorprendido por el comportamiento de la gente que usted pensaba que conocía muy bien?



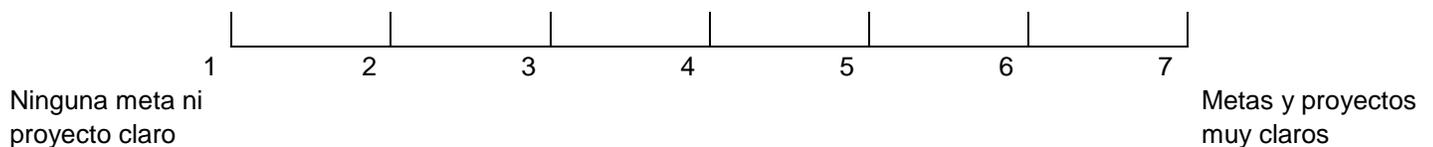
6. ¿Le ha sucedido que la gente con la que usted contaba lo ha decepcionado?



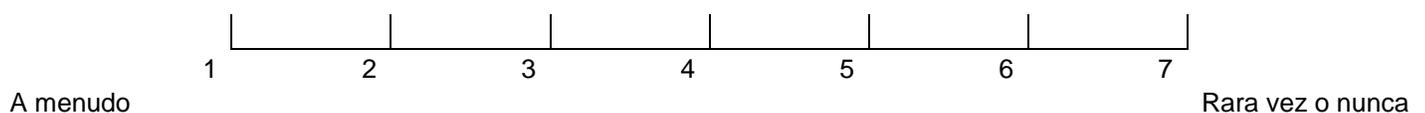
7. La vida es:



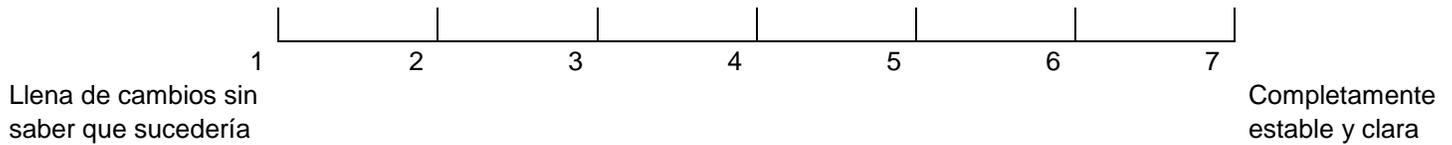
8. Hasta el momento su vida ha tenido:



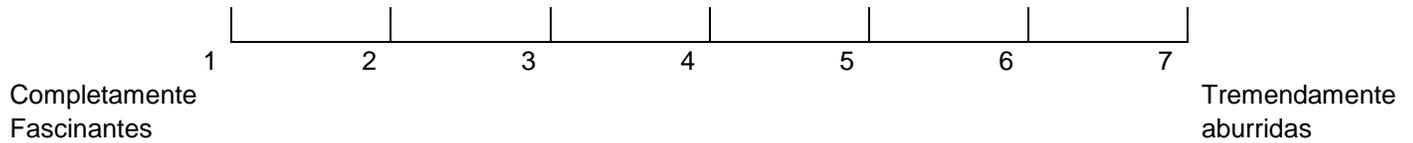
9. ¿Tiene usted el sentimiento que ha sido tratada injustamente?



10. En los últimos diez años su vida ha sido:



11. Probablemente la mayoría de las cosas que usted hará en el futuro serán:



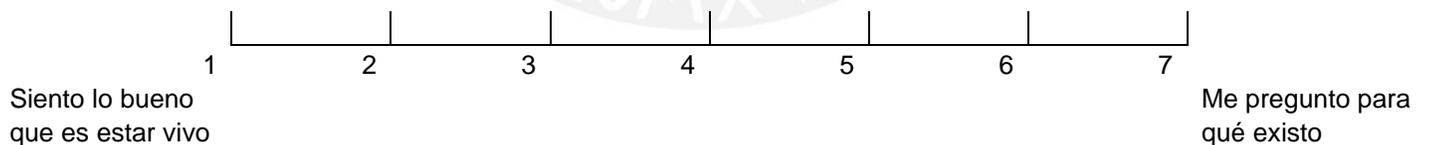
12. ¿Tiene usted el sentimiento de que está en una situación poco familiar y no sabe que hacer?



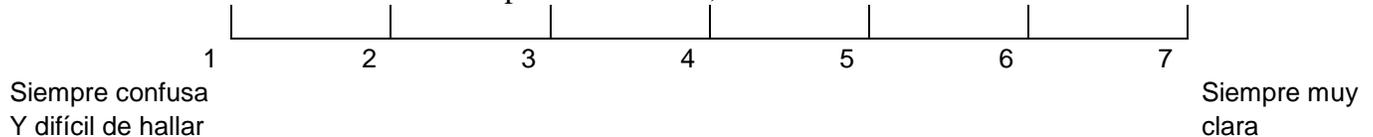
13. ¿Qué describe mejor como ve usted la vida?



14. Cuando usted piensa acerca de su vida, a menudo:



15. Cuando usted enfrenta un problema difícil, la alternativa de solución es:



16. Hacer las cosas que usted hace diariamente son:



Una fuente de profundo placer y satisfacción

Una fuente de Dolor y aburrimiento

17. Probablemente su vida en el futuro será:



Llena de cambios sin saber que Sucederá

Completamente estable y clara

18. Cuando le ha sucedido algo desagradable en el pasado, usted tendió a:



“Consumirse” por eso

Decir “está bien, tengo que vivir con eso” y sigo adelante

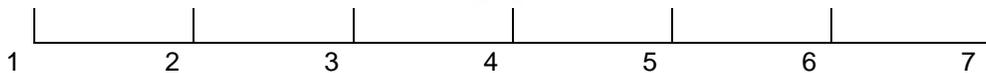
19. ¿Tiene usted ideas y sentimientos confusos?



A menudo

Rara vez o nunca

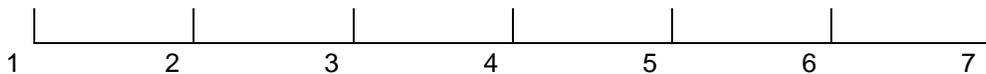
20. Cuando usted hace algo que la hace sentirse bien:



Fijo que seguirá sintiéndose bien

Fijo que algo sucederá y malogrará ese sentimiento

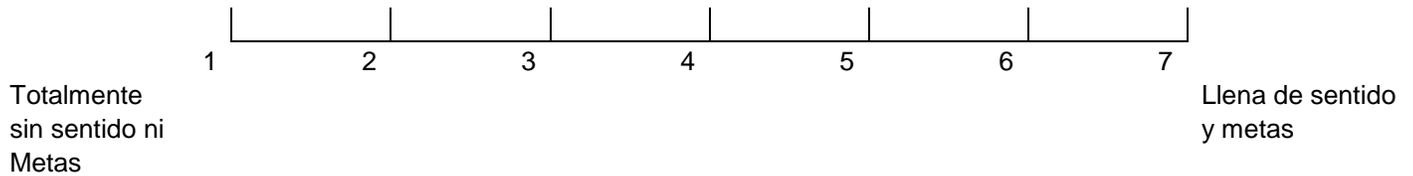
21. ¿Siente usted dentro de sí algo que no le gustaría sentir?



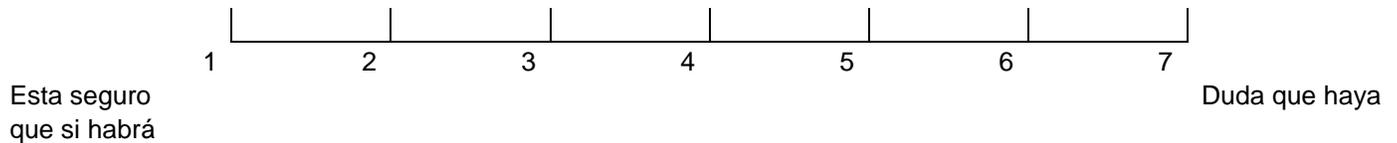
A menudo

Rara vez o nunca

22. Anticipa usted que su vida personal en el futuro será:



23. ¿Piensa usted que siempre habrá gente con quien podrá contar en el futuro?



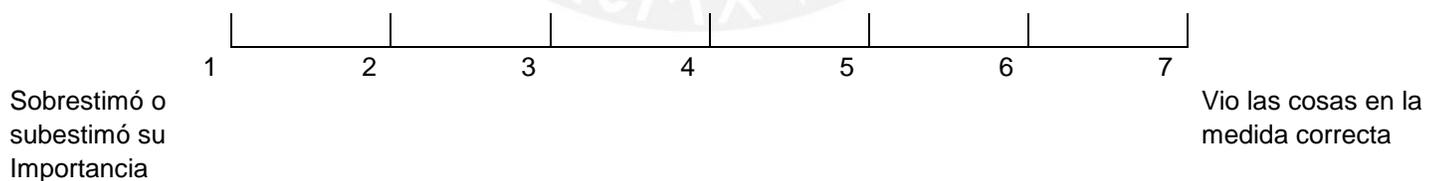
24. ¿A tenido usted el sentimiento que no sabe exactamente que es lo que le va a suceder?



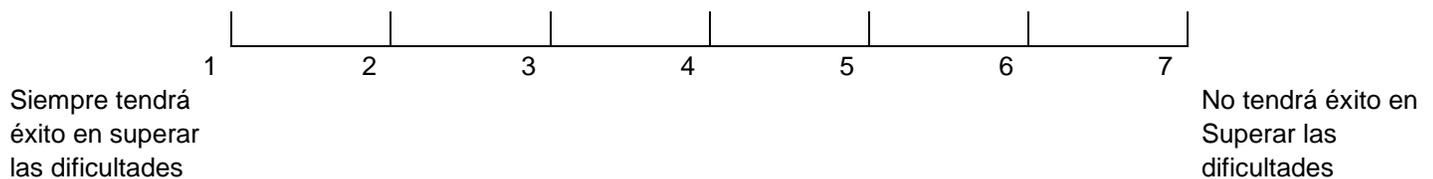
25. Muchas personas, inclusive las de carácter fuerte, algunas veces se sienten perdedoras en ciertas situaciones. ¿Cuan a menudo usted ha tenido esto en el pasado?



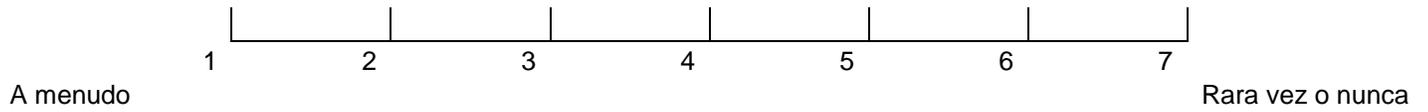
26. Cuando algo ha sucedido, generalmente ha encontrando que usted:



27. Cuando usted piensa en dificultades o enfrenta aspectos importantes de su vida; tiene el sentimiento que:



28. ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento que tienen poco sentido las cosas que realiza en su vida diaria?



29. ¿Cuán a menudo tiene usted el sentimiento de no estar seguro de poder mantenerse bajo control?

