



FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**REPRESENTACIONES MENTALES DE APEGO EN UN GRUPO
DE MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE
PERSONALIDAD LIMÍTROFE**

Tesis para optar por el título de Licenciado con mención en Psicología
Clínica que presenta el Bachiller:

ESTEBAN ALMUELLE CABALLERO

Asesora:

KATHERINE GRETTEL FOURMENT SIFUENTES

LIMA – PERÚ

2017



Agradecimientos

A mi mamá por su compañía y su paciencia. Debido a que siempre ha estado a mi lado apoyándome.

A mi papá por toda la comprensión y la motivación que me ha brindado.

A mi hermano por siempre haber confiado en mí.

A Giovanna por su invaluable compañía y calidez.

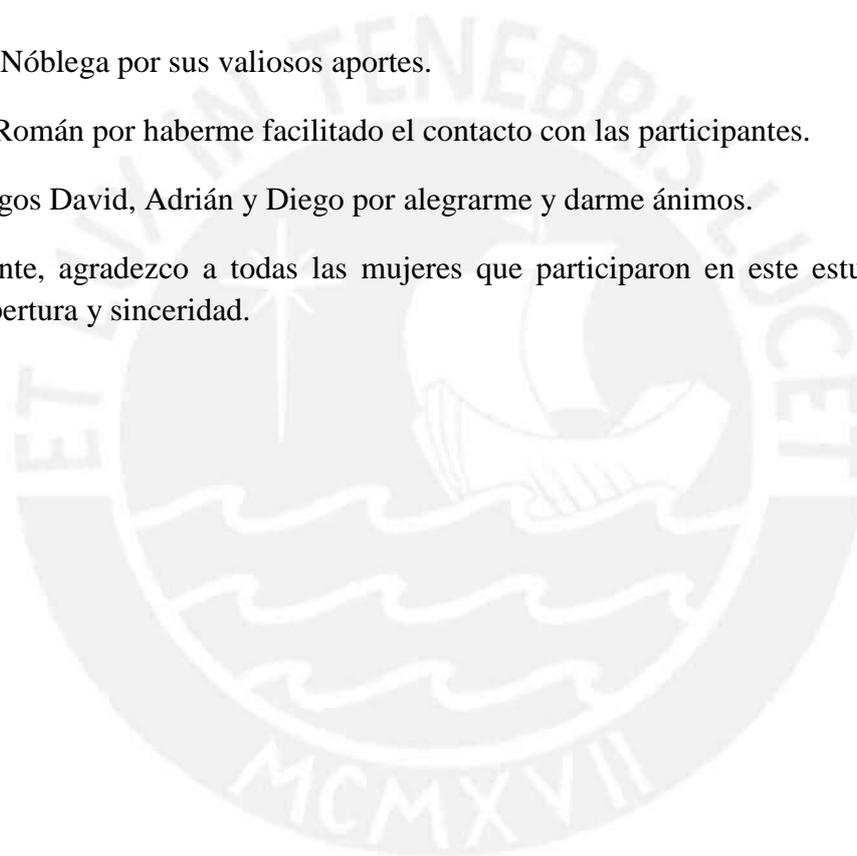
A Kathy por su dedicación y por haberme guiado en todo el proceso de elaboración de la tesis.

A Magaly Nóblega por sus valiosos aportes.

A Norma Román por haberme facilitado el contacto con las participantes.

A mis amigos David, Adrián y Diego por alegrarme y darme ánimos.

Y finalmente, agradezco a todas las mujeres que participaron en este estudio por su valentía apertura y sinceridad.



Representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con diagnóstico de trastorno de personalidad límite

Resumen

La presente investigación tiene como propósito describir las representaciones mentales de apego de un grupo de mujeres con TLP. Para ello se evaluó a un grupo de mujeres de entre 18 y 41 años ($M= 29.33$, $DE= 7.63$) por medio del Auto-cuestionario de los Modelos Internos de Relaciones de Apego (CaMir). Adicionalmente, se utilizó el Cuestionario de Personalidad Límite (BPQ) para la exploración de las relaciones entre las representaciones mentales de apego y la intensidad de la sintomatología límite. Los resultados mostraron que el grupo de participantes se encontró caracterizado por los prototipos inseguros de apego, teniendo como prototipo prevalente el preocupado seguido por el evitativo. Respecto a las representaciones de apego vinculadas al pasado, el grupo de participantes reveló mayores percepciones tanto de sobreprotección como de negligencia en comparación con el ideal teórico del apego seguro. Actualmente prevalece una tendencia hacia el distanciamiento en los lazos familiares. Asimismo, el estado mental de las participantes se distinguió por la presencia de percepciones de abandono, rechazo y un entorno familiar poco acogedor. De esta manera, las representaciones mentales de apego mostraron una coexistencia de ambos prototipos inseguros de apego. Por otro lado, no se hallaron asociaciones relevantes entre los prototipos de apego y la intensidad de la sintomatología límite con excepción de la escala *vacío* del BPQ.

Palabras clave: trastorno de personalidad límite, representaciones mentales de apego, CaMir, BPQ.

Abstract

The aim of this research is to describe the mental representations of attachment in the BPD. To that effect the Internal Working Models of Attachment Relationships self-questionnaire (CaMir) was applied to a group of women aged between 18 a 41 years old ($M= 29.33$, $DE= 7.63$). Additionally, the Borderline Personality Questionnaire was utilized for exploring the relationships between borderline symptomatology and mental representations of attachment. According to the results, the group participants were characterized by the insecure prototypes of attachment, among which the preoccupied prototype was prevalent followed by the avoidant prototype. The attachment representations referred to the past revealed that the group participants had perceptions of overprotection as well as negligence in comparison with the theoretical ideal of secure attachment. At the present there's a prevailing tendency towards distancing from family bonds. Furthermore, the mental state of the participants was distinguished by the presence of perceptions of neglect, rejection and an unwelcoming family environment. Thus, the mental representations of attachment display a coexistence of both prototypes of insecure attachment. Nonetheless, no relevant associations were found between the attachment prototypes and the intensity of borderline symptomatology with the exception of the *emptiness* scale of the BPQ.

Key words: Borderline Personality Disorder, mental representations of attachment, CaMir, BPQ.

Tabla de Contenidos

Introducción.....	2
Método.....	11
Medición	11
Resultados.....	18
Discusión	23
Referencias	30
APÉNDICES	36
Apéndice A: Consentimiento informado.....	37
Apéndice B: Estadísticos de los prototipos en el estudio de validación (Nóblega & Traverso, 2013)	38
Apéndice C: Prueba de confiabilidad global y por escalas: CaMir.....	39
Apéndice D: Análisis de validez del CaMir.....	40
Apéndice E: Prueba de confiabilidad global y por escalas del BPQ.....	41
Apéndice F: Ficha de datos	42
Apéndice G: Prueba de normalidad: CaMir.....	43
Apéndice H: Prueba de normalidad: BPQ.....	44

De acuerdo con Bowlby (1979), la teoría del apego se aboca al estudio y comprensión de las tendencias del ser humano a formar fuertes lazos emocionales con otros significativos con la finalidad de explicar las variadas formas de angustia y perturbación en el desarrollo de la personalidad que surgen a raíz de la separación y la pérdida. Por conducta de apego se debe comprender cualquier forma de comportamiento que tenga por objetivo conseguir y mantener la proximidad de la persona a cargo del cuidado del infante (Bowlby, 1979). Este concepto puede ser entendido como un sistema comportamental encargado de monitorear la disponibilidad de las figuras de apego, especialmente en situaciones en las que el infante siente hambre, fatiga o temor, maximizando así las probabilidades de que éste sea protegido por los cuidadores próximos (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1979; Main, 1996).

La primera investigación que permitió la clasificación de los tipos de conducta de apego, se efectuó por medio de un experimento denominado *situación extraña*. A partir de este, se logró constatar la existencia de tres grupos diferenciados de conducta de apego durante el primer año de vida. El grupo seguro, se caracterizó por utilizar a su madre como una base segura, experimentar una intensificación de la conducta de apego ante la separación y la búsqueda de proximidad en el reencuentro (Ainsworth, 1979).

De otro lado, el grupo con apego ambivalente mostró signos de ansiedad, afligiéndose notablemente durante la separación. En el reencuentro exhibieron conductas tanto de acercamiento como de resistencia al mismo. Por último, el grupo clasificado como evitativo, lloró rara vez mostrando conductas de proximidad intercaladas con comportamientos evitativos (Ainsworth, 1979). Cabe resaltar que Ainsworth realizó una descripción del patrón de apego ansioso/ambivalente caracterizado por la necesidad de comprobar la proximidad y comportamientos de aferramiento del niño buscando establecer contacto por medio de súplicas a la madre (Gunderson, 1996).

Ahora bien estos patrones de apego continúan su evolución por medio de la interacción con el ambiente. El desarrollo del infante produce una progresiva complejización del sistema comportamental de apego permitiendo la incorporación de modelos representacionales del ambiente y del sí mismo (Bowlby, 1979). En ese sentido, el desarrollo de una relación particular con los cuidadores proporciona un patrón de interacción característico que al generalizarse contribuye a la creación de los modelos representacionales fijos (Stern, 1985, como se citó en Holmes, 1994).

Estos se denominan modelos operativos internos (MOI) (Bowlby, 1976). Estos pueden ser conceptualizados como modelos operantes del self y de la figura de apego, ya que juegan un rol fundamental en la regulación, interpretación y predicción tanto del comportamiento de la figura de apego como del comportamiento, pensamientos y sentimientos que el infante experimentará en consecuencia (Bretherton & Munholland, 1999).

De esta forma, los MOI evalúan la disponibilidad emocional de las figuras de apego, en función de la receptividad de las necesidades de protección del infante (Marrone, 2001; Zimmermann, 2006). Al mismo tiempo, permiten realizar una autovaloración de uno mismo en tanto sujeto de atención y cuidado. Es pertinente señalar que ambos modelos, el de la figura de apego y el del sí mismo suelen desarrollarse de manera complementaria reafirmando mutuamente (Bowlby, 1976).

Cabe mencionar que si bien dichos modelos se cristalizan en los primeros años de vida, continúan su proceso de estructuración a lo largo de los años de la niñez y la adolescencia (Bowlby, 1979; Marrone, 2001). Asimismo, estos modelos representacionales internos se encargan de codificar y recuperar la información, creando una memoria autobiográfica relacionada con la narrativa personal y el desarrollo del entendimiento del propio self (Fonagy, Target, Gergerly, Allen, & Bateman, 2003).

Así, los MOI del apego se constituyen como una estructura de autorregulación del comportamiento con las figuras de apego, incluyendo posteriormente funciones evaluativas y predictivas (Zimmermann, 2006). En el transcurso del desarrollo, los MOI poseerán un rol fundamental en el establecimiento y mantenimiento de lazos cercanos con otras personas a lo largo del ciclo de vida. En los adultos, los MOI constituyen constructos teóricos que hacen posible el estudio de las representaciones mentales de apego (Pietromonaco & Barret, 2000).

Según Shaver y Mikulincer (2012), en la adultez, las personas con apego seguro manifiestan abiertamente sus emociones de carácter negativo sin mostrarse hostiles con otras personas. Asimismo, demuestran una adecuada confianza en su regulación emocional. Por ello, son capaces de reformular creencias erróneas y presentan una menor necesidad de recurrir a mecanismos defensivos que distorsionen sus percepciones y autoevaluaciones (Shaver & Mikulincer, 2012). En las representaciones mentales inseguras de apego, los MOI conducen a expectativas negativas de respuesta de la figura de apego ante las necesidades de consuelo y apoyo (Liotti, 2004).

En la vida adulta las personas con apego evitativo suelen sentirse incómodas en la intimidad, especialmente ante la expresión de sentimientos que denoten vulnerabilidad y dependencia (Shaver & Mikulincer, 2012). De hecho, estos individuos presentan una inclinación a reprimir recuerdos dolorosos y suprimir los signos de amenaza que puedan activar sus comportamientos de apego, afectando su capacidad para lidiar con las dificultades por sí mismos (Barone, Fossati, & Guiducci, 2011; Shaver & Mikulincer, 2012). Al parecer la maximización de la autonomía y la ausencia de búsqueda de apoyo social constituyen uno de los ejes de su funcionamiento (Barone et al., 2011).

Las personas con apego evitativo, suelen no registrar conscientemente las emociones de enojo. No obstante, exhiben patrones fisiológicos de intensa activación, mostrando una tendencia a atribuir su enojo a otras personas o bien buscar respuestas escapistas para lidiar con dicha emoción (Shaver & Mikulincer, 2012). Sin embargo, en las relaciones románticas, las emociones negativas se manifiestan a través de la frustración, la hostilidad, la denigración o idealización (Barone et al., 2011).

Respecto a la forma en cómo perciben a las otros individuos, se ha hipotetizado que estas personas suelen verse a sí mismo de manera más positiva, debido a la proyección defensiva de sus aspectos no valorados, aumentando la diferenciación con el otro e incrementando su autovalía (Mikulincer & Horesh, 1999). De forma análoga, estos autores señalan que los individuos con apego preocupado se encuentran propensos a proyectar en los otros aspectos reales de sí mismos con la finalidad inconsciente de incrementar las similitudes y la cercanía con los otros.

Las personas con un apego preocupado se focalizan en su propia aflicción presentando rumiaciones (Shaver & Mikulincer, 2012). Con respecto a los sentimientos de ira, estas personas se encuentran propensas a interpretar señales ambiguas como amenazantes y recordar fácilmente experiencias que los irriten (Mikulincer, 1998, como se citó en Shaver & Mikulincer, 2012). Asimismo, presentan una hipersensibilidad crónica a los signos que denoten abandono o rechazo (Barone et al., 2011).

Además, las personas con apego preocupado se caracterizan por buscar compulsivamente proximidad y protección (Barone et al., 2011). Estas experiencias pueden causar actitudes hipervigilantes y sentimientos de desesperanza (Shaver & Mikulincer, 2012). En ocasiones, las personas con representaciones de apego preocupado y desorganizado pueden experimentar un colapso de las estrategias

asociadas con la experiencia del estrés conllevando a una desregulación emocional (Shaver & Mikulincer, 2012).

Actualmente, las dos tradiciones más distintivas en la investigación de las representaciones de apego adulto son los autoreportes y la narrativa. Los primeros, provienen de la psicología social y de la personalidad, y se focalizan en la descripción de los patrones de relaciones interpersonales románticas y los sentimientos originados por las mismas (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006). En cambio, los estudios basados en la narrativa provienen de las investigaciones del desarrollo y de la observación naturalista y tienen por objetivo evaluar los recuerdos de la infancia a través de la coherencia y estructuración del discurso (Martínez & Santelices, 2005; Westen et al., 2006).

La tradición centrada en la narrativa, se adscribe al modelo representacional y utiliza entrevistas para la obtención de resultados, siendo el *Adult Attachment Interview* (AAI), el más utilizado (Martínez & Santelices, 2005). Esta entrevista examina la cualidad de la narrativa para determinar el estado de la mente con respecto al apego (Main, 1996). Este instrumento ha determinado la existencia de cuatro representaciones de apego adulto: seguro u autónomo, evitativo, ambivalente y desorganizado.

Si bien existe una continuidad en el desarrollo de los patrones interrelacionales con las personas significativas, estos no son necesariamente permanentes ni poseen un carácter global (Galán, 2010). Sin embargo, la interiorización de patrones perturbados de apego en la infancia, ya demarca cierta vulnerabilidad hacia la psicopatología, más aún si es que posteriormente se prestan nuevas desviaciones desadaptativas (Sable, 1997; Soares & Dias, 2007). En ese sentido, “la teoría del apego ofrece una de las perspectivas del desarrollo psicológico típico y atípico más prometedoras al unificar dentro de su enfoque a la persona, su desarrollo y sus relaciones interpersonales” (Barone et al., 2011, p.452).

Particularmente, el apego desorganizado al encontrarse ligado a la posibilidad de desarrollo de trastornos mentales, se ha convertido en una de las claves para el entendimiento de la psicopatología del apego (Solomon & George, 1999, como se citó en Lecannelier, Ascanio, Flores & Hoffman, 2011). Por lo general, el infante con apego desorganizado posee cuidadores con un estado mental irresuelto, que no permiten el desarrollo de la capacidad de modular sus propios sentimientos. Dicho infante, ingresa a la adultez con fuertes tendencias controladoras y agresivas, propenso a mecanismos

disociativos, siendo incapaz de auto-calmarse en situaciones estresantes (Holmes, 2012).

Actualmente, existe un campo de estudio creciente en la investigación de las representaciones de apego inseguro y las personas diagnosticadas con trastornos de la personalidad, especialmente el trastorno de personalidad limítrofe (TLP) (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004). Se estima que el 1.6% de la población general sufre este desorden de acuerdo con Manual de Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales – Quinta versión, publicado por el American Psychiatric Association. Dicha prevalencia suele elevarse a un 20% en poblaciones psiquiátricas (APA, 2013).

En concordancia, investigaciones como el Estudio Epidemiológico Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas en los Estados Unidos (NESARC) que contó con 34 683 participantes, indicó una prevalencia general del TLP equivalente a 5.9% (Grant, 2008). En dicho estudio no se identificaron diferencias en la prevalencia del trastorno por sexos. Adicionalmente, se halló una relación inversa entre la edad y la prevalencia, encontrándose una mayor disminución a partir de los 44 años de edad.

En el contexto de Lima Metropolitana, según se reporta en la página web oficial del Hospital Hermilio Valdizán, 1 215 de los 29 631 pacientes atendidos en el 2012 en el servicio de consulta externa presentó un diagnóstico de TLP. De aquellos 1 215 pacientes, 996 eran mujeres y 219 eran hombres. Cabe mencionar que de acuerdo con dicho hospital, este es el único trastorno de personalidad que figura entre los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes alcanzando una prevalencia de 4,1%.

En relación a la comorbilidad se ha encontrado que el TLP suele coexistir frecuentemente con otros trastornos. El NESARC indicó que el 29.4% de los participantes diagnosticados con TLP poseía un trastorno del estado del ánimo, el 21.5% padecía un trastorno de ansiedad, y el 14.7% presentaba un abuso de sustancias. Asimismo, se encontró que las mujeres se eran propensas a presentar más desórdenes del estado del ánimo y ansiedad (Grant, 2008). En el estudio de Cabeza y Palomino (2010), que contó con la participación de 92 pacientes con TLP, se halló que el 52.17% de las participantes poseía trastornos del estado del ánimo, el 23.91% reportó la incidencia de trastorno por uso de sustancias y el 18.47% presentó trastornos de ansiedad.

Es importante considerar que el TLP es mayormente diagnosticado en mujeres a razón de 3 a 1 (APA, 2013). La predominancia del diagnóstico en mujeres puede

deberse a factores biológicos, socioculturales o incluso a un sesgo en el diagnóstico (Gunderson, 2005).

Respecto a las características clínicas del TLP se puede constatar un patrón general de inestabilidad y ausencia de cohesión en diversas áreas como la autoimagen y el sentido de sí mismo. Las relaciones interpersonales presentan una tendencia hacia la idealización y devaluación de las personas cercanas. Estas representaciones suelen ser activadas por abandonos reales o fantaseados, que generan intentos desesperados por evitarlos. El sentimiento de vacío crónico, la reactividad del estado de ánimo, la incapacidad para controlar la ira, y la tendencia hacia la impulsividad puede conllevar a comportamientos autoagresivos como intentos de suicidio, automutilaciones, o abuso de sustancias. En situaciones muy estresantes pueden exhibir síntomas disociativos e ideación paranoide (APA, 2013).

En la adultez, las personas diagnosticadas con TLP tienden mostrar representaciones deficientes de los estados mentales. Esto puede deberse a que durante el proceso de desarrollo los infantes no experimentaron de forma suficiente el reflejo contingente de sus afectos, el cual permite el desarrollo de representaciones secundarias. De ahí que las personas con TLP, al no haber contado con un reflejo congruente de sus propios afectos, posean una pobre capacidad de mentalización o función reflexiva, esto es, la habilidad de realizar una interpretación mentalista sobre su comportamiento y el de los otros (Fonagy 2000; Fonagy et al., 2003).

Las deficiencias en la capacidad de mentalización pueden ser explicadas a partir de las experiencias traumáticas que suelen encontrarse en las historias tempranas de los pacientes con TLP. Dichas experiencias presentan un grave impacto en el desarrollo cerebral, particularmente en el hemisferio derecho, afectando las funciones de procesamiento de la información socioemocional. De esta manera, se generan dificultades crónicas en la autorregulación emocional (Schore, 2001). Por ello, se considera que las experiencias traumáticas, como el abuso infantil y la negligencia, durante la niñez distorsionan los sistemas mediadores del apego y comportamiento conllevando a una mayor sensibilidad ante la separación y la pérdida (Sable, 1997).

En personas con TLP, existe un conflicto básico entre el apego y la exploración, buscan mantener la distancia pero al mismo tiempo necesitan la conexión (Sable, 1997). Sus relaciones personales se encuentra marcadas por una paradoja; poseen una gran necesidad de proximidad psicológica, aun cuando ésta se experimenta como sumamente dolorosa (Fonagy, 2000). De otro lado, se postula que la intolerancia a la soledad

constituye un déficit producto de las fallas en el apego temprano con los cuidadores primarios. Dichas interacciones se encuentran en una estrecha relación con la aparente incapacidad de estas personas para evocar representaciones mentales de otros significativos que tengan cualidades empáticas y confiables (Gunderson, 1996).

De acuerdo con Melges y Swartz (1989) en un individuo con TLP tiene lugar una disputa interna entre el miedo al abandono y la dominación. Estas personas suelen sentir que si crecen volviéndose independientes de la familia serán abandonadas mientras que si permanecen cerca, sometidos a sus deseos, serán dominados. Estas dificultades en la regulación del espacio emocional las llevan a oscilar entre el apego, caracterizado por el aferramiento y la idealización, y el desapego manifestado por el enojo y la devaluación.

Asimismo, la teoría del apego postula que los pacientes adultos con TLP poseen dos patrones interpersonales alternantes: el evitativo y el ansioso ambivalente. El primero se exterioriza a través del miedo y reticencia al encuentro mientras que el segundo supone comportamientos de aferramiento y de súplica (Gunderson, 1996; Sable, 1997). Estas fluctuaciones en el funcionamiento del apego dan cuenta de la existencia de representaciones escindidas de las figuras parentales, que en consecuencia tienden a polarizar muchas de las relaciones interpersonales íntimas (Fonagy, 2000).

Siguiendo a Fonagy (2000), las personas con TLP se encuentran propensas a externalizar partes de su falso self con la intención de recuperar la coherencia del mismo; ellos necesitan la presencia de un otro a nivel físico a quien puedan controlar, para poder sentirse odiados y denigrados, y al mismo tiempo, poder controlar, humillar y seducir al otro, ya que sin la existencia de dicho proceso, no son capaces de mantener un sentido estable de su sí mismo. Adicionalmente, la carencia de representaciones secundarias de los estados del sí mismo, produce en estas personas un sentimiento crónico de vacío (Fonagy, 2000).

El déficit en la capacidad de representación de los afectos y la preponderancia de estrategias pre mentalistas que conllevan a interpretar los comportamientos en términos de consecuencias puramente observables, contribuyen a una de las características más resaltantes de este trastorno: la impulsividad (Fonagy, 2000). De manera similar, la inestabilidad emocional y la irritabilidad también se encuentran acentuadas por una reducción de la complejidad de las representaciones mentales. En ese sentido, los MOI forjados en base a experiencias de abuso tienden a generar atribuciones paranoides con respecto de las intenciones ajenas. La instalación de estos MOI no reflexivos poseen un

funcionamiento predominante en las relaciones cargadas emocionalmente que establecen las personas diagnosticadas con TLP (Fonagy, 2000).

En relación a las investigaciones realizadas sobre las representaciones mentales de apego y el TLP, Agrawal, Gunderson, Holmes y Lyons-Ruth (2004) presentaron una revisión y análisis de 13 estudios que tuvieron por objetivo evaluar los prototipos de apego en pacientes con TLP. La revisión de las investigaciones reveló que estas difieren en homogeneidad de diagnósticos en sus poblaciones, ya que poseen múltiples enfermedades psiquiátricas. Asimismo, los autores señalan que las representaciones de apego evaluadas presentan diferencias en tanto a quiénes va dirigido, esto es, pares, padres, madres, así como en la aplicación de diversos instrumentos, conllevando a dificultades en la comparación de los estudios.

No obstante, todos los estudios proporcionaron una correlación entre el TLP y el apego inseguro. Los autores concluyen que el apego más característico de los pacientes con TLP es el irresuelto (siendo secundariamente clasificado como preocupado) y el temeroso. En todos los estudios en los que se usó el AAI, el apego más resaltante fue el irresuelto, mientras que en los estudios que usaron auto reportes el apego sobresaliente fue el evitativo (Agrawal et al., 2004).

Cabe acotar, siguiendo a Bowlby (1976), que ante perturbaciones emocionales es probable que se presente una multiplicidad de modelos operativos, en los que pueden identificarse los de origen primitivo, que suelen ser escasamente conscientes a pesar de que dominan muchos aspectos de las percepciones, los sentimientos y la conducta, y los de formación ulterior, más complejos y accesibles a la consciencia. En ese sentido, es claro que el apego no opera indiferenciadamente sobre la totalidad de las relaciones de los pacientes limítrofes, sino que tienden a fijarse bajo un patrón desorganizado con rasgos ambivalentes con respecto a los padres, mientras que en las relaciones románticas predomina el apego evitativo seguido del ambivalente (Agrawal et al., 2004).

Asimismo, Barone, Fossati y Guiducci (2011) realizaron una revisión de 10 estudios que han establecido relaciones entre el TLP y el apego por medio del AAI. Estos estudios reportan que entre el 50% y 80% de los pacientes con TLP posee un apego preocupado o irresuelto. Por otra parte, estas investigadoras realizaron su propio estudio con 140 sujetos diagnosticados con TLP que fueron reclutados de listas de espera de psicoterapia, ninguno de los cuales había realizado psicoterapia anteriormente, ni se encontraba interno en una unidad psiquiátrica. Para el análisis de datos se tomó en

consideración la comorbilidad del Eje I, siendo más representativos los desórdenes de ansiedad y ánimo, el abuso de sustancias y alcohol, y los desordenes de alimentación. Los resultados indican que el 14% mostró poseer una representación de apego seguro; el 51%, una representación de apego evitativo; el 35%, una representación de apego preocupada y el 40%, una representación no clasificable.

Debido a la amplia variedad del funcionamiento psíquico de estos pacientes, resulta pertinente introducir el espectro de internalización- externalización. El cual consiste en un modelo bifactorial de comprensión de la psicopatología compuesto por el factor internalizante que hace referencia a la tendencia de expresar la aflicción hacia el interior, mientras que el factor externalizante se encuentra ligado al comportamiento antisocial y el abuso de sustancias (James & Taylor, 2008).

Al parecer las estrategias de autoregulación emocional, esto es hiperactivación y desactivación, se encuentran directamente ligadas a las tendencias hacia la internalización o la externalización respectivamente. Por ello, personas con TLP que poseen comorbilidad con abuso de sustancias, alcohol o presentan trastornos alimenticios se encuentran más propensas a implementar estrategias que desvíen la atención de los propios sentimientos negativos, mostrando una representación de apego evitativa en la mayoría de los casos (55% a 60%). Mientras que las personas con TLP que poseen trastornos comórbidos de ansiedad o de ánimo, optan por estrategias que impliquen la focalización de la atención en el propio malestar, exhibiendo una representación de apego preocupada (60%), caracterizada por la exageración de las emociones negativas experimentadas y los intentos de poder aferrarse a otros significativos (Barone et al., 2011).

La investigación de Barone et al., (2011) al introducir la dimensión internalización- externalización, e incluir la comorbilidad con el eje I da cuenta de la complejidad de las dinámicas de las representaciones de apego en las personas con TLP. Es probable que no exista un consenso absoluto en los resultados obtenidos por el cuerpo de investigaciones existentes con respecto a las representaciones más prevalentes en pacientes diagnosticados con TLP, principalmente por la variedad de trastornos comórbidos y las diferencias en funcionamiento psíquico de las personas englobadas bajo este diagnóstico.

Sin embargo, existe evidencia que esta patología de personalidad se encuentra íntimamente ligada a las dificultades y carencias experimentadas en la estructuración

del vínculo de apego. De hecho, Fonagy (2003) conceptualiza esta patología como enraizada en una falla del mismo vínculo afectivo o apego.

En consecuencia, la presente investigación tiene como propósito la descripción de las representaciones de apego en un grupo de pacientes diagnosticadas con TLP. Adicionalmente, desde un enfoque exploratorio, se buscará indagar en las posibles relaciones entre la severidad de la sintomatología limítrofe y las representaciones mentales de apego. Para ello, se realizó una única evaluación en la que se aplicó dos instrumentos: uno de ellos, enfocado a la descripción de las representaciones mentales de apego, y el otro, en la exploración de la sintomatología limítrofe.

Cabe señalar, que en nuestro contexto no se han realizado investigaciones sobre las representaciones de apego en personas diagnosticadas con TLP por lo que este estudio permitiría un primer acercamiento hacia la comprensión de las representaciones de apego en el trastorno mencionado.



Método

Participantes

El grupo de participantes se encontró conformado por 30 pacientes mujeres diagnosticadas con TLP, las cuales presentaron un rango de edad entre 18 a 41 años ($M = 29.33$ $DE = 7.63$). En relación al estado civil, 21 eran solteras, tres eran convivientes, cuatro eran separadas, una participante era casada y una divorciada. El 70% ($n = 21$) de las participantes provenía del departamento de Lima, mientras que el 30%, de provincia. En relación al grado de instrucción, 4 habían concluido la secundaria, 11 poseían una formación técnica; y 15 participantes tenían una formación universitaria. En relación a la ocupación, 8 de las participantes eran estudiantes, 16 trabajaban, y 6 se encontraban en condición de desempleo.

Respecto a la comorbilidad, cabe señalar que el 30% ($n = 9$) de las participantes no poseía ningún trastorno comórbido. Sin embargo, el 53.3% ($n = 16$) presentó comorbilidad con algún trastorno del estado de ánimo. El 16.7% ($n = 5$) de las participantes presentaron comorbilidad simultánea con trastornos del estado del ánimo y de ansiedad.

En relación a los criterios de exclusión, se determinó que la presencia de estados psicóticos e intoxicación por sustancias podrían interferir con el desempeño cognitivo de las participantes en la realización de las pruebas psicológicas. Por ello, luego de la revisión de las historias clínicas, se descartó a las participantes con dicha sintomatología. Asimismo, la complejidad del instrumento conllevó a admitir únicamente a las participantes que hubieran culminado la educación secundaria.

Las participantes fueron contactadas de forma voluntaria a través de un hospital de salud mental en donde se encontraban recibiendo tratamiento psicoterapéutico ambulatorio de orientación cognitivo conductual. Cabe mencionar que previamente al recojo de la información, se tomaron las medidas éticas pertinentes al contar con la firma de un consentimiento informado (Apéndice A) en el cual se manifestó y garantizó a las participantes la confidencialidad de la información.

Medición

Para la evaluación de las representaciones mentales de apego se utilizó el Autocuestionario de los modelos internos de relación de apego (CaMir). Dicho instrumento, creado por Pierrehumbert et al. (1996) tiene como finalidad la medición de

los MOI en los adultos. En ese sentido, la conceptualización y construcción del autocuestionario encuentra su base en la teoría del apego (Pierrehumbert et al., 1996).

La presente investigación se utilizó de la adaptación al español del CaMir realizada por Nóblega y Traverso (2013). Asimismo, se utilizó un grupo de referencia compuesto por 372 participantes del estudio de validación de las autoras mencionadas para la descripción del grupo de participantes (Apéndice B). Para ello, se empleó el puntaje ideal teórico de dicha investigación como referente para la descripción de los prototipos de apego en el grupo de participantes. De igual forma, se utilizó el puntaje ideal teórico de Pierrehumbert et al., (1996) para la descripción de las escalas del CaMir dado que este era similar al obtenido en el contexto peruano.

Cabe mencionar que el grupo normativo de referencia se encontraba constituido por adultos sin ninguna patología, sin que se contara con un procedimiento diagnóstico por tratarse de un estudio de validez y confiabilidad (Nóblega & Traverso, 2013). Asimismo, es importante tener en cuenta que dicha muestra se encontró mayormente caracterizada por una representación mental de apego seguro.

El instrumento se encuentra conformado por 72 ítems que se integran en 13 escalas. Tal como se puede apreciar en la Tabla 1, las escalas presentan un agrupamiento acorde a dos ejes: las estrategias de apego y los niveles de realidad (Pierrehumbert et a., 1996).

Así, cada una de las representaciones de apego se encuentra conformada por 3 escalas, perteneciendo cada una a un nivel de realidad distinto, entre los cuales se encuentran el pasado, que incide en experiencias pasadas con los padres; el presente, que contiene experiencias referidas a la familia actual; y el estado mental, que busca obtener apreciaciones en relación a la actual implicación con los padres. De esta forma, la representación de apego preocupada se encuentra conformada por las escalas A, B y C. La representación de apego segura se encuentra ligada a las escalas D, E y F. Las escalas G, I y H evocan un patrón de apego evitativo o rechazante. Asimismo, el instrumento posee cuatro escalas que no se encuentran ligadas a las estrategias de apego, estando dos de ellas (J y K) emparentadas a la irresolución de la representación de apego. Las escalas L y M, atañen a la estructuración del medio familiar (Pierrehumbert et al., 1996). De esta manera, el instrumento permite la evaluación de las relaciones en la infancia, la representación actual de la persona respecto de sus vínculos en la infancia y las cualidades de los vínculos familiares en la actualidad (Garrido, Santelices, Pierrehumbert, & Armijo, 2009).

Tabla 1*Reagrupamiento descriptivo de las Escalas del CaMir*

	Pasado	Presente	Estado Mental
Preocupación	A Interferencia Parental	B Preocupación Familiar	C Resentimiento de infantilización
Autonomía	D Apoyo Parental	E Apoyo Familiar	F Reconocimiento de apoyo
Desapego	G Indisponibilidad Parental	H Distancia Familiar	I Resentimiento de rechazo
No resolución	J Traumatismo Parental		K Bloqueo de recuerdos
Estructuración	L Dimisión Parental		M Valorización de la jerarquía

(Pierrehumbert et al., 1996).

La forma en cómo está diseñado el instrumento permite la evaluación de las cogniciones acerca del apego y los prototipos de apego por medio de una aplicación que se divide en dos etapas. En la primera, el participante debe ordenar los 72 ítems en 3 pilas: “Verdadero”, “Falso” y “Ni verdadero ni falso”. Luego, los ítems colocados en la pila “Verdadero” se subdividen en dos grupos: “Más verdaderos” y “Menos verdaderos”. De igual manera, los ítems colocados en la pila de “Falso” se subdividen en “Más falsos” y “Menos falsos” quedando como resultados 5 pilas desde las “Más verdaderas” (A) a la izquierda a las “Más Falsas” (E) en el extremo opuesto. Posteriormente, estos grupos se codifican de acuerdo a un formato Likert (A=5; B=4; C=3, D=2; E=1). Las respuestas en este formato permiten calcular los puntajes medios para las 13 escalas (Pierrehumbert et al., 1996).

En la segunda etapa, se procede bajo el método Q-sort que consiste en una distribución forzada de los ítems determinando el número de ítems que debe ser colocado en cada una de las pilas. Así, la participante deberá escoger solo 12 tarjetas para las pilas A y E, 15 tarjetas para las pilas B y D, y 18 tarjetas para la pila C. De igual manera, luego de la distribución forzada los ítems son calificados bajo el formato

Likert descrito en la primera fase. Dicho formato permite obtener una apreciación global de las respuestas, las cuales al ser comparadas con los tres prototipos predefinidos muestran los distintos índices del sujeto con cada uno de los prototipos (Pierrehumbert et al., 1996).

En la prueba original, el análisis factorial mostró la existencia de las 13 escalas del autocuestionario. Se alcanzó un adecuado nivel de confiabilidad por consistencia interna alcanzando coeficientes α de Cronbach entre .70 a .85. Únicamente, la escala *H* ($\alpha = .48$) presentó una baja confiabilidad. Respecto a la estabilidad temporal de la prueba la escala *B* obtuvo una confiabilidad media. Las demás escalas alcanzaron niveles de confiabilidad por consistencia interna adecuados variando entre .79 a .95 (Pierrehumbert et al., 1996).

Específicamente en nuestro contexto, Nóbrega y Traverso (2013) realizaron una validación de la prueba con 372 participantes con edades que variaban entre los 18 a 42 años. Los resultados indicaron niveles de confiabilidad adecuados para las escalas ($\alpha = .51$ a .84) con excepción de la escala *Distancia Familiar* ($\alpha = .21$). Adicionalmente, la consistencia temporal la mayoría de las escalas obtuvo correlaciones significativas, con la excepción de las escalas *Reconocimiento de Apoyo* (.30), *Dimisión Parental* (.30) y *Valorización de la Jerarquía* (.34).

En la presente investigación se realizaron los análisis de confiabilidad mediante el α de Cronbach. El instrumento demostró tener una confiabilidad global adecuada ($\alpha = .82$). Las escalas *A*, *E*, *F*, *H*, *K*, *L*, *M* indicaron una confiabilidad media variando de .53 a .74. Las escalas *B*, *C*, *D*, *G*, *I* y *J* demostraron tener una confiabilidad aceptable, variando de 0.79 a 0.85 (Apéndice C).

En cuanto a la validez se ejecutaron análisis de correlación entre cada uno de los prototipos, sus escalas respectivas y las escalas de los otros prototipos. Las correlaciones encontradas fueron las esperadas de acuerdo a la teoría del diseño del instrumento. No obstante, el prototipo preocupado mostró correlaciones positivas con las escalas del prototipo evitativo. De manera similar, se realizó dicho análisis en el presente estudio produciendo resultados acordes a la teoría (Apéndice D). El prototipo preocupado evidenció correlaciones adecuadas y estadísticamente significativas con las tres escalas que lo componen. Cabe mencionar que este prototipo obtuvo correlaciones positivas y significativas con las escalas *Traumatismo Parental* y *Bloqueo de Recuerdos*.

Por otro lado, el prototipo seguro presentó correlaciones adecuadas y estadísticamente significativas con sus escalas correspondientes, así como correlaciones negativas y significativas con las escalas pertenecientes a los prototipos evitativo y preocupado. Adicionalmente, el prototipo evitativo obtuvo correlaciones pertinentes y significativas con sus escalas correspondientes, mostrando asimismo correlaciones negativas y significativas con las escalas del prototipo seguro. Cabe añadir que el prototipo evitativo presentó correlaciones positivas y significativas con las escalas *Traumatismo Parental* y *Dimisión Parental*.

Para la medición de los rasgos de personalidad limítrofe se utilizó el Borderline Personality Questionnaire (BPQ) creado por Poreh et al., (2006), el cual constituye una medida de autoreporte acorde a los criterios diagnósticos elaborados por el DSM-V (2013). Por ello, el cuestionario cuenta con las siguientes escalas: *Impulsividad*, *Inestabilidad Afectiva*, *Abandono*, *Relaciones*, *Autoimagen*, *Suicidio* y *Automutilación*, *Vacío*, *Ira Intensa* y *Estados Cuasi Psicóticos* (Poreh et al., 2006). Es importante mencionar que en la presente investigación se utilizó la versión adaptada al español del BPQ realizada por Argumedo y Romero (en revisión). El cuestionario se encuentra conformado por 80 ítems que poseen un formato dicotómico de respuesta (Sí o No).

Este instrumento se llevó a cabo convocando 4 grupos de participantes, pertenecientes a universidades de Estados Unidos, Inglaterra y Australia (Poreh et al., 2006). Con la intención de establecer la validez discriminante se aplicó asimismo, el Cuestionario de Personalidad esquizotípica de Raine, y la Escala de Desorden Esquizotípico del MMPI-2 al grupo de participantes estadounidenses obteniendo correlaciones altamente significativas en ambos casos (Poreh et al., 2006). Para la prueba de validez convergente se aplicó la Escala de Desorden de Personalidad Limítrofe en el grupo de participantes estadounidenses obteniendo una correlación de 0.85. Asimismo, se administró la Escala de Personalidad Limítrofe (STB) a los participantes ingleses y australianos obteniendo los coeficientes α de Cronbach .72 y .78 respectivamente (Poreh et al., 2006).

Los resultados demostraron que el BPQ es un cuestionario altamente confiable. Los coeficientes de confiabilidad global de Kuder-Richardson (KR-20) fueron: .94 en el grupo de participantes estadounidense, .92, en el grupo de participantes ingleses y .94 en el grupo de estudiantes australianos. La mayoría de las escalas alcanzaron una validez satisfactoria contribuyendo a que se considere al BPQ como un instrumento confiable en contextos clínicos y de investigación (Poreh et al., 2006).

En la presente investigación, el BPQ mostró una adecuada confiabilidad por consistencia interna global ($\alpha = .83$). No obstante, las escalas de *Impulsividad* ($\alpha = .19$) y *Relaciones* ($\alpha = .20$) evidenciaron una baja o nula confiabilidad. Asimismo, las escalas de *Autoimagen* ($\alpha = .36$) e *Ira Intensa* ($\alpha = .36$) obtuvieron una baja confiabilidad. En cambio, las escalas *Inestabilidad afectiva*, *Abandono*, *Suicidio-automutilación*, *Vacío* y *Estados cuasipsicóticos*, revelaron una confiabilidad por consistencia interna media fluctuando entre .57 a .74 (Apéndice E).

Procedimiento

Tras realizar el contacto con la institución de salud mental se presentó un documento detallando el objetivo y metodología de la investigación. Posteriormente se les informó a los psicoterapeutas de la institución acerca del estudio con la finalidad de que facilitaran el contacto con las pacientes. Las aplicaciones individuales se llevaron a cabo en los consultorios de la institución. Se le explicó a cada participante la finalidad de la investigación para que decidieran participar voluntariamente. Luego se procedió con el llenado de la ficha de datos (Apéndice F) continuando con la administración del CaMir y finalmente el BPQ. La duración aproximada de cada aplicación fue de noventa minutos.

Análisis de datos

Se procedió a la realización de los análisis cuantitativos utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 21 (IBM Corp., 2012).

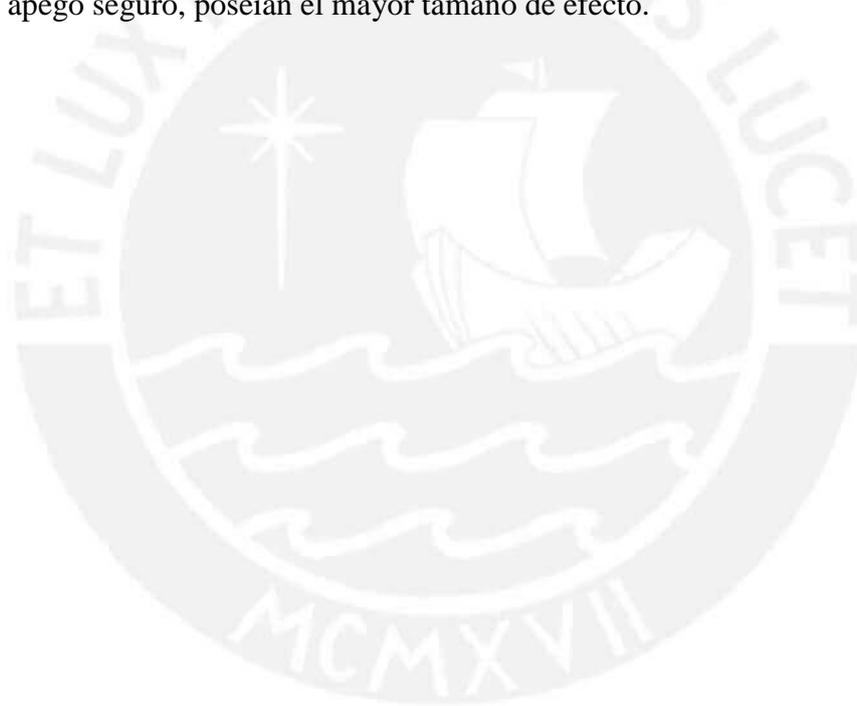
De acuerdo con la finalidad de la investigación de describir las representaciones mentales de apego en un grupo de mujeres con TLP, se procedió con los análisis descriptivos de los prototipos utilizando los puntajes *T* de student obtenidos a partir de la media y desviación estándar de los puntajes brutos de correlación de cada uno de los prototipos en la investigación de Nóbrega y Traverso (2013).

Asimismo, se efectuó un estudio de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk, que permitió comprobar la normalidad de las escalas de CaMir, con la excepción de las escalas E y M (Apéndice G). Si bien el BPQ presentó una distribución normal a nivel global, solo las escalas *Impulsividad*, *Abandono* y *Vacío* obtuvieron una distribución normal (Apéndice H).

Debido a la distribución no normal algunas escalas se utilizó el estadístico Rho de Spearman para calcular la correlación entre el puntaje global del BPQ y los prototipos del CaMir. Se procedió de la misma manera con las escalas del BPQ que obtuvieron una adecuada confiabilidad y los prototipos del CaMir.

Luego, se estableció la distribución de frecuencias de los prototipos prevalentes en el grupo de participantes, los cuales se determinaron estableciendo intervalos de confianza utilizando las DE de los puntajes T de student. Así, los prototipos que se encontraban dentro del intervalo más alto en cada uno de los participantes, fueron considerados como los prototipos prevalentes. La obtención de los prototipos prevalentes permitió una nueva forma de clasificación de las representaciones mentales de apego.

Se continuó con la comparación de los puntajes obtenidos en las escalas de CaMir por el grupo participantes con TLP con el ideal teórico del apego seguro. Luego, se realizó un contraste de medias entre las puntuaciones de cada uno de los ítems del grupo de participantes con el ideal teórico del apego seguro. El uso del estadístico d de Cohen permitió identificar los ítems que teniendo diferencias significativas con el ideal teórico del apego seguro, poseían el mayor tamaño de efecto.



Resultados

Con el propósito de describir a nivel general las representaciones mentales de apego en el grupo de participantes se presentan tanto las puntuaciones t promedio para los prototipos, como el establecimiento de prototipos prevalentes. De manera más específica se muestra la comparación entre el ideal teórico seguro y los puntajes obtenidos para las escalas del CaMir, incluyendo la comparación entre los ítems que obtuvieron mayores diferencias respecto del prototipo ideal seguro. Asimismo, se indican las correlaciones entre el puntaje global y las escalas confiables del BPQ y los prototipos de las representaciones mentales de apego. Cabe señalar que las escalas del BPQ *Impulsividad*, *Autoimagen*, *Relaciones e Ira intensa* obtuvieron baja confiabilidad por lo cual no fueron incluidas en los análisis (Apéndice D).

La Tabla 2 permite observar que el grupo de participantes obtuvo una puntuación t promedio de 35.74 ($DE = 13.34$) en el prototipo seguro, 58.47 ($DE = 15.07$) en el prototipo evitativo y 61.14 ($DE = 10.81$) en el prototipo preocupado. Cabe señalar, que la media del grupo de participantes para el prototipo seguro se encuentra aproximadamente a 1.5 DE por debajo de la media normativa, mientras que el prototipo evitativo se encuentra dentro de la media normativa. El prototipo preocupado obtiene un puntaje de una DE por encima de la misma.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones T para los prototipos

Prototipos	M	DE	IC 95%	
			LI	LS
Seguro	35.74	13.34	22.4	49.08
Evitativo	58.47	15.07	43.4	73.54
Preocupado	61.14	10.81	50.33	71.95

Nota: $n = 30$; IC: Intervalo de confianza; LI = Límite Inferior; LS = Límite Superior

Adicionalmente, se buscó determinar si los trastornos comórbidos presentaban una diferencia significativa en las puntuaciones de los prototipos. Se realizó un análisis de varianza ANOVA de los mismos según comorbilidad por medio del estadístico Fisher, dando como resultado, la ausencia de diferencias significativas (véase Tabla 3)

Tabla 3*Comparación de las medias de los prototipos según comorbilidad*

Prototipos	Comorbilidad	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Seguro	Ninguna	34.76	9.48	.27	.77
	T. del estado del ánimo	37.30	14.73		
	T. del estado del ánimo y T. de ansiedad	32.48	16.45		
Evitativo	Ninguna	62.13	11.10	.45	.64
	T. del estado del ánimo	57.70	17.51		
	T. del estado del ánimo y T. de ansiedad	54.36	14.14		
Preocupado	Ninguna	60.59	9.57	.49	.62
	T. del estado del ánimo	60.07	12.05		
	T. del estado del ánimo y T. de ansiedad	65.56	9.55		

Nota: *F*= Fisher; Ninguna comorbilidad, *n*= 9 ; T. del estado del ánimo, *n* = 16 ; T. del estado del ánimo y T. de ansiedad, *n* = 5

Asimismo, a partir de una perspectiva categorial que permitió el establecimiento de prototipos prevalentes, se encontró que el prototipo preocupado se encontraba presente en un total de 16 participantes, seguido por el prototipo evitativo que contó con un total de 13 participantes (véase Tabla 4).

Tabla 4*Prototipos predominantes en el grupo de participantes*

Prototipos	<i>F</i>	%
Preocupado	12	40.0
Evitativo	9	30.0
Evitativo/Preocupado	3	10.0
Seguro	3	10.0
Seguro/Preocupado	1	3.3
Seguro/Evitativo	1	3.3
No prevalencia	1	3.3

Nota: *n* = 30

Por otra parte, para realizar la comparación con los puntajes pertenecientes al ideal teórico del apego seguro se examinaron las escalas del CaMir que se asocian a cada uno de los prototipos de apego. Las puntuaciones obtenidas por el grupo de participantes en dichas escalas mostraron diferencias estadísticamente significativas respecto de las puntuaciones correspondientes al ideal teórico de una persona segura.

En relación a las escalas que se asocian al prototipo preocupado (véase Tabla 5) se observó que las participantes obtuvieron un puntaje mayor, significativo y con un tamaño de efecto grande en las escalas *Interferencial Parental* y *Resentimiento de Infantilización*. De manera similar, las escalas *Apoyo Parental*, *Apoyo Familiar* y *Reconocimiento de Apoyo*, que se vinculan al prototipo seguro exhibieron diferencias significativas al ser comparadas con el ideal teórico del apego seguro. Dichas escalas obtuvieron puntajes mayores que el prototipo ideal seguro mostrando un tamaño de efecto grande.

Por otra parte, cabe señalar que las escalas que se asocian al prototipo evitativo mostraron diferencias significativas en relación al prototipo ideal seguro. De esta manera, las escalas *Indisponibilidad Parental*, *Resentimiento de rechazo* y *Distancia Familiar* presentaron puntajes mayores con tamaños de efectos que varían entre medio y grande.

Tabla 5

Comparación entre el puntaje ideal del prototipo seguro y los puntajes promedios del grupo de participantes en las escalas pertenecientes a los prototipos

Escala	Grupo de participantes (n = 30)		Prototipo teórico seguro		t (29)	p	d de Cohen
	M	DE	M				
Prototipo Preocupado							
Interferencia Parental	3.46	0.81	2.33		6,23	>.001	1.4
Preocupación Familiar	3.12	1.01	3.33		-.94	.36	0.21
Resentimiento de infantilización	3.18	1.05	2.17		4.28	>.001	0.96
Prototipo Seguro							
Apoyo Parental	2.99	1.1	4.7		-8.47	>.001	1.55
Apoyo Familiar	3.36	1.1	4.33		-4.79	>.001	1.08
Reconocimiento de apoyo	3.43	0.9	4.5		-6.50	>.001	1.19
Prototipo Evitativo							
Indisponibilidad Parental	3.09	1.01	2.33		4.08	>.001	0.75
Distancia Familiar	3.43	0.93	3		1.11	.021	0.46
Resentimiento de rechazo	3.16	1.15	1.33		8.75	>.001	1.59

Nota: n = 30

De otro lado, las escalas *Traumatismo Parental* y *Bloqueo de Recuerdos* que componen a la agrupación Estructuración (véase tabla 6) obtuvieron diferencias significativas en relación al prototipo ideal seguro. Ambas escalas presentaron puntajes mayores al ideal teórico de una persona segura, con un tamaño de efecto grande.

Tabla 6

Comparación entre el puntaje ideal del prototipo seguro y los puntajes promedios del grupo de participantes en las escalas pertenecientes a la agrupación Estructuración

Escala	Grupo de participantes (n = 30)		Prototipo teórico seguro	t (29)	p	d de Cohen
	M	DE	M			
J	2.97	1.15	1.5	6.99	>.001	1.28
K	2.53	0.76	1.83	5.12	>.001	0.92

Nota: n = 30; J = Traumatismo Parental; K = Bloqueo de recuerdos

Como se puede apreciar en la Tabla 7, dentro de la agrupación No Resolución, la escala *de Dimisión Parental* no presentó diferencias significativas en comparación con el prototipo ideal de apego seguro. En cambio, la escala *Valoración de la Jerarquía* obtuvo diferencias significativas en relación al prototipo ideal seguro, presentando una puntuación mayor al mismo y con un tamaño de efecto mediano.

Tabla 7

Comparación entre el puntaje ideal del prototipo seguro y los puntajes promedios del grupo de participantes en las escalas pertenecientes a la agrupación Estructuración

Escala	Grupo de participantes (n = 30)		Prototipo teórico seguro	t (29)	p	d de Cohen
	M	DE	M			
L	2.81	1.09	3	-.95	.35	0.17
M	4.59	0.48	4.33	2.95	.01	0.54

Nota: n = 30; L = Dimisión Parental; M = Valoración de la Jerarquía

De otro lado, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de los ítems entre el grupo de participantes y el ideal teórico del prototipo seguro (véase Tabla 8). Se seleccionó a los ítems que poseían una mayor magnitud (<1.45) en las diferencias entre el puntaje del grupo de participantes respecto del ideal teórico del apego seguro.

Tabla 8*Comparación entre los puntajes del prototipo ideal y el grupo de participantes por ítems*

Ítem	Enunciado	Grupo de participantes		Prototipo teórico seguro		<i>t</i> (29)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen	Escala
		<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>					
9	Cuando era niña sabía que iba a encontrar consuelo en mis familiares	2.77	1.28	5		-9.57	>.001	1.74	D
45	Cuando era niña, he vivido la violencia de uno de mis familiares	3.43	1.63	1		8.16	>.001	1.49	J
53	Siento que tuve los mejores padres del mundo aunque no sea cierto	2.6	1.28	5		-10.30	>.001	1.88	D
55	De niña, me transmitieron el temor a expresar mi opinión	3.17	1.49	1		7.98	>.001	1.46	C
58	Mis padres siempre confiaron en mí	2.7	1.32	5		-9.57	>.001	1.75	D
67	Cuando recuerdo mi infancia, siento un vacío afectivo	3.7	1.37	1		10.81	>.001	1.97	I

Nota: n = 30

Respecto a las asociaciones del BPQ y CaMir, únicamente, se encontró una correlación significativa inversa y grande entre la escala *Vacío* y el prototipo seguro, así como una correlación significativa positiva y mediana entre dicha escala y el prototipo preocupado (véase Tabla 9).

Tabla 9*Correlaciones entre los prototipos y escalas confiables del BPQ*

	Inestabilidad afectiva	Abandono	Suicidio automutilación	Vacío	Estados cuasipsicóticos
Seguro	.03	-.26	.0	-.53**	.03
Evitativo	.07	.14	-.14	.29	-.08
Preocupado	-.01	.26	.04	.46*	.01

*Nota: n = 30; ***p*<.01, bilateral; **p*<.05, bilateral*

Discusión

A continuación se discuten los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se describe la caracterización de las representaciones mentales de apego y las posibles relaciones con la sintomatología limítrofe. Luego, se discuten los prototipos de apego prevalentes y sus relaciones con la comorbilidad en el grupo de participantes. Posteriormente, se examina la comparación con el prototipo ideal teórico. Por último, se indican las limitaciones y sugerencias para la investigación.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, las representaciones de apego en el grupo de las participantes diagnosticadas con TLP se encuentran caracterizadas por los prototipos inseguros, mientras que, el prototipo seguro de apego resultó ser el menos representativo.

Por otro lado, es importante mencionar que se encontraron solo dos asociaciones significativas entre los prototipos y la intensidad de la sintomatología limítrofe. Es probable que el reducido número de participantes haya sido insuficiente para la exploración de estas variables. No obstante, cabe la posibilidad que dentro de la sintomatología limítrofe, el vacío afectivo se encuentre en cierta relación positiva con el prototipo preocupado y negativa con el prototipo seguro. Esto podría encontrarse ligado a cómo en el grupo de participantes existe gran dificultad para poder representarse mentalmente un otro responsivo y empático que tenga un función tranquilizadora (Gunderson, 1996). Más aún, es factible pensar que mientras las representaciones mentales de apego presenten mayor tendencia a la inseguridad, surgirán mayores sensaciones de vacío al existir en menor medida representaciones secundarias de los estados del self (Fonagy, 2000).

Estos resultados se encuentran en concordancia con el cuerpo de investigaciones existente en el que se sostiene que las representaciones mentales de apego en el TLP se encuentran correlacionadas a las representaciones de apego inseguras (Agrawal et al., 2004; Barone et al., 2011; Fonagy et al., 2003; Levy, 2005). Sin embargo, desde una perspectiva categorial, las investigaciones no revelan una caracterización entre el TLP y un estilo específico de apego inseguro.

En el presente estudio se encontró, por medio del establecimiento de prototipos prevalentes, que el prototipo preocupado fue el más representativo para un mayor número de participantes, siendo el prototipo evitativo el segundo más característico. De

esta forma, se puede plantear que las representaciones de apego en el grupo de participantes se encontrarían íntimamente ligadas al deseo de cercanía y cuidado, pero manteniendo una alta sensibilidad al rechazo o expectativas de abandono (Bender & Skodol, 2007; Scott et al., 2013).

En relación a la comorbilidad, el grupo de participantes contaba con una preponderancia de trastornos del estado del ánimo, seguido por los trastornos de ansiedad, en concordancia con la investigación realizada por el NESARC, en la cual se encontró que estos trastornos son los que coexisten mayormente con el TLP (Grant, 2008). Se ha sugerido que la comorbilidad en el TLP puede encontrarse ligada a representaciones mentales específicas de apego. Así, el espectro de los trastorno del estado de ánimo se encontraría relacionado a estrategias que impliquen la focalización de la atención en el propio malestar, mostrando una representación de apego preocupada (James & Taylor, 2008; Barone et al., 2011). A pesar de este planteamiento, en el presente grupo de participantes se encontró que los trastornos comórbidos no estaban asociados a las puntuaciones de los prototipos. Sin embargo, debido al reducido tamaño del subgrupo estos resultados deben considerarse de manera provisional.

Por otro lado, al comparar el ideal teórico del prototipo seguro con el promedio del grupo de participantes, destacaron percepciones de un ambiente familiar temprano poco acogedor que habría dificultado el desarrollo de la autonomía. Específicamente, las mayores diferencias se encontraron en el temor de las participantes ante la posibilidad de expresar su opinión. Si bien actualmente se identifica al abandono como un factor etiológico más importante que la sobreprotección para la conformación del TLP (Gabbard, 2002), en el grupo de participantes parecen existir indicios de la percepción de haber experimentado intromisión por parte de los padres en la infancia temprana. Dicha intrusión parece haberse manifestado por medio de conductas sobreprotectoras que generaron un sentimiento de indefensión.

Sin embargo, es posible que estos comportamientos por parte sus padres hayan conllevado en la actualidad a una aparente indiferencia en el grupo de participantes frente a la separación de los miembros de la familia. La cual podría entenderse como una reacción ante la percepción del excesivo involucramiento parental durante los años de infancia. De ahí que los resultados no se aparten considerablemente del ideal teórico de una persona segura, respecto de las preocupaciones experimentadas por el bienestar de la familia, así como los malestares ante una posible separación de los miembros de la misma. En ese sentido, las características de malestar ante la separación e intolerancia

para experimentar la soledad que suelen ser distintivas del TLP (Melges & Swartz, 1989) no son particularmente representativas en el grupo de participantes. Es probable que el menor malestar experimentado ante la separación de la familia refleje el funcionamiento en el presente de lo MOI. Los cuales estarían mostrando una tendencia subyacente hacia la maximización de la independencia respecto a los lazos familiares.

De hecho, se puede apreciar que actualmente las participantes se perciben a sí mismas como desligadas afectivamente respecto de su entorno familiar. Asimismo, buscan mantener cierto grado de distancia en relación a sus familias presentando malestar ante la posibilidad de necesitar su ayuda. Adicionalmente, las participantes parecen presentar una disminución de confianza hacia los familiares, así como una repliegue en las relaciones intrafamiliares. Es probable que las actitudes de distanciamiento emocional puedan ser motivadas por las percepciones de que los miembros de la familia no son considerados adecuadamente como fuentes de apoyo. En consonancia con estas características, la investigación de Minzenberg, Poole y Vinogradov (2006) ha revelado que en las representaciones de apego evitativas en las personas con TLP, existe una profunda necesidad de mantener distancia en los vínculos, la cual frecuentemente se encuentra ligada a experiencias tempranas de maltrato y negligencia. Es posible que estas experiencias, aunadas a la intromisión y sobreprotección por parte de los padres, se encuentren fomentando el actual distanciamiento emocional en las relaciones familiares.

Adicionalmente, las participantes mostraron percepciones de un elevado grado de jerarquización en el funcionamiento familiar, así como una valoración de la presencia de roles al interior de la misma. En ese sentido, la percepción de la capacidad de los padres para ejercer autoridad no difiere notoriamente entre las participantes y el ideal teórico del apego seguro. Es probable que estos rasgos del funcionamiento familiar sean compatibles con cierto nivel de autoritarismo y sobreprotección por parte de los padres. Resulta importante rescatar los aspectos culturales implicados. Si bien en Lima, las familias se encuentran atravesando múltiples cambios generando mayor apertura hacia relaciones democráticas, flexibilizando los roles al interior de las familias, aún predominan las familias tradicionales que poseen una mayor autoridad jerárquica parental (Mendoza, 1993; Navarrete, 2001), lo cual podría contextualizar el considerable valor que las participantes le otorgan a la presencia de roles definidos y jerarquías al interior de la familia.

Asimismo, al comparar las representaciones mentales respecto del entorno familiar temprano del grupo de participantes con el ideal teórico del apego seguro, se observan percepciones de negligencia e indiferencia. Se destaca un aparente desarrollo de sentimientos de desapego en relación al entorno. De manera similar, el estado mental de las participantes evidencia percepciones de abandono y resentimiento hacia los padres. La percepción de estas actitudes parece haber generado sentimientos de vacío afectivo respecto a su propia infancia. De hecho, en las personas con TLP, las sensaciones de vacío se encuentran frecuentemente relacionadas con sentimientos de soledad y aislamiento (Klonsky, 2008). Asimismo, las percepciones de abandono y negligencia de las participantes coinciden con investigaciones, en las cuales se destaca la insuficiencia del involucramiento parental y el descuido emocional como factores discriminativos del TLP (Barone, 2003; Zanarini & Frankenburg, 2007).

Además, las participantes revelan percepciones de un entorno familiar temprano poco sostenedor y proveedor de seguridad. En particular se manifestaron dificultades para encontrar consuelo y falta de confianza con los familiares. Consecuentemente, el estado mental de las participantes revela una menor gratitud hacia sus lazos familiares, así como una sensación de inseguridad en sus experiencias infantiles. Estas percepciones coinciden con las complicaciones que suelen experimentar las personas con TLP en sus relaciones familiares. Dichas relaciones pueden encontrarse signadas por la inconsistencia en el trato, la invalidación y la negación de emociones, que pueden dar lugar a sensaciones de no contar con una verdadera relación afectiva con sus padres y de sentir que el ambiente familiar no es lo suficientemente protector (Zanarini & Frankenburg, 2007).

En ese sentido, las participantes se distinguieron del ideal teórico del apego seguro al mostrar percepciones de haber experimentado un ambiente hostil, habiendo probablemente vivenciado la agresión de uno de sus familiares. En concordancia, la literatura reporta que la mayoría de pacientes con TLP atraviesan por experiencias de abuso físico o sexual (Fonagy et al., 1996; Zanarini & Frankenburg, 2007). Cabe suponer que las experiencias percibidas de maltrato podrían tener una influencia en la manera en que las participantes parecen relacionarse en la actualidad con sus familias, mostrando cierta distancia sin reconocer las ansiedades ligadas a una posible separación.

Asimismo, la muestra de participantes reveló una aparente dificultad para reconocer y pensar acerca de sus recuerdos de la infancia en comparación con el ideal teórico del apego seguro. Dado que es probable que la dinámica familiar de la infancia

se haya encontrado influenciada por experiencias traumáticas, la aparente disminución en el acceso a las memorias tempranas podría ser resultado de la tendencia ante la disociación que presentan los pacientes con TLP (Watson, Chilton, Fairchild, & Whewell, 2006). De esta forma se evidencia en el grupo de participantes, la presencia de elementos que no han alcanzado un estado de resolución en las representaciones mentales de apego.

El grupo de participantes reporta una disminución en la confianza hacia los familiares en contraste con el ideal teórico del prototipo seguro. Particularmente, las participantes parecen valorar su independencia manteniendo cierto grado de distancia de la familia pudiendo experimentar malestar ante la necesidad de contar con la ayuda de sus familiares. Adicionalmente, las participantes no se encontraron mayormente caracterizadas por la preocupación por el bienestar de sus familiares o por la amenaza de una posible separación. Es probable que las percepciones de distanciamiento emocional hayan prevalecido permitiendo la negación de sentimientos de vulnerabilidad y dependencia (Barone et al., 2011; Shaver & Mikulincer, 2012).

La investigación permitió describir los elementos que caracterizan las representaciones mentales de apego en el grupo de mujeres diagnosticadas con TLP. No obstante, sería beneficioso que investigaciones futuras cuenten con un mayor número de participantes a fin de obtener resultados más representativos. Sin embargo, existen ciertas características inherentes al trastorno como la tendencia a la impulsividad, la tendencia a la desconfianza, la actuación en las relaciones interpersonales y la inconstancia, que reducen las probabilidades de que estas pacientes mantengan el compromiso de participar en un proceso de investigación. Estas características podrían generar que las pacientes prefieran no participar en la investigación o bien no presentarse a la cita pactada para la evaluación.

Es importante tener en consideración que las comparaciones efectuadas entre el grupo de participantes y el ideal teórico del apego seguro se realizaron bajo la presunción de que el grupo de referencia se encontraba compuesto por personas sin problemas de salud mental. En ese sentido, sería pertinente en futuras investigaciones contar con grupo de comparación que sea seleccionado de manera específica como no clínico. Asimismo, el grupo de referencia se encontró compuesto tanto por hombres como mujeres, mientras que el grupo de participantes se encontró compuesto únicamente por integrantes mujeres. Resulta factible que exista un considerable número

de individuos hombres que hayan sido subdiagnosticados conllevando así a una menor representatividad en el grupo de comparación del ideal de apego seguro.

Actualmente existen estudios que reportan que la fenomenología del TLP es similar en hombres y mujeres, con la excepción de una tendencia hacia la impulsividad en los primeros (Banzhaf et al., 2012). No obstante, contar con un grupo diagnosticado con TLP homogéneamente distribuido por sexo, permitiría una exploración más comprensiva de las representaciones de apego en nuestro contexto. En el transcurso del presente estudio solo se encontró un participante hombre por lo cual no se lo incluyó en la investigación, ya que casi la totalidad de pacientes que recibían el diagnóstico de TLP en la institución de salud mental donde se realizó la investigación eran mujeres.

En relación a los instrumentos empleados, cabe destacar el adecuado nivel de confiabilidad obtenido en el CaMir tanto a nivel global como en sus escalas. Esto permitió cuantificar y estudiar coherentemente las representaciones mentales de apego. Es posible que la heterogeneidad de respuestas en el grupo de participantes haya contribuido de manera positiva en los niveles de confiabilidad. De otro lado, las escalas *Impulsividad*, *Autoimagen*, *Relaciones e Ira intensa* del BPQ obtuvieron baja confiabilidad por lo cual no pudieron ser incluidas en el estudio. Esto impidió la observación de una asociación entre la sintomatología limítrofe y las escalas mencionadas.

Una de las dificultades inherentes a la investigación del TLP es la amplia gama de funcionamiento de estos pacientes. Más aún, el alto número de criterios diagnósticos genera múltiples posibilidades de combinación, resultando en sintomatologías diferenciadas, que sin embargo, pertenecen al mismo trastorno. Asimismo, la elevada comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el abuso de sustancias (Cabeza & Palomino, 2010) producen un cuadro psicopatológico aún más variable.

El realizar una investigación con un grupo de pacientes con TLP sin diagnósticos comórbidos constituiría una forma privilegiada de analizar las representaciones mentales de apego sin la posible influencia de otras entidades clínicas. Sin embargo, la presente investigación tuvo en consideración la presencia de trastornos comórbidos, siendo los trastornos del estado de ánimo los más frecuentes. No obstante, estos no parecen encontrarse relacionados con la dinámica de las representaciones mentales de apego. Específicamente, no se observó que los trastornos del estado de

ánimo se encontraran asociados a una representación de apego preocupada (Barone et al., 2011).

Teniendo en cuenta que el grupo de participantes se encontraba en tratamiento psicoterapéutico cognitivo conductual, resulta probable que la eficacia de dicho tratamiento haya influido en la mejoría de dichos trastornos (Driessen & Hollon, 2010; Stewart & Chambless, 2009). De ahí que estos no ejerzan una influencia considerable sobre la configuración de las representaciones de apego. En ese sentido, las investigaciones subsecuentes deberían contemplar la posibilidad de evaluar por medio de inventarios el estado actual de los trastornos comórbidos a fin de poder explorar su relación con las representaciones mentales de apego.

La presente investigación constituye un primer acercamiento a la complejidad de las representaciones mentales de apego en mujeres con TLP que puede aportar información referencial a futuras investigaciones. Los hallazgos encontrados permiten afirmar que el grupo de participantes diagnosticadas con TLP poseen representaciones mentales de apego de carácter inseguro, lo cual se encuentra en consonancia con lo revisado en la literatura (Agrawal et al., 2004; Barone et al., 2011; Fonagy et al., 2003; Levy, 2005). Específicamente, el grupo de participantes se encuentra representado por el prototipo preocupado y secundariamente por el prototipo evitativo de apego.

Referencias

- Agrawal, H., Gunderson, J., Holmes, B., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi: 10.1080/10673220490447218
- Ainsworth, M. (1979). Mother infant attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. doi: 10.1037/0003-066X.34.10.932
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716. doi: 10.1037/0003-066X.44.4.709
- Argumedo, D., & Romero, E. Validación del Cuestionario de Personalidad Limítrofe. Manuscrito en preparación.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC, Estados Unidos: Author
- Bartholomew, K., & Shaver, F. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? En J. Simpson, & W. Rhodes (Eds.), *Attachment theory and close relationships*, 25 - 45.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5(1), 64- 77. doi: 10.1080/1461673031000078634
- Barone, L., Fossati, A., & Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways development in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 13(5), 451-469. doi: 10.1080/14616734.2011.602245
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte- Herbruggen, O., Lammers, C., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 26(3), 368-380. doi: 10.1521/pedi.2012.26.3.368
- Bender, D., Skodol, A. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorder*, 21(5), 500-517. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Bowlby, J. (1976). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bowlby, J. (1976). *La separación afectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

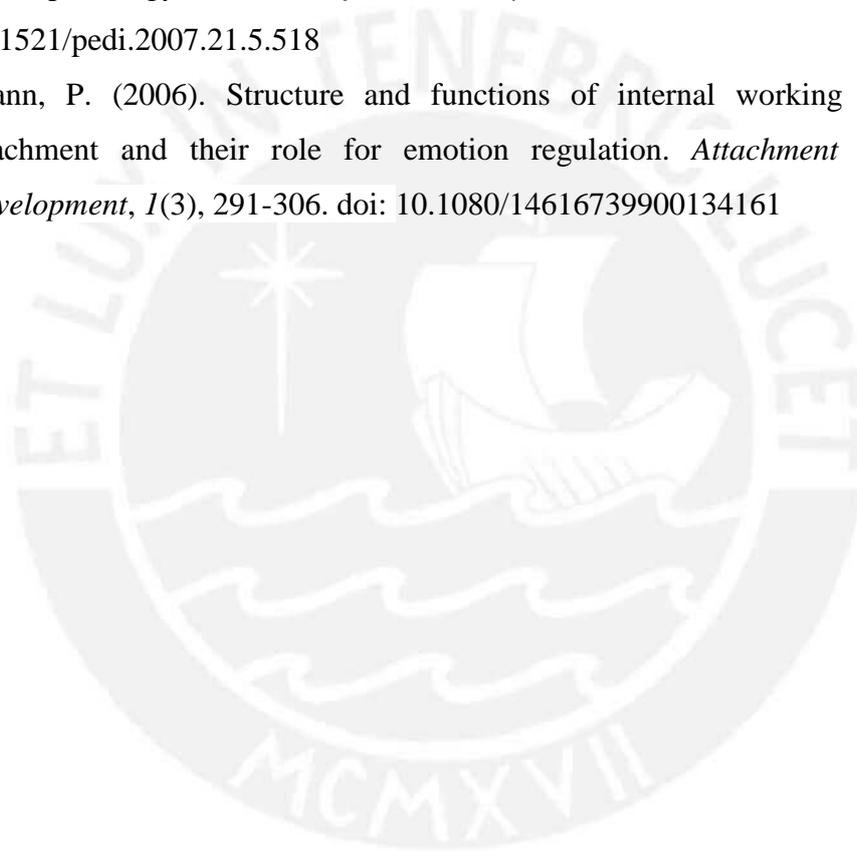
- Bowlby, J. (1979). *The making y breaking of affectional bonds*. Londres, Reino Unido: Tavistock Publications.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). Internal working models in attachment relationship: a construct revisited. *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications*, (pp.89-111). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Byng Hall, J. (1995). Creating a secure family base: Some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, 34, 45-58. doi: 10.1111/j.1545-5300.1995.00045.x
- Driessen, E., Hollon, S. (2010). Cognitive therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(4), 537-555. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.005
- Cabeza, G., & Palomino, L. (2010). Comorbilidad en el eje I del trastorno límite de la personalidad. *Vertex Revistar Argentina de Psiquiatría*, 21, 97-104.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146. doi: 10.1177/00030651000480040701
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. doi: 10.1037/0022-006X.64.1.22
- Fonagy, P., Target, M., Gergerly, G., Allen, J., & Bateman, A. (2003). The development roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412- 459. doi: 10.1080/07351692309349042
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder: A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Fourment, K. (2009). Validez y confiabilidad del auto-cuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMir) en un grupo de madre de Lima Metropolitana. Tesis de Licenciatura. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.
- Gabbard, G. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Galán, R. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(108), 581-595.
- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., & Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario e evaluación de apego en el adulto CaMir. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 81-98. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80511492006.pdf>
- Garrido, R. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Grant, B., Chou, P., Goldstein, R., Huang, B., Stinson, F., Saha, T., Smith, S., Dawson, D., Pulay, A., Pickering, R., & Ruan, J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Gunderson, L. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry* (6), 752 - 758. doi: 10.1176/agp.153.6.752
- Gunderson, J. (2005). *Understanding and treating borderline personality disorder*. Washington, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing.
- Holmes, J. (2012). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment y Human Development*, 6(2), 181-190. doi: 10.1080/14616730410001688202
- Hospital Hermilio Valdizan. (2013). *Análisis de situación hospitalaria*. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/PDF/asis_2013.pdf
- Holmes, J. (1994). *John Bowlby and attachment theory*. Londres, Reino Unido: Routledge.
- IBM, Corp. (Version 21.0). SPSS Statistics. Armonk, New York, Estados Unidos.
- James, L., & Taylor, J. (2008). Revisiting the structure of mental disorders: Borderline personality disorder and the internalizing/externalizing spectra. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 461-480. doi: 10.1348/014466508X299691
- Klonsky, E. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 418-426. doi: 10.1521/pedi.2008.22.4.418

- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffman, M. (2011). Apego y psicopatología: Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29(1), 107-116.
- Levy, K. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986. doi: 10.1017/S0954579405050455
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 472-486. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.472
- Lyons-Ruth. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616. doi: 10.1080/07351690701310656
- Lyons- Ruth. (2008). Contributions of the mother- infant relationship to dissociative, borderline and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 203-218. doi: 10.1002/imhj.20173
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237-243. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.237
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Prismática.
- Martínez, C., Santelices, M. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191. doi : 10.4067/S0718-22282005000100014
- Mendoza, A. (1993). *El mundo familiar de los jóvenes en el Perú de hoy*. Lima : Centro de Información y Educación para la Prevención de Drogas.
- Melges, F., Swartz, M. (1996). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(9), 1115-1120. doi: 10.1176/ajp.146.9.1115
- Mikulincer, M., & Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: the role of projective mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 1022-1034. doi: 10.1037/0022-3514.76.6.1022
- Mizenberg, M., Poole, J., & Vinogradov, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltreatment and current symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 341- 348. doi: 10.1097/01.nmd000021834154333.4e
- Navarrete, A. (2001). Familia y adolescencia. *Avances en psicología y familia*, 33- 39.

- Nóblega, M., & Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo el autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, *CaMir. Pensamiento Psicológico*, 11(1), 7-25. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v11n1/v11n1a01.pdf>
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations. Développement d'un auto-questionnaire d'attachment pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.
- Pietromonaco, P., & Barret, L. (2000). The internal working models concept : what do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175. doi : 10.1037/1089-2680.4.2.155
- Poreh, A., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, L., Faulkner, K., & Shelton, C. (2006). The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality disorders*, 20(3), 247-260. doi: 10.1521/pedi.2006.20.3.247
- Sable, P. (1997). Attachment, detachment and borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 171-181. doi : 10.1037/h0087674
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. doi : 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Scott, L., Kim, Y., Nolf, K., Hallquist, M., Wright, A., Stepp, S., Morse, J., Pilkonis, P. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation : specific aspects of borderline personality disorder or general dimension of personal pathology ? *Journal of Personality Disorders*, 27(4), 473-495. doi : 10.1521/pedi_2013_27_099
- Shaver, R., & Mikulincer, M. (2012). Attachment- related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133- 161. doi: 10.1080/14616730210154171
- Soares, I., & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice : A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(4), 595-606. doi: 10.1037/a0016032

- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., & Whewell, P (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40, 478-481. doi: 10.1111/j.1440-1614.2006.01825.x
- Westen D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1065
- Zanarini, M., & Frankenburg, F. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518–535. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.518
- Zimmermann, P. (2006). Structure and functions of internal working models of attachment and their role for emotion regulation. *Attachment & Human Development*, 1(3), 291-306. doi: 10.1080/14616739900134161





APÉNDICES

Apéndice A: Consentimiento informado

El Sr. Esteban Almuelle Caballero, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú se encuentra conduciendo una investigación que busca describir las relaciones con la familia actual y pasada en un grupo de personas que se encuentran en tratamiento en una institución de salud mental.

Si usted decide aceptar en la presente investigación tendrá una reunión aproximadamente de 60 minutos en donde se realizará la aplicación de dos cuestionarios. Si en algún momento usted se siente incómodo durante la sesión y ya no desea participar de la investigación tiene el derecho de retirarse.

La información recogida mediante las pruebas será absolutamente confidencial y tratada con fines académicos. Asimismo, se mantendrá en anonimato de la identidad de los participantes.

Su participación en esta investigación se hará bajo su autorización. Si se encuentra de acuerdo sírvase a firmar abajo.

Fecha: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____

Nombre y firma del Investigador:

Apéndice B: Estadísticos de los prototipos en el estudio de validación (Nóblega & Traverso, 2013)

	Seguro	Desentendido	Preocupado
Puntuaciones Q brutas	0.136	-0.0785	0.06
Estudio de validación de n=372 no clínicos, puntuaciones Q medias	0.56	-0.07	-0.17
Desviación tipo	0.30	0.14	0.17
Puntuaciones Q (expresadas en formato T: media= 50 y desviación tipo = 10)	36.06	49.61	63.18



Apéndice C: Prueba de confiabilidad global y por escalas: CaMir*Confiabilidad global*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.82	72

Confiabilidad por escalas

Escalas	Alfa Cronbach	N de elementos
A	.57	6
B	.83	6
C	.77	6
D	.83	6
E	.71	6
F	.74	6
G	.79	6
H	.53	3
I	.85	6
J	.79	6
K	.61	3
L	.60	6
M	.55	6

Apéndice D: Análisis de validez del CaMir*Correlaciones entre las escalas y los prototipos del CaMir*

Escalas	Prototipos		
	Seguro	Evitativo	Preocupado
Interferencia Parental	-.41*	0.19	.60**
Preocupación Familiar	-.031	-.34	.41*
Resentimiento de infantilización	-.77**	.38**	.78**
Apoyo Parental	.83**	-.55**	-.77**
Apoyo Familiar	.69**	-.75**	-.46*
Reconocimiento de apoyo	.61**	-.47**	-.48**
Indisponibilidad Parental	-.73**	.56**	.55**
Distancia Familiar	-.39*	.37*	.17
Resentimiento de rechazo	-.83**	.54**	.77**
Traumatismo parental	-.75**	.51**	.59**
Bloqueo de Recuerdos	-.50**	.25	.45*
Dimisión Parental	-.37*	.51**	.01
Valoración de la Jerarquía	-.01	.16	.07

**p<.01, bilateral, *p<.05, bilateral

Apéndice E: Prueba de confiabilidad global y por escalas del BPQ*Confiabilidad global*

Alfa de Cronbach	N de elementos
.83	80

Confiabilidad por escalas

Escalas	Alfa de Cronbach	N de elementos
Impulsividad	.19	9
Inestabilidad Afectiva	.58	10
Abandono	.71	10
Relaciones	.20	8
Autoimagen	.36	9
Suicidio automutilación	.57	7
Vacío	.74	10
Ira intensa	.36	10
Estados cuasi psicóticos	.61	7

Apéndice F: Ficha de datos

Sexo: _____

Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: _____

Diagnóstico:

¿Ha sido internado alguna vez en una institución de salud mental?

Sí	No
----	----

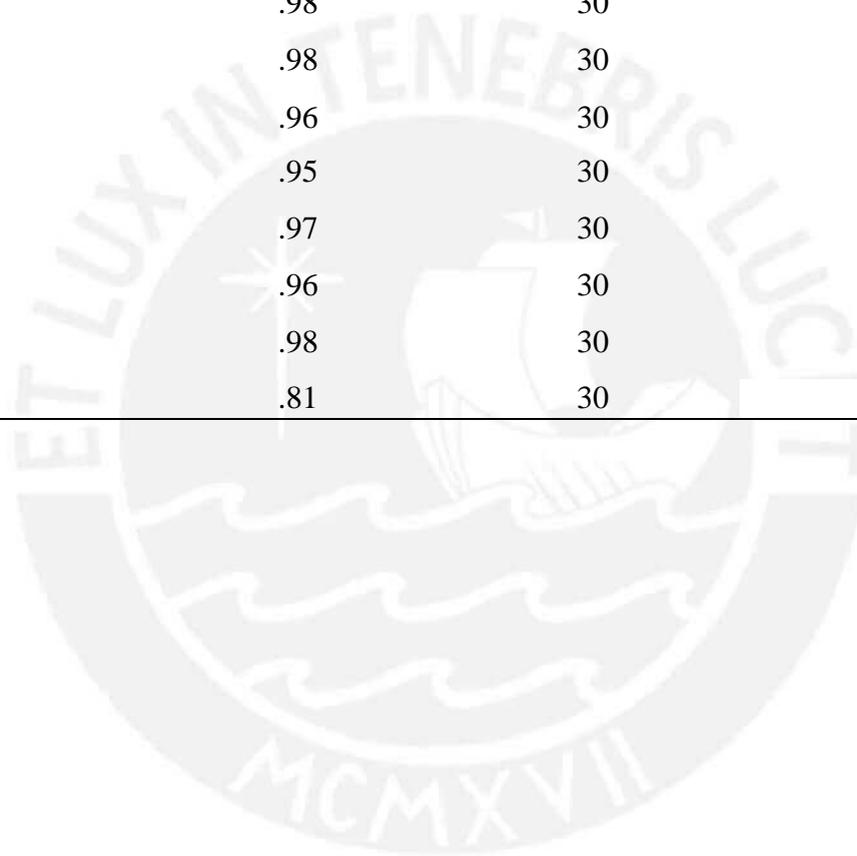
	¿En qué institución recibió el tratamiento?	¿Hace cuánto tiempo recibió dicho tratamiento?	¿Durante cuánto tiempo recibió dicho tratamiento?
1			
2			
3			

¿Recibe actualmente tratamiento psicológico individual?

Sí	No
----	----

Apéndice G: Prueba de normalidad: CaMir*Prueba de normalidad Shapiro-Wilk CaMir*

Escala	Estadístico	gl	p
A	.97	30	.49
B	.97	30	.42
C	.96	30	.31
D	.93	30	.06
E	.92	30	.03
F	.98	30	.77
G	.98	30	.76
H	.96	30	.27
I	.95	30	.21
J	.97	30	.45
K	.96	30	.25
L	.98	30	.92
M	.81	30	.00



Apéndice H: Prueba de normalidad: BPQ*Prueba de normalidad Shapiro-Wilk CaMir*

	Estadístico	gl	p
Puntaje Global BPQ	.97	30	.57

Prueba de normalidad Shapiro-Wilk

	Estadístico	gl	p
Inestabilidad afectiva	.93	30	.06
Impulsividad	.89	30	.01
Abandono	.93	30	.05
Relaciones	.93	30	.06
Autoimagen	.93	30	.05
Suicidio automutilación	.92	30	.03
Vacío	.93	30	.06
Ira Intensa	.91	30	.01
Estados cuasi psicóticos	.82	30	.00