**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**AFECTIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD A TRAVÉS DEL PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACHEN UN HOSPITAL NACIONAL DE LIMA**

**Tesis para Optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología**

**Bach. Huertas Mantilla, Leonardo Percy**

**Asesora:**

**Lic. Tauro Uriarte, Talía**

**Dedicatoria**

Dedico con un sentido de gratitud este trabajo a mis asesores; Dr. Córdova, Dra. Espinoza, Mg. Segura y Lic. Tauro, por aportar la esencia a la estructura y contenido del presente trabajo. Además, a mis informantes; el Dr. Torres y el Mg. Reyes, por sus valiosas observaciones.

Asimismo, también a la Dra. Príncipe, jefa de la División de Psicología del HNP LNS, y a su equipo de psicólogos; Dra. Reymundo, Dra. Barrón, Dra. Carpio, Dr. Vásquez, Dr. Vergara, Dr. Garay, Dr. Durand, Dr. Murillo, Dr. Mori, Dra. Falconí, Dra. Menacho, Dra. Costales, Dra. Portella, y a todo el equipo que conforma la división de psicología, como la señorita Carla, Elizabeth y Yubesky, quienes influyeron e hicieron posible el presente estudio. Así como a los internos; Rocío, Yesareth, Rogelio, Eduardo, Allison, Yesenia, Carla, Dayana, Luigi, Elvis, Angélica, Antonela, César, Maryurith, Alex, Yuly, Mariana, Mayra y entre otros, quienes se identificaron con la búsqueda de pacientes con el diagnóstico requerido.

De igual modo, a los pacientes quienes aceptaron participar en la presente investigación.

Finalmente, a Dios y a mis familiares por su aliento y apoyo.

**Agradecimiento**

Agradecer con un sentimiento del ser a todo aquello que hizo posible la elaboración de la presente investigación, con la debida reciprocidad generada por el arduo trabajo de un colectivo, resumido a un conjunto de datos plasmados en este texto científico.

Así, empiezo agradeciendo a todo el equipo de la División de Psicología del Hospital PNP LNS, por avalar y permitir la aplicación del proyecto de investigación que en conjunto con mis asesores, fui elaborando hasta su materialización. De igual modo, un agradecimiento especial a todos los pacientes quienes, en su ardua lucha contra el Trastorno Límite de la Personalidad, aceptaron la inocua evaluación que en muchos casos se tornaba en horas de trabajo ininterrumpidas con el solo propósito de culminar todo el protocolo de recopilación de datos.

En esta misma senda, agradezco a Dios por permitir las circunstancias necesarias para la culminación de este proyecto, así como a mis familiares por creer en la consecución de este estudio y apoyo brindado.

**Introducción**

El presente trabajo de enfoque cuantitativo descriptivo abordó la temática respecto a la Afectividad en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, en adelante TLP, del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú.

Es así que en el primer capítulo se presenta el planteamiento del estudio, en el cual se formula el problema, la pregunta científica y los objetivos generales y específicos. Además, se abordó la justificación, limitaciones y la importancia referidas al tema.

El segundo capítulo estuvo referido al marco teórico, cuyo contenido sustentó los cimientos del estudio a través del marco histórico, los trabajos de investigación nacionales y extranjeros relacionados al tema y las definiciones conceptuales. Además que se desarrolló lo correspondiente al marco teórico conceptual de cada término.

Siguiendo con el tercer capítulo de hipótesis y variables de estudio, se consideró que el presente trabajo por ser descriptivo exploratorio no presenta hipótesis de investigación. Luego, se desarrollaron las variables a investigar.

El cuarto capítulo estuvo conformado por el Método de estudio, considerando el nivel, tipo, diseño y método, las características de los participantes, los criterios de inclusión y exclusión, además que se presentó una descripción detallada del instrumento empleado para la exploración de la variable Afectividad y los estadísticos descriptivos que se utilizaron para el análisis de los resultados con el respectivo procedimiento de recopilación de datos.

Después, en el quinto capítulo se presentaron los resultados con su debido análisis y discusión para que finalmente, en el sexto capítulo se establezcan las conclusiones y recomendaciones conforme a los objetivos planteados, además del resumen de estudio.

**Índice**

**Dedicatoria**

**Agradecimiento**

**Introducción**

**Capítulo I**

**Planteamiento del estudio**

1.1 Formulación del problema 1

1.2 Objetivos 3

1.3 Importancia y justificación del estudio 4

1.4 Limitaciones del estudio 6

**Capítulo II**

**Marco teórico/conceptual**

2.1 Marco histórico 8

2.2 Investigaciones relacionadas con el tema 10

2.3 Bases teórico-científicas del estudio 16

2.4 Definición de términos básicos 27

**Capítulo III**

**Hipótesis y variables**

3.1 Supuestos científicos básicos 29

3.2 Variables de estudio 29

**Capítulo IV**

**Método**

4.1 Población, muestra o participantes 30

4.2 Tipo y diseño de investigación 33

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 34

4.4 Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos 40

**Capítulo V**

**Resultados**

5.1 Presentación y análisis de datos 42

5.2 Análisis y discusión de resultados 51

**Capítulo VI**

**Conclusiones y recomendaciones**

6.1 Conclusiones generales y específicas 61

6.2 Recomendaciones 63

6.3 Resumen y términos claves 64

6.4 Abstract and Key Words 65

**Referencias** 66

**Anexos** 73

**Índice de tablas**

Tabla 1 *Proporción por sexos* 31

Tabla 2 *Rangos por edad* 32

Tabla 3 *Lambda (L)* 43

Tabla 4 *Distribución por intervalos para el Lambda* 43

Tabla 5 *Estilo vivencial (EB)* 44

Tabla 6 *Número de respuestas* 45

Tabla 7 *Lado derecho de la eb* 46

Tabla 8 *Componentes del lado derecho de la eb* 46

Tabla 9 *Relación entre la constricción afectiva y el procesamiento de las emociones* 47

Tabla 10 *Proporción afectiva (Afr)* 48

Tabla 11 *Proyección del color (CP)* 48

Tabla 12 *Proporción forma-color y color puro* 49

Tabla 13 *Espacio blanco (S)* 50

# **Capítulo I**

# **Planteamiento del estudio**

## 1.1 Formulación del problema

Durante el transcurso de las labores cotidianas en el internado de psicología del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, diversas oportunidades permitieron observar a pacientes con diversos padecimientos: como Trastornos del Neurodesarrollo, Esquizofrenias, Psicosis, Bipolaridades, Depresiones, Ansiedades, Obsesiones-Compulsiones, Disociaciones, Conversiones, de la Conducta Alimentaria, Disfunciones Sexuales, por Sustancias, Neurocognitivos, Parafilias, de la Personalidad, entre otros, de los cuales, la casuística trajo consigo a múltiples pacientes diagnosticados con el Trastorno Límite de la Personalidad por el Departamento de Psiquiatría y la División de Psicología.

Estos pacientes demandaban abundantes recursos sanitarios, generaban problemas significativos a sus familiares, amistades, centros laborales y para sí mismos, tal era la gravedad, que en algunos casos severos, sus vidas corrían riesgo sin tener en cuenta las respectivas consecuencias que estas acarrearían. El diagnóstico para estos casos era el Trastorno Límite de la Personalidad con código F60.3 (CIE 10-OMS).

Estos cuadros se caracterizan por presentar patrones conductuales potencialmente patológicos; como inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, además de una impulsividad marcada. Toda esta problemática invitaba a reflexionar respecto al porqué de los rasgos de personalidad desadaptativos de este tipo de pacientes, pues estos eran persistentes, se ampliaban a una vasta gama de situaciones personales e interpersonales, eran estables en el tiempo y de larga data, e incluso les generaba tal malestar significativo que a pesar de los intentos de cambio, estos remitían, y en caso hubiese mejoras, cada vez que se desataba una crisis, la sinergia de los rasgos desadaptativos se encargaban de hacer lo suyo.

Este fenómeno impulsó a investigar cuanto se pudiera respecto a ellos, de lo cual, se pudo comprender que instituciones y organismos serios, como la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), expresaron que el Trastorno Límite de la Personalidad, además de presentar pobre manejo en la regulación afectiva, tenía una prevalencia sobre la población general que se refleja en las cifras oscilantes entre el 1,6% al 5,9%. Y como si fuera poco, este trastorno no discrimina el nivel educativo, laboral, socioeconómico, sexo, país, profesión, ni edad, y para esto último, la APA (2013), afirmó que este trastorno puede ser diagnosticado desde la adolescencia temprana, siempre y cuando se cumplan los criterios para un trastorno de la personalidad y el específico durante al menos un año.

Como se puede apreciar según líneas arriba, la afectividad es uno de los pilares más volubles y dañados en este tipo de pacientes, pues el malestar emocional que experimentan, las oscilaciones bruscas del estado de ánimo, los arrebatos de ira, las conductas suicidas, las automutilaciones, la marcada impulsividad, los esfuerzos frenéticos por evitar el abandono real o imaginario, son solo reflejos de que el centro afectivo de estas personas está deteriorado y presto a desequilibrarse ante situaciones de estrés propias de la vida cotidiana llevándolos a desatar crisis que pueden tornar sus vidas en riesgo y susceptibles al malestar clínicamente significativo.

Estos datos respecto al TLP, aunado a un interés particular por desarrollarse en el área clínica junto al instrumento del Psicodiagnóstico de Rorschach, llevaron a indagar si es que existen investigaciones con esta variable sujeto de estudio y este instrumento psicológico, arrojando como resultado que en nuestros medios apenas existen investigaciones con el Rorschach y el TLP.

Por tanto, ante esta detección de vacío en el conocimiento científico, sumado a las condiciones que brindaba el nosocomio donde se cursaba el internado para realizar investigación científica, se formuló la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los rasgos de la afectividad de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana?

Para abordar esta pregunta, se eligió la agrupación de los indicadores de la Afectividad del Psicodiagnóstico de Rorschach mediante la técnica del Sistema Comprehensivo de Exner; un instrumento que está compuesto por 10 láminas estandarizadas que fueron publicadas en 1921 por su creador, Herman Rorschach. Este instrumento tiene como sus principales variables a la agrupación de la Afectividad, cuya conformación está basada por proporciones, derivaciones y porcentajes de las respuestas que tienen como principal factor el color cromático, sombreado y acromático de las láminas.

## 1.2 Objetivos

* + 1. General.
* Identificar los rasgos de la Afectividad en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana*.*
  + 1. Específicos.
* Describir los rasgos del Malestar Emocional en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
* Describir los rasgos de la Constricción Afectiva y el Procesamiento de las Emociones en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
* Describir los rasgos de la Responsividad Emocional en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
* Describir los rasgos de la Sustitución de Afectos Displacenteros por Falsas Emociones Eufóricas en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
* Describir los rasgos del Grado de Modulación de las Descargas Emocionales en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.
* Describir los rasgos de la Autoafirmación y Oposición en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad a través del Psicodiagnóstico de Rorschach de un Hospital Nacional de Lima Metropolitana.

## 1.3 Importancia y justificación del estudio

En vista de que no se hallaron estudios realizados con metodología descriptiva simple y enfoque cuantitativo neopositivista sobre la afectividad de los pacientes con TLP según el Psicodiagnóstico de Rorschach mediante el Sistema Comprehensivo de Exner, es de interés proponer a este instrumento como la herramienta para mensurar los diversos rasgos afectivos de esta cohorte. Luego, se podrá comprobar la efectividad del test de Rorschach según la técnica de Exner al describir e identificar los rasgos afectivos de estos pacientes, a su vez que se enriquecerá el Sistema Comprehensivo de Exner en nuestra realidad peruana.

Por otro lado, se considera que con los hallazgos del presente estudio clínico, se enriquecerán los conocimientos teóricos sobre el TLP en nuestro país.

De esta manera, con los resultados que se obtendrán, identificaremos el estilo de resolución de problemas de la personalidad de los pacientes con TLP (Extratensivo, Introversivo, Ambitendente o Ambigual y Evitativo), y con esto se podrá dar algunas sugerencias para mejorar el abordaje terapéutico del área afectiva en este tipo de pacientes, incluso crear programas de salud pública para la prevención de los rasgos patológicos afectivos de esta cohorte según el Rorschach.

Por esto, se asumió que este estudio es un aporte para la ciencia en la medida que aborda una cohorte clínica con un instrumento clínico en lo que concierne a trastornos de personalidad en un área poco investigada en nuestros medios.

Además, se justifica este trabajo porque solo fue posible gracias a las facilidades que el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, brindó para realizar investigaciones en sus instalaciones teniendo en cuenta los respectivos códigos de bioética y el conducto regular a través de la Oficina de Investigación y Docencia, la División de Psicología y del Departamento de Psiquiatría.

Asimismo, esta investigación fue viable debido a que el investigador contó con los recursos necesarios para poder llevar a cabo el presente estudio, además de los recursos que brinda la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma, como un laboratorio de cómputo equipado con el programa estadístico SPSS versión 25 para realizar los procesos estadísticos, asesores metodólogos, temáticos y especializados en el rubro y el instrumento original del Test de Rorschach.

## 1.4 Limitaciones del estudio

Una de las severas limitaciones que encontramos fue el alcance de los hallazgos, cuya generalización de resultados a una población objetivo no se pudo dar por el hecho de que el tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional.

Luego, otra limitación seria es que la presente investigación no distinguió características sociodemográficas de la muestra, como edad; ya que incluye sujetos desde los 16 años de edad en adelante, sexo; masculino y femenino, condición económica; alta, media o baja, estado civil; casado, soltero, conviviente o divorciado, distrito de residencia, si el beneficiario es titular; qué grado tiene dentro de la institución, familiar o cónyuge, si es procedente de Lima u otra provincia, o condición del paciente; si es paciente externo u hospitalizado, es decir, en suma, se incluyó a pacientes con condiciones diversas, lo que definió su inclusión es que tenga el diagnóstico correspondiente de acuerdo con los criterios de inclusión muestral y que sea atendido por el Departamento de Psiquiatría o la División de Psicología en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú.

Otra limitación hallada concernió al instrumento, los resultados del Test de Rorschach se dividen en dos vertientes; cualitativo y cuantitativo. Para la presente investigación solo se hizo énfasis en la vertiente cuantitativa que fue aportada por la técnica de Exner, cuya metodología le otorgó confiabilidad, validez y normas, y es la técnica a la cual se acudió, por esto al utilizar solo la vertiente cuantitativa, obviamos abundante información de corte cualitativa arrojada por el instrumento, la cual hubiese aportado y complementado los resultados concernientes a la afectividad de los pacientes con diagnóstico de TLP*.*

Por otro lado, debido a que el Hospital de la Policía se encontraba en remodelación, eventos inoportunos como corte de los recursos sanitarios y suspensión de citas o ruidos estridentes producidos por las maquinarias, estropearon evaluaciones y las citas programadas de pacientes con el diagnóstico requerido. Además de que su condición de hospital nacional perteneciente a una institución castrense, obligó a que la División de Psicología y el Departamento de Psiquiatría tuviesen que ceñirse a mandatos de urgencia de orden superior, como eventos inesperados que involucrasen actividades del MINSA, cuyas manifestaciones se apreciaron, por ejemplo, en órdenes como comisiones inesperadas a los psicólogos o psiquiatras, dando como consecuencia que las citas programadas a los pacientes con este diagnóstico se cancelasen, y a su vez, limitando los propósitos del estudio, así como el acceso a los pacientes.

# **Capítulo II**

# **Marco teórico/conceptual**

## ****2.1** Marco histórico**

El término *personalidad límite*, originalmente hacía referencia a un estado mental situado en el “límite” entre los trastornos neurótico y psicótico (Butcher, Mineka & Hooley, 2007). De esta manera, todo empezó en la década de 1930 y 1940, cuando los clínicos empezaron a informar sobre pacientes, cuyo síndrome no clasificaba como para ser diagnosticados con esquizofrenia, sin embargo, su cuadro clínico tampoco les permitía ser tratados con psicoanálisis clásico. Por efecto, Hoch y Polatin (1949), se refirieron a este grupo como esquizofrenia seudoneurótica, caracterizado por un espectro sintomatológico de “panneurosis”, “panansiedad” y “pansexualidad”.

Posteriormente, Robert Knight (1953), los caracterizó poniendo el foco sobre dificultades en el funcionamiento yoico, incompetencia para planificar de manera objetiva e indefensión contra impulsos primarios e instintivos.

Pero a inicios de 1960, Grinker, Werble & Drye (1968), hicieron un análisis estadístico de aproximadamente 60 de estos pacientes, hospitalizados en Chicago. El análisis de este grupo sugirió que había cuatro subgrupos de pacientes *borderline*; Tipo I: *El Border Psicótico*, Tipo II: *Síndrome Borderline Central*, Tipo III: *Grupo “Como si”* y Tipo IV: *Border Neurótico*. Además, lograron identificar denominadores comunes en el síndrome *borderline* que se encontraban presente sin importar el subtipo, estos fueron: 1) *enojo como el afecto más importante o el único afecto*, 2) *defectos en las relaciones interpersonales*, 3) *ausencia de una identidad del sí mismo coherente*, y 4) *depresión prevalente*. Con estas contribuciones empíricas, el hallazgo más significativo fue que el síndrome *borderline* era claramente distinto de la esquizofrenia, refutando así, la creencia de algunos escépticos de que los pacientes *borderline* eran en verdad esquizofrénicos.

Luego, a mediados de 1990, Gunderson & Zanarini, identificaron rasgos claramente definidos basados en la investigación que centraron la atención en características descriptivas del síndrome *borderline*; *Pensamiento casi-psicótico, Automutilación, Esfuerzos manipulatorios suicidas, Preocupaciones acerca del abandono, Demandantes, Regresiones terapéuticas y Dificultades en la contratransferencia*. Mientras que, desde una perspectiva psicoanalítica, Otto Kernberg (1967, 1975), apeló a un esquema combinado de abordaje que incluía la psicología del yo y de las relaciones objetales, acuñando el término *organización borderline de la personalidad*, el cual refería a un conglomerado de pacientes que manifestaban patrones característicos de debilidad del yo, relaciones de objeto problemáticas y operaciones defensivas primitivas.

Asimismo, observó una variedad de síntomas en estos pacientes, incluyendo ansiedad flotante y difusa, sintomatología TOC, fobias diversas, episodios disociativos, sintomatología hipocondríaca, conversiva, paranoide, abuso de sustancias y perversión sexual. Kernberg (1975), creía que el diagnóstico descansaba en un análisis estructural sofisticado que revelaba cuatro rasgos claves; 1) *Manifestaciones inespecíficas de debilidad del yo, 2) Desplazamiento hacia pensamiento en proceso primario, 3) Operaciones defensivas específicas y 4) Relaciones de objeto patológicas internalizadas.*

A pesar de todos los avances en el síndrome *borderline*, aún existen considerables controversias sobre si el término *borderline* debería ser aplicado a un trastorno de personalidad específico o utilizado ampliamente, como lo utilizó Kernberg, para describir una dimensión de la personalidad (Gabbard, 2009, p. 453).

Pues para evitar la confusión conceptual, el presente estudio se limitó a aquellos pacientes con las características límites descritas por el DSM-V (APA, 2013).

Por otro lado, Oliver (2015), narró como el Trastorno Límite de la Personalidad es un síndrome de reciente aparición, en lo que se refiere a su diagnóstico, pues ahora se le diagnostica en todas partes y de una manera muy frecuente, esto no quiere decir que antes el cuadro clínico no existiese, sino que no se le podía diagnosticar, probablemente por estar en un conglomerado sintomatológico. Es así, que haciendo una remembranza histórica, hoy se le toma en cuenta y se le diagnostica como en antaño se hacía con la histeria.

## ****2.2** Investigaciones relacionadas con el tema**

Respecto a las investigaciones más cercanas realizadas a nivel nacional e internacional que utilizaron como instrumento el Psicodiagnóstico de Rorschach y la variable de afectividad en población con diagnóstico TLP, se encontró que son muy escasas y casi nulas, pues así se tiene investigaciones que se aproximan ya sea por el instrumento, la variable afectividad o la población, y son las siguientes:

**2.2.1** Nacionales.

Drinot (2006), realizó un estudio con la finalidad de describir la afectividad presente en un grupo de adolescentes diagnosticados con Leucemia que reciben tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) ubicado en Lima. La muestra estuvo compuesta por 10 adolescentes (5 hombres y 5 mujeres) cuyas edades oscilaron entre los 14 a 17 años de edad. El enfoque de investigación fue cuantitativo neopositivista con diseño descriptivo comparativo. Para medir la afectividad se empleó el Psicodiagnóstico de Rorschach a las luces del Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados arrojaron que el grupo de adolescentes con Leucemia teme o desconfía de cualquier expresión abierta del afecto. Además, halló que la experiencia de enfermedad y lo displacentero que ello supone podría estar aumentando en estos adolescentes ya que los mecanismos de control y modulación del afecto tienden a dirigir la expresión afectiva a través de elementos más cognitivos, llegando a ser rígidos y menos espontáneos. Estas características son propias del grupo de adolescentes con Leucemia y se dan independientemente del sexo, la edad o el tiempo de tratamiento del paciente. En este sentido, la constricción emocional y poca tendencia a la introspección estarían funcionando al parecer como mecanismo de defensa, permitiendo a los adolescentes con cáncer afrontar la enfermedad de manera evitativa, y así eludir verse invadidos por los afectos.

La Madrid (2011), presentó un estudio sobre las características del componente afectivo en pacientes diagnosticadas con Anorexia o Bulimia nerviosa, ubicadas en una clínica de la ciudad de Lima. Para realizar el estudio se evaluó a un total de 18 adolescentes diagnosticadas con Anorexia y 17 con Bulimia, cuyas edades oscilaron entre los 12 a 18 años de edad. El enfoque de investigación que adoptó fue cuantitativo positivista con diseño descriptivo transversal. Para la medición del componente afectivo se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach y los hallazgos se analizaron a la luz del Sistema Comprehensivo de Exner. Los hallazgos demostraron que no existe diferencias significativas entre la afectividad de las adolescentes anoréxicas y bulímicas, por lo que la autora decidió integrar ambos grupos, habiéndose finalmente estudiado la afectividad de las jóvenes con trastornos alimentarios. Los resultados se discutieron en función del desarrollo evolutivo en la adolescencia, analizándose además la influencia de factores intra e interpersonales en la conformación de los trastornos alimentarios.

Sánchez (2013), realizó una investigación con la finalidad de describir la afectividad en un grupo de pacientes diagnosticadas con Displasia Cervical de una institución de salud especializada de Lima Metropolitana. La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres diagnosticadas con Displasia Cervical, así como un grupo de 15 mujeres con Papanicolau negativo, cuyas edades oscilaron entre los 25 a 60 años. El enfoque de investigación empleado fue el cuantitativo positivista con diseño descriptivo comparativo. Para medir la afectividad se empleó el Psicodiagnóstico de Rorschach de acuerdo al Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados indicaron que las pacientes con Displasia Cervical poseen un estilo de afrontamiento evitativo, presentando un malestar psicológico de tipo afectivo, caracterizado por la ligera tendencia a no expresar sus sentimientos disfóricos y la necesidad de contacto interpersonal afectivo. Sin embargo, cuentan con mayores recursos para ejercer un control cognitivo sobre sus afectos.

Ártica (2014), realizó un estudio con el propósito de conocer los rasgos afectivos, el autoconcepto y las relaciones interpersonales en un grupo de agresores sexuales intrafamiliares de un centro penitenciario de Lima Metropolitana. La muestra estuvo compuesta por 30 presidiarios identificados por haber cometido delito contra la libertad sexual, cuyas edades oscilaron entre los 39 a 62 años. El enfoque utilizado fue el cuantitativo positivista con diseño descriptivo transversal. Para medir todas estas variables se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados obtenidos develaron que el grupo de agresores sexuales intrafamiliares se caracterizaron por presentar escasos recursos para controlar descargas afectivas intensas, respondiendo de manera impulsiva ante este tipo de situaciones. Asimismo, se halló una autovaloración impregnada de matices de autocrítica negativa, lo que genera una estrategia defensiva de tipo narcisista para negar el dolor y la limitación. Igualmente, se encontró estados de constricción emocional, es decir, un freno a la expresión emocional, así como una tendencia a centrase en sí mismos más de lo habitual, lo que les dificulta ver las cosas desde otras perspectivas. Este grupo presentó dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y significativas.

Rivarola (2015), realizó una investigación con el propósito de describir la Afectividad y el Control y Tolerancia al Estrés de un grupo de veinte niños y niñas víctimas de maltrato físico y psicológico. La muestra estuvo compuesta por 20 niños (10 varones y 10 mujeres) cuyas edades oscilaron entre los 6 a 7 años de edad del Módulo de Atención al Maltrato Infantil en Salud (MAMIs). En el enfoque de investigación se apeló al cuantitativo neopositivista con diseño descriptivo comparativo. Como instrumento se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach bajo el Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados evidenciaron que los/as niños/as del grupo de estudio cuentan con un estilo evitativo de resolución de problemas, que exhiben una fuerte tendencia a la constricción involuntaria y al hipercontrol consciente de sus afectos; y poco interés por rodearse de estímulos emocionales. La mayoría tiene serias dificultades para manejar situaciones socioafectivas y cerca de un tercio presenta una mayor vulnerabilidad para desarrollar depresión u otro trastorno afectivo.

**2.2.2** Internacionales.

Tello (2008), realizó una investigación cuyo propósito fue el de descubrir a través del Psicodiagnóstico de Rorschach el perfil afectivo de un grupo de pacientes con diagnóstico de dependencia al alcohol, cuyo rol fue el de ser internos en un centro de adicciones en la ciudad de Cuenca, Ecuador. Para realizar este estudio se evaluaron a un total de 15 sujetos varones, cuyas edades oscilaron entre los 18 a 60 años de edad. El enfoque de investigación empleado fue el cuantitativo con diseño descriptivo exploratorio. Para la medición del componente afectivo se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach y los hallazgos se analizaron a la luz del Sistema Comprehensivo de Exner. Entre los resultados encontrados, se obtuvo que el perfil afectivo de los sujetos con dependencia al alcohol fue impulsivo, dominados por un locus externo, agresivos, falta de empatía, depresión oral, conformistas, emotivos, oposicionistas hacia el medio y con un Estilo Vivencial Extratensivo.

Guerra & Fernández (2016), realizaron un estudio con el objetivo de describir la Afectividad en 46 mujeres con diagnóstico de depresión de la provincia de Camagüey, Cuba. El enfoque de investigación utilizado fue el cuantitativo positivista con diseño descriptivo transversal. El instrumento fue el Psicodiagnóstico de Rorschach según la técnica de Exner. Entre los hallazgos, se obtuvo que hay una combinación de la constelación de depresión negativa y la constelación de inhabilidad social positiva, así como un Estilo Vivencial Introversivo y Coartado con proporciones afectivas bajas y un Lambda alto.

Aguirre, Yazigi & Del Porto (2006), realizaron un estudio con la finalidad de describir la Afectividad de un grupo de 30 pacientes con trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), y 30 no pacientes, en función al sexo, la edad y la escolaridad, con edades que oscilaron desde los 35 a 40 años, atendidos en el programa de Disturbios Afectivos y de Ansiedad (PRODAF) de la Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil. El enfoque empleado fue el cuantitativo positivista con diseño descriptivo comparativo. Para medir la Afectividad se empleó el Psicodiagnóstico de Rorschach bajo el Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados vislumbraron ya que los pacientes no presentan un Estilo Vivencial definido; la Proporción Afectiva se presentó en promedio con tendencia a una afectividad lábil, pero sin dificultades de expresar las emociones. Son las cualidades de las respuestas de color que revelaron dificultades en el manejo de los afectos y de las emociones. En otros términos, la afectividad no es sentida ni vivida, sino de preferencia descrita y racionalizada.

Hisatugo, Yazigi & Del Porto (2009), realizaron un estudio clínico para analizar la Afectividad, Cognición y Relaciones Interpersonales en cuatro pacientes femeninas con diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I, por una entrevista psiquiátrica de acuerdo con los criterios del DSM IV en Sao Paulo, Brasil. El enfoque de investigación fue el cualitativo con diseño de casos múltiples. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el Inventario de suicidio de Beck (BSI), la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D) y el Psicodiagnóstico de Rorschach de acuerdo a la técnica de Exner. Los hallazgos indicaron que hay presencia de sentimientos infravalorados sobre ellas mismas, respuestas con contenidos eufóricos, falta de *insight* respecto a la autotolerancia, así como bajo control del estrés y emociones.

Sureyya (2009), realizó una tesis doctoral cuyo objetivo fue examinar la relación entre los Eventos Actuales Estresantes de la Vida y el nivel de Desarrollo del Ego en el Trastorno Límite de la Personalidad de 77 adultos estadounidenses. Su enfoque de investigación fue el cuantitativo con diseño longitudinal. Los instrumentos empleados fueron *The Demographic Information Form (DIF), The Clinical Guided Interview (CGI), The interview for Recent Life Event (IRLE) and The Sentence Completion Test (SCT)*. Los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas entre la muestra de ingesta de eventos estresantes de la vida con TLP y el grupo de seguimiento sin TLP, tanto en número de madurez como del nivel de estrés. En el seguimiento, hubo asociaciones significativas entre el nivel de desarrollo del ego y el número de ingesta de eventos estresantes de la vida. Además, las personas con el nivel de desarrollo del ego inmaduro mostraron un número significativamente mayor de eventos estresantes de la vida en el ámbito de las finanzas y el empleo que los individuos con un nivel de desarrollo del ego maduro.

## ****2.3**** Bases teórico-científicas del estudio

**2.3.1** Afectividad.

Ángel Rivière y Núñez (1996), informaron que las personas son objetos con mente, y que esta mente incorpora, entre otros fenómenos, a los objetos afectivos con los cuales se relaciona. Así, Carretero (2005), afirmó en esta misma línea que la afectividad es el motor, la causa primera del acto de conocer; es el mecanismo que origina la acción y el pensamiento.

Considerando lo anterior, se tiene que la definición de afectividad va a depender de una determinada orientación teórica o del autor, además de que a esto se le suma la imprecisión de que cuando se refiere a afectividad, hay teóricos que utilizan los términos “afectos”, “emociones” y “sentimientos” indistintamente como si fuesen símiles, lo cual genera confusión con respecto al constructo. Por esto, en el presente estudio se diferenció el término afectividad de las emociones y los sentimientos según la literatura en orden cronológico.

Empezando de esta manera, desde un enfoque pragmático funcionalista, James (1890), en su compendio de principios de psicología, alegó que los sentimientos emocionales son un puro resultado de algunos cambios fisiológicos; por tanto, sostuvo que cuando una persona está triste, es porque llora, y no al revés, es decir, no llora porque está triste. Según este autor, analizó que el llanto es una reacción fisiológica causada por la percepción de un estímulo que hace llorar, pero esta percepción no forma parte de la emoción, sino que la precede. Otro ejemplo que postuló para explicar este proceso es el siguiente: una persona ve a un oso, se activa una respuesta fisiológica, reacciona corriendo, conforme se va percatando de sus reacciones corporales, siente temor. Según James, en el ejemplo citado analizó que la respuesta fisiológica viene primero, luego es percibida como una emoción, a su vez que es seguida una reacción.

Continuando a un enfoque conductista, Watson (1913), similar a lo propuesto por James-Lange, sugirió que el comportamiento precede a la emoción y frente a lo propuesto por William James, de que las reacciones de los cambios corporales es la emoción, Watson pensó que las reacciones fisiológicas a estímulos específicos son las emociones y la experiencia consciente del fenómeno no es un componente esencial. De esta manera, conforme con Watson, solo existen tres emociones básicas; la ira, el amor y el miedo, activada cada una de ellas por una clase específica de estímulos. En otros términos, estímulos muy diferentes, en principio neutros, se convierten en estímulos emocionales a través del condicionamiento, mediante su emparejamiento con un estímulo incondicional.

En esta línea, desde un enfoque neoconductista, Skinner (1961), reparó en el déficit de lo propuesto por Watson sobre las emociones. Por esto, consideró que la excitabilidad de la fisiología no es esencial en la emoción, por el contrario, afirmó que esta es un tipo de conducta operante que produce el resultado deseado, por ende, se repite. Las predisposiciones para actuar de un modo determinado son las que definen una emoción específica.

Hasta este punto, se tiene enfoques netamente empiristas que, en suma, abordan a la emoción como un mero resultado de la fisiología. De este modo, ahondando en la génesis de la emoción, en nuestra realidad, Córdova (2008), definió a las emociones como una palabra que deriva del latín “*emovere*”, cuyo significado es remover, agitar o excitar. Aparece como un estado caracterizado por activación fisiológica, cambios en la expresión facial, gestos, posturas y sentimientos subjetivos, es decir, las emociones son estados de elevada excitación, específicamente excitación autonómica. Así mismo, en el prólogo realizado a su libro por el Mg. Carlos Reyes Romero, mencionó que los sentimientos son la vivencia continua, reiterada y sostenida de las experiencias emocionales, y que además, estas cumplen un rol muy importante en el mantenimiento, dirección y consecución de metas de la conducta humana.

Por esto, el desarrollo emocional es entendido como la adquisición progresiva de sentimientos. Las emociones van de lo general a lo específico, y estas mediadas por la cognición y la consciencia, generan sentimientos.

Habiéndose mencionado algunas acepciones de emoción, sentimiento y afectividad aceptadas de manera general en los círculos científicos, con el fin de diferenciarlas de la afectividad, se delimita de manera general según la RAE (2014), quien describió la afectividad como un conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona. De esto se infiere, de manera somera, que la afectividad engloba a los sentimientos, y que a su vez, los sentimientos engloban a las emociones.

Teniendo en cuenta lo anterior, se abordaron citas de la afectividad desde diversos enfoques caracterizados por el empirismo. Ahora, desde un enfoque psicoanalítico, Tyson y Tyson (2000), mencionaron que la afectividad es una estructura mental que posee componentes motivacionales, somáticos, expresivos, comunicativos y emocionales o de sentimientos, al igual que un componente cognitivo o idea asociada. Vale aclarar que los términos “emociones” o “sentimientos” utilizados por los autores como sinónimos, fueron referidos como parte de la experiencia de los afectos, como una parte de esta estructura mental.

Por otro lado, siguiendo a Sendín (2007), desde un enfoque perceptivo-cognitivo, aludió que las emociones representan los elementos más complejos, móviles e inasequibles del psiquismo humano, esto debido a que aportan el dinamismo necesario para el funcionamiento mental, es decir, no se rigen por leyes lógicas o fácilmente comprensibles, sino que impregnan toda la actividad psicológica y se articulan con la ideación del sujeto de un modo tan estrecho que con frecuencia es imposible separar los hechos psíquicos de los elementos afectivos y de los cognitivos. Asimismo, argumentó que la división que habitualmente se realiza entre aspectos cognitivos y aspectos afectivos es, en cierto sentido, con fines de clarificar y definir mejor el complicado trabajo mental, pues de hecho, el funcionamiento psíquico opera con ambos aspectos y son inseparables e interactúan y se influyen mutuamente de manera constante y dinámica.

Por otro lado, explicó que conforme los elementos cognitivos se vuelven más fuertes y organizados, las emociones van siendo menos violentas en cuanto a intensidad, de manera que un adulto suele ser capaz de manejar y dirigir los afectos con mayor facilidad y eficacia que un niño, afirmación que respaldó lo publicado por la APA (2013), cuya afirmación es que el Trastorno de la Personalidad *Borderline* decrece a partir de la tercera o cuarta década de vida, logrando una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional.

**2.3.2 Trastorno Límite de la Personalidad**.

**2.3.2.1 *Definición*.**

La Asociación de Psiquiatría Americana (2013), lo describió como un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.

Similar a la manera como Butcher et al. (2007), definieron el TLP, así:

Los sujetos con una personalidad limítrofe tienen una imagen muy inestable de sí mismos, lo que también se puede aplicar a sus relaciones interpersonales, suelen tener un historial de relaciones personales muy intensas y atormentadas, caracterizadas por la idealización de los amigos o amantes, que posteriormente deviene en desilusión y decepciones. Sin embargo, realizan esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado, probablemente debido a su intenso temor a ser abandonados. Su estado de ánimo también es muy inestable, y se caracteriza por cambios súbitos de humor. Por ejemplo, puede que muestren estallidos muy intensos ante una provocación muy pequeña, y que tengan dificultades para controlar su ira. Suelen tener sentimientos crónicos de vacío, generalmente asociados con su incapacidad para tolerar la soledad (p. 363).

Mientras que en Perú, Oliver (2015), lo definió como un síndrome en el cual predomina la ansiedad libre o flotante, la inestabilidad del carácter, el mal uso de las relaciones interpersonales, la actitud demandante, los abismos de valoración de las situaciones, es decir, ahora se necesita de vida o muerte a algo o a alguien, y prontamente se le abandona, agrede, injuria y desvaloriza.

**2.3.2.2 *Sinonimia*.**

Oliver (2015), presentó un conjunto de constructos que hacen referencia al síndrome *borderline* en la actualidad, así tenemos: *Personalidad Borderline*, *Trastorno Borderline de la Personalidad,* *Trastorno del Self*, *Trastorno Narcisista*, *Trastorno Límite de la Personalidad* y *Trastorno de la Identidad*. Todos aludiendo al mismo fenómeno, pero desde diversos enfoques, teorías, organismos, términos y por diferentes autores.

**2.3.2.3 *Marco teórico*.**

En lo que se refiere a una publicación periódica por el Dr. Humberto Castillo Martell (2015), comentó que el TLP se asocia también con el vínculo ambiguo e inestable entre la madre y su hijo desde el nacimiento, resaltando que el vínculo entre la madre y el hijo es uno de los lazos más fuertes de la naturaleza que se refuerza desde el nacimiento y se va transformando a lo largo de la vida y marca la personalidad en el desarrollo evolutivo del ser humano.

Asimismo, expuso que en el TLP las áreas del cerebro que regulan las emociones se encuentran desintegradas, la parte racional está minimizada y las áreas emocionales toman el dominio de la mente, de ahí que reaccionen impulsivamente sin darse cuenta, y recién cuando el cerebro restablece el control y se vuelve a conectar con las otras áreas, la persona puede tener desenvolvimiento normal.

Lo referido por Castillo (2015), tiene sus bases en un enfoque psicoanalítico, pues hurgándose este, Kernberg (1975), vinculó la etiología y la patogenia del TLPcon el esquema del desarrollo de Margaret Mahler, dando así, el postulado de que los pacientes límites atravesaron con éxito la fase simbiótica descrita por Mahler de manera tal que el *self* y los objetos se pueden distinguir claramente, pero también quedaron fijados durante la fase de separación-individuación, cuya subfase de acercamiento, entre aproximadamente los 16 y 24 meses, como el lugar cronológico de esta crisis del desarrollo.

Pues en este periodo, el niño teme que su madre pueda desaparecer y esto a veces provoca en él una angustia intensa, sobre todo cuando no sabe dónde está, desde este punto de vista del desarrollo se puede considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían en la desaparición de ellas y por ende, el abandono de ellos.

En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar períodos de soledad y el temor que lo abandonen los seres significativos. Un componente importante de esta fijación es la falta de constancia objetal típica de los pacientes límite. Como otros niños, a lo largo del período de separación-individuación, estos niños son incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismo y de sus madres.

Estas imágenes contradictorias son guardadas en forma separada a través de la escisión, de manera tal que tanto la madre y el *self* son visto como alternando entre completamente malos y completamente buenos. Pero mientras que la mayoría de los niños de alrededor de tres años adquieren una constancia objetal bastante solidificada que les permite tener una visión de la madre y de sí mismos como objeto total, no ocurre así para los individuos propensos al trastorno límite.

Los primeros, por lo general toleran la separación de un modo mejor debido a que han internalizado una imagen total y tranquilizadora de la madre que se sostiene durante su ausencia. Pero como las personas límites carecen de esta imagen interna, tienen poca o ninguna constancia objetal, no toleran ni la separación ni la soledad.

En esta misma línea, Masterson y Rinsley (1975), también se centraron en la subfase de acercamiento de la fase de separación-individuación, sin embargo, ellos se ocuparon más de la conducta de la madre que de la agresión innata del niño. Así, observaron que las madres de los pacientes límite, ellas mismas estaban muy conflictuadas por el crecimiento de sus hijos, como resultado, el niño recibe un mensaje de su madre de que crecer e independizarse determinará la pérdida del apoyo y amor maternal.

Un corolario clave de este mensaje es que permanecer dependiente constituye la única forma disponible de mantener el vínculo con la madre. Esta comunicación materna poderosa provoca “depresión de abandono”, cada vez que se presenta la posibilidad de separación o de autonomía al niño. La fijación en este nivel de fragmentación hace que el paciente límite sienta que hay solo dos opciones: sentirse abandonado y malo, o como Peter Pan, sentirse bien solo si niega la realidad y no crece nunca.

Mientras que los modelos psicodinámicos de Kernberg y de Masterson y Rinsley son derivados esencialmente de modelos de conflicto de la psicopatología, Adler (1985), comprendió al TLP como un modelo de déficit o de “insuficiencia”, es decir, según Adler, el maternaje inconsistente y no confiable, causa el fracaso del paciente límite en desarrollar un objeto interno “sostenedor-tranquilizador”. Por esto, Adler, quien estaba fuertemente influenciado por las teorías de la psicopatología del *self* de Kohut, entendió que el paciente límite necesitaba funciones de objeto del *self* de figuras externas debido a la ausencia de introyectos de crianza, por lo cual, la falta de un objeto interno sostenedor-tranquilizador, da cuenta de varios aspectos de la singular psicopatología límite.

Esta carencia crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas. Es también responsable de la dependencia aferradora tan comúnmente vista en los pacientes límites. En ausencia de respuestas de objetos del *self* por parte de otros significativos, estos individuos tienen recursos internos inadecuados para sostenerse y son proclives a la fragmentación del *self*. Esta disolución del *self* está acompañada por un profundo vacío descrito por Adler como “terror a la aniquilación”. Finalmente, la ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador produce una rabia oral crónica en los pacientes límite relacionado con sus sentimientos de que las figuras maternas no estuvieron emocionalmente disponibles durante la infancia.

Por otro lado, desde un enfoque biológico, Figueroa y Silk (1997), propusieron que estos pacientes tienen una predisposición subyacente a la disfunción serotoninérgica, por lo cual, su hipótesis se basa en la observación de que los pacientes límite tienen un nivel significativamente disminuido de actividad serotoninérgica, esto debido a que la serotonina tiene un efecto inhibidor en la conducta, la impulsividad característica de estos pacientes puede estar relacionada en parte con esta actividad serotoninérgica alterada. Tal vez, esto explica por qué los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina le vayan tan bien a estos pacientes, pues suelen ser efectivos en la reducción de la conducta agresiva, impulsiva y el enojo.

Mientras que desde el enfoque cognitivo conductual de tercera generación, Linehan (1993), propuso un modelo biopsicosocial del TLP que en términos de Caballo, Salazar y Carrobles (2016), lo describieron como:

Una disfunción del sistema de regulación emocional fruto de una interacción entre irregularidades biológicas y un ambiente invalidante. Así, en la parte biológica, plantea una vulnerabilidad emocional que se reflejaría en una alta sensibilidad a los estímulos emocionales, una tendencia a experimentar emociones intensas y dificultades para volver a la línea base emocional. En la parte ambiental, la consideración de un ambiente invalidante sería esencial, con patrones de crianza que no validarían las expresiones emocionales del niño vulnerable, es decir, que se caracterizarían por emitir respuestas erráticas, inapropiadas no contingentes a la comunicación de las emociones y experiencias íntimas (p. 445).

Luego, desde un enfoque holista, Paris (1999), ofreció una interesante teoría multidimensional para entender este trastorno de la personalidad, pues ha propuesto que las personas con elevados niveles en dos rasgos normales de personalidad, como la inestabilidad afectiva y la impulsividad, podrían tener una predisposición para desarrollar el TLP, pero solo ante ciertos factores de riesgo, como traumas, pérdidas y descalabros educativos de los padres. Es decir, cuando algunos de estos factores psicológicos de riesgo afectan a alguien afectivamente inestable, esa persona podría realizar actos impulsivos para afrontar esa disforia. Así, los actos impulsivos y la disforia se alimentan mutuamente. Además, Paris (1999), propuso una sentencia del pronóstico del niño límite que según Butcher et al, (2007) citan así: “los niños impulsivos e inestables tienden a ser problemáticos, y por lo tanto tienen mayor probabilidad de sufrir rechazos o abusos” (p. 365).

Finalmente, Millon (2006), quien es una autoridad internacional en lo referido a Trastornos de la Personalidad, arguyó que conforme a lo investigado sobre el TLP, se ha conseguido distinguir cuatro prototipos de límite; El Límite Desanimado, el Límite Impulsivo, el Límite Petulante y el Límite Autodestructivo. Dejando de esta manera establecido que todo lo antes mencionado respecto a las características del TLP, quedan enfrascados en estos prototipos planteados producto de su experiencia en Trastornos de la Personalidad.

## 2.4 Definición de términos básicos

* Trastorno Límite de la Personalidad: patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada (APA, 2013).
* Afectividad: variable que fue medida a través de los indicadores; malestar emocional, constricción afectiva y procesamiento de las emociones, responsividad emocional, sustitución de afectos displacenteros por falsas emociones eufóricas, grado de modulación de las descargas emocionales y autoafirmación y oposición (Sendín, 2007).
* Malestar emocional: este indicador fue medido a través del lado derecho de la eb, compuesto por los determinantes color acromático (C’), textura (T), vista (V) y sombreado difuso (Y) (Sendín, 2007).
* Constricción afectiva y procesamiento de las emociones: este indicador fue medido a través de la relación SumC’:SumPondC; que está compuesto por la suma del determinante color acromático (C’) y la suma ponderada del color cromático (C) (Sendín, 2007).
* Responsividad emocional: este indicador fue medido a través de la proporción afectiva (Afr); que compara el número de respuestas a las tres últimas láminas con las que se dan a las siete primeras (Sendín, 2007).
* Sustitución de afectos displacenteros por falsas emociones eufóricas: este indicador fue medido a través de la proyección del color (CP) (Sendín, 2007).
* Grado de modulación de las descargas emocionales: este indicador fue medido a través de la proporción forma-color (FC:CF+C) y la presencia del determinante color puro (C pura) (Sendín, 2007).
* Autoafirmación y oposición: este indicador será medido a través de las respuestas de espacio blanco (S) (Sendín, 2007).
* Proporción de respuestas de forma pura: este indicador fue medido a través del Lambda (L) (Sendín, 2007).
* Relación entre el movimiento humano y la suma ponderada de color cromático: este indicador fue medido a través del Estilo Vivencial (EB) (Sendín, 2007).
* Total de respuestas: este indicador fue medido a través del Número de Respuestas (Sendín, 2007).

A continuación se presenta una matriz de la variable afectividad (Sendín, 2007).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Variable** | **Definición conceptual** | **Definición operacional** | **Indicador** | **Lámina** |
| Afectividad | Estímulos internos que provocan malestar emocional. | Malestar Emocional. | Lado derecho de la *eb* | De la I a la X |
| Relación del grado de constricción afectiva con el nivel de procesamiento de las emociones deliberadas. | Constricción Afectiva y Procesamiento de las Emociones. | *SumC’:SumPondC* |
| Responsividad (aumento o disminución de la productividad) del sujeto a los estímulos emocionales. | Responsividad Emocional. | Proporción Afectiva *(Afr)* | De la VIII a la X |
| Tendencia a negar la presencia de afectos displacenteros y a sustituirlos por falsas emociones eufóricas. | Sustitución de Afectos Displacenteros por Falsas Emociones Eufóricas. | Proyección del Color (*CP)* | De la I a la VII |
| Grado de modulación de las descargas e intercambios emocionales deliberadamente iniciados. | Grado de Modulación de las Descargas Emocionales. | *FC:CF+C y C pura* | La II, III, VIII, IX y X |
| Búsqueda de independencia y autoafirmación o estilo de oposición y negativismo que favorecen o dificultan la adaptación del individuo. | Autoafirmación y Oposición. | Respuestas de espacio blanco *(S)* | De la I a la X |
| Simplificación perceptiva que economiza los recursos por enfatizar en la forma y obviar todo el resto del campo estimular. | Proporción de respuestas de forma pura. | Lambda (*L*) | De la I a la X |
| Estilo de resolución de problemas de tipo intelectual, emocional, ambitendente y estos en función al evitativo. | Relación entre el movimiento humano y la suma ponderada de color cromático. | Estilo vivencial (*EB*) | De la I a la X |
| Productividad de recursos en función a la cantidad y calidad. | Total de respuestas. | Número de respuestas | De la I a la X |

# **Capítulo III**

# **Hipótesis y variables**

## 3.1 **Supuestos científicos básicos**

Debido a que el presente estudio no cuenta con antecedentes de investigación considerando las variables de estudio y por presentar un diseño descriptivo simple, cuya característica es la de buscar y recoger información contemporánea sobre una temática (Sánchez & Reyes, 2015), no se cuenta con el planteamiento de hipótesis, por ende, no amerita sustentar supuestos científicos básicos.

## 3.2 **Variables de estudio**

La variable principal de la presente investigación es la afectividad según el Psicodiagnóstico de Rorschach con metodología de Exner. Asimismo, se procede a clasificar las variables de estudio:

Variable objeto de estudio: Afectividad, según la técnica de Exner del Psicodiagnóstico de Rorschach.

Variable sujeto de estudio: Pacientes de sexo masculino y femenino con una edad por encima de los 16 años en adelante y con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad.

Variable contexto de estudio: Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú.

# **Capítulo IV**

# **Método**

## 4.1 **Población, muestra o participantes**

**4.1.1** Población.

La población estuvo conformada por cada uno de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (F60.3, CIE-10) que acudieron a la División de Psicología o al Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, desde el periodo de octubre del 2016 a julio del 2017.

**4.1.2** Muestra o participantes.

La muestra se seleccionó a través del tipo de muestreo no probabilístico ya que no se conoció la probabilidad o posibilidad de cada uno de los elementos de una población de poder ser seleccionado en una muestra. Dentro de este tipo de muestreo, se utilizó el muestreo intencional, debido a que el investigador buscó que la muestra sea representativa de la población de donde es extraída y que dicha representatividad se dio en base a una opinión o intención particular de quien seleccionó la muestra, y por lo tanto la evaluación de la representatividad es subjetiva (Sánchez & Reyes, 2015). La muestra estuvo estimada en 25 pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Esta cifra se sustentó por la dificultad de acceder a estos pacientes en el contexto del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú, además del hecho de ser solo un investigador y por la complejidad del instrumento que demandó un tiempo de evaluación promedio de dos a tres horas por evaluado.

**4.1.2.1 *Criterios de exclusión.***

Estos fueron que los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad no estuviesen bajo los efectos de estupefacientes en el momento de la evaluación y que no tengan una edad menor a los 16 años de edad.

Además, se consideró que no presentasen algún diagnóstico comórbido en sus antecedentes clínicos de esquizofrenia o psicosis de ningún tipo de acuerdo con los criterios del DSM-5 y CIE-10, ya que los sujetos con este tipo de trastornos presentan serios trastornos del pensamiento, lo cual podría distorsionar la información.

Asimismo, se consideró que no presentasen características orgánicas de acuerdo con los criterios del DSM-5 y CIE-10, puesto que los sujetos con este tipo de psicopatologías presentan serias alteraciones en la comunicación con los otros.

Finalmente, se consideró que no presentasen alguna enfermedad crónica o terminal, porque los sujetos con este tipo de enfermedades atraviesan por síndromes psicopatológicos comórbidos propios de la enfermedad, lo cual distorsionaría seriamente la información.

A continuación se presenta una tabla cuyo contenido resume la proporción por sexos en base a frecuencias y porcentajes y otra con la edad según frecuencias y porcentajes de los participantes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 1 |  |  |
| *Proporción por sexos* | | |
| Sexo | Pacientes con TLP | |
| f | Porcentaje |
| Masculino | 8 | 32% |
| Femenino | 17 | 68% |
| Total | 25 | 100% |

En la tabla 1 se aprecia que el 32% de los participantes con Trastorno Límite de la Personalidad pertenecen al sexo masculino, mientras que el 68% al sexo femenino. Esta diferencia de 36% en favor del sexo femenino genera una proporción de un poco más de por cada dos pacientes con TLP femeninas, hay un masculino (2.1:1) durante el transcurso de octubre de 2016 a julio de 2017, periodo en el cual se recopiló la muestra de investigación. Esta proporción de 2.1:1 de los participantes se aproxima un poco a la proporción de 3:1 mencionada por los estudios epidemiológicos de género del TLP de la APA (2013).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 2 |  |  |
| *Rangos por edad* | | |
| Edad | Pacientes con TLP | |
| f | Porcentaje |
| 16 - 25 | 16 | 64% |
| 26 - 35 | 6 | 24% |
| 36 - 45 | 1 | 4% |
| 46 - 55 | 1 | 4% |
| 56 - 65 | 1 | 4% |
| Total | 25 | 100% |

Asimismo, en lo referido a la edad, en la tabla 2 se establecieron cinco rangos de edades desde los 16 años hasta los 65, rangos similares utilizados por la data de Ráez (2007) y Exner (2007). Como se puede apreciar, el 64% de los participantes con TLP tienen una edad que oscila entre los 16 a 25 años, conformando así un poco más de la mitad de los participantes en total. Luego, el 24% está conformado por participantes con una edad que oscila desde los 26 a 35 años, viniendo a formar un tercio de los participantes en total, seguido de un 4% de los rangos restantes; 36-45, 46-55 y 56-65.

Finalmente, se calculó la media de la edad de los participantes con TLP, arrojando una edad de 24 años con nueve meses (24,96) como promedio.

## 4.2 **Tipo y diseño de investigación**

**4.2.1** Tipo de investigación.

Por otro lado, el tipo del presente estudio, en razón de los propósitos de la investigación y la naturaleza del problema, es investigación sustantiva, ya que es el adecuado porque está orientada a describir, explicar y predecir la realidad. Asimismo, la investigación sustantiva tiene dos niveles, de los cuales, la investigación sustantiva descriptiva fue la elegida debido a que está enfocada al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio-temporal dada (Sánchez & Reyes, 2015).

**4.2.2** Método de investigación.

Mientras que el método empleado fue el cuantitativo descriptivo, esto debido a que se pretendió identificar, describir, analizar e interpretar sistemáticamente los diversos rasgos de la afectividad en un grupo determinado de pacientes tal como se dio en el presente, en su estado actual y en su forma natural (Sánchez & Reyes, 2015).

**4.2.3** Diseño de investigación.

El diseño que se adecuó al presente trabajo fue la investigación descriptiva simple, porque en este diseño se busca y recoge información contemporánea sobre un fenómeno, afectividad, sin la manipulación de la variable ni la administración o control de un tratamiento ni asociándola con otras variables de interés. Su diagrama es de la siguiente forma:

M -------> O

Donde M representa a la muestra, pacientes con diagnóstico de TLP, en quienes se realizó el estudio, y O representa la información relevante o de interés, afectividad, que se recogió de la mencionada muestra (Sánchez & Reyes, 2015).

**4.2.4** Nivel de investigación.

Finalmente, el presente trabajo presentó un nivel de investigación que corresponde a un estudio descriptivo ya que consiste fundamentalmente en describir un fenómeno, la afectividad, mediante el estudio del mismo en una circunstancia témporo-espacial determinada. Además, este estudio tiene correspondencia con el tipo de investigación sustantivo descriptivo que se sustentó en el apartado anterior (Sánchez & Reyes, 2015).

## 4.3 **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la presente investigación se utilizaron dos instrumentos:

1. Ficha de datos sociodemográficos.

2. Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner (1994).

**4.3.1 La ficha de datos sociodemográficos.**

Esta ficha (Véase el anexo A), fue construida exclusivamente para esta investigación con fines de constatación de los criterios de inclusión de la muestra y para tomar nota de las características sociodemográficas. Está compuesta por tres áreas: 1) Datos Generales del Paciente, 2) Datos del Diagnóstico y Tratamiento de los Pacientes, y 3) Datos sobre la Evaluación.

**4.3.2 Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner.**

El instrumento principal fue el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner, con el objetivo de identificar y describir la afectividad de los pacientes diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad. Se trata de un complejo y multifacético instrumento que permite entender el funcionamiento global de la dinámica de la personalidad del sujeto (Exner, 2000). Y su elección radicó en que la información que se obtiene del instrumento no se ve interferido por las diferencias de edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural.

**4.3.2.1 *Ficha técnica.***

Nombre del test: “*Psicodiagnóstico de Rorschach*”.

Autor: Hermann Rorschach (1884-1922).

Editor: Bircher/Hans-Huber de Berna, Suiza.

Fecha de publicación: En la monografía “Psychodiagnostik” en 1921.

A quién va dirigido: Niños desde los 5 años hasta ancianos.

Método para la administración, calificación e interpretación: Sistema

Comprehensivo de Exner (1994, 2000, 2001 y 2005).

Duración: No se precisa un tiempo límite, este depende del participante.

**4.3.2.2 *Descripción.***

Este test está compuesto por 10 láminas estandarizadas que contienen manchas de tinta, las cuales fueron creadas por Herman Rorschach en 1921. De estas 10 láminas, 5 son acromáticas, 2 rojas y negras, y 3 de colores (Exner, 1994).

*4.3.2.2.1 Administración.*

El evaluador presenta las láminas al sujeto en orden de menor a mayor bajo la consigna “¿*Qué podría ser esto*?”, dando la opción al sujeto de un sinfín de alternativas de respuestas. Luego, la fase de administración inicia cuando el evaluador registra las respuestas del evaluado en su hoja de respuestas considerando la posición de la lámina, el tiempo, el número de lámina y el número de respuesta, mientras maneja preguntas sutiles e indirectas para conseguir que el evaluado arroje más de 14 respuestas en su protocolo, ya que solo así se considera el test como válido, de lo contrario, se dan instrucciones enfatizando en que se necesita más respuestas para poder sacar algo del test e inmediatamente se procede al retest.

Posteriormente, una vez conseguido las 14 respuestas, se inicia la fase de encuesta, cuyo procedimiento inicia con una presentación en la cual se solicita al evaluado que explique el dónde, el por qué y el qué de sus respuestas con el objetivo de que el evaluador tenga claro la localización, para ubicar su respuesta en la hoja de localización, los determinantes y los contenidos, mientras se maneja preguntas sutiles e indirectas en caso algo no quede claro.

*4.3.2.2.2 Calificación.*

El evaluador, basándose en las respuestas del sujeto, realiza la codificación; cuyo procedimiento consiste en asignar códigos estandarizados por categorías a las respuestas del evaluado en función a la localización, determinantes y contenidos. Posteriormente, se procede a pasar los códigos a la hoja de secuencia de codificaciones, e inmediatamente se confecciona el Sumario Estructural de la prueba (Exner, 1994).

El sumario estructural es el conjunto de las frecuencias de los códigos, más una serie de proporciones, porcentajes y derivaciones numéricas. Todo ello constituye el acervo de datos del que se obtiene una buena cantidad de postulados importantes relacionados con las características y el funcionamiento psicológico del sujeto. Tres son los procedimientos implicados en la confección del Sumario Estructural (Exner, 2001): (1) hacer la lista o secuencia de las codificaciones, (2) anotar las frecuencias de cada variable, y (3) realizar los distintos cálculos necesarios para obtener las proporciones, porcentajes y derivaciones numéricas.

El Sistema Comprehensivo de Exner incluye alrededor de 90 puntuaciones posibles, divididas en siete categorías principales de códigos ubicadas en el Sumario Estructural: Localización, Determinantes, Calidad Formal, Actividad Organizativa, Respuestas Populares, Contenidos y Códigos Especiales.

*4.3.2.2.3 Interpretación*

La interpretación de la personalidad del sujeto se realiza en base a seis grandes agrupaciones: Afectividad, Autopercepción, Relaciones Interpersonales, Ideación, Mediación y Procesamiento de la Información. Además, se añade una Sección Principal donde se evalúan otros aspectos importantes de la personalidad como: el Estilo Vivencial de la personalidad (EB), la Experiencia Accesible (EA), la Experiencia Base (eb) y la Estimulación Sufrida (es) (Exner, 1994).

Como el Rorschach cuenta con un enfoque cuantitativo y cualitativo, se interpreta desde una óptica cuantitativa según los postulados estandarizados por Sendín (2007), mientras que desde una óptica cualitativa, se interpreta conforme a las características de los contenidos de las respuestas considerando conectar los postulados con las experiencias de vida del evaluado y según el enfoque de análisis cualitativo del evaluador.

Los modelos que dan fundamento al Test de Rorschach, según Ráez (1998), son dos:

* **El modelo percepto-cognitivo**: que analiza los procesos perceptivos que las láminas estimulan en las personas a través de sus formas, tamaños, colores, entre otras características; las cuales influyen en sus respuestas y nos permiten observar aspectos de la individualidad de la persona evaluada. Este modelo es la base para la propuesta del Sistema Comprehensivo de Exner.
* **El modelo dinámico**: que analiza la personalidad proyectada a través de los contenidos de las respuestas al estímulo semiestructurado de las láminas, donde se pueden observar las necesidades, intereses, la organización psicológica general de las personas evaluadas que nos muestran quienes son y qué les interesa.

**4.3.2.3 *Confiabilidad.***

En lo que concierne al aspecto psicométrico del instrumento, Exner (1994), comprueba la consistencia de la prueba en un estudio de test-retest aplicado después de un año a 50 personas adultas. En dicha investigación se encontró una consistencia que oscila entre .81 y .90 para la mayoría de las variables, obteniendo solo para cinco variables una correlación < .72, lo cual es esperable debido a que dichas variables estaban relacionadas con estados psicológicos situacionales o características temporales y no estructurales de la personalidad. El test-retest aplicado nuevamente al cabo de tres años arrojó resultados similares, comprobando así la confiabilidad de la prueba.

Con respecto a la estabilidad temporal de las variables, Weiner (2001), sostuvo que casi todas aquellas relacionadas a los rasgos de personalidad han demostrado estabilidad sustancial en el corto y largo plazo, teniendo coeficientes superiores a .75, llegando incluso a presentar coeficientes con un .90 de confiabilidad. También planteó que las variables que presentan mayor variabilidad, son aquellas relacionadas a estrés situacional y que por definición se espera varíen a lo largo del tiempo, dato que correlaciona con lo citado líneas arriba por Exner (1994).

**4.3.2.4 *Validez.***

Respecto a la validez, Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib (1999), le atribuyeron validez de criterio al Rorschach encontrando un coeficiente de validez de .29. Este índice es considerado por los autores como aceptable ya que el Rorschach es un test de personalidad, y para ser un test de personalidad, colinda muy de cerca con el coeficiente de validez del MMPI (.30).

Asimismo, Weiner, Spielberger y Abeles (2002), hicieron una revisión de un estudio metaanalítico, e identificaron un coeficiente de validez, por validez de criterio, medio no ponderado de .29 para las variables del Rorschach en 2776 protocolos. Además, este test evidenció una sensibilidad válida a los cambios evolutivos, indicando una adecuación pertinente frente a las características asociadas al desarrollo, pues para esto, Weiner (1996), afirmó que tanto estudios longitudinales como transeccionales mostraron como las variables del Rorschach reflejan mayor estabilidad y madurez con la edad, dato importante teniendo en cuenta que la muestra del presente estudio no estuvo discriminada por la edad, es decir a partir de los 16 años en adelante.

**4.3.2.5** ***Baremos.***

En lo que refiere a normas, Exner (2002), publicó un estudio en el que obtuvo datos normativos basados en una muestra de 175 no pacientes. Este estudio demostró que los datos obtenidos son bastante similares a los obtenidos en el 2001 con una muestra de 600 pacientes. Por otro lado, en nuestro medio, Ráez, Maguiña, Iza, Jara y Velásquez (1999), obtuvieron datos normativos en nuestra población de Lima Metropolitana a partir de una muestra de 164 adultos no pacientes. Estos hallazgos se sumaron a los de 20 países más y estos se integraron a los datos normativos encontrados por Exner para población no paciente.

Posteriormente, con los hallazgos de otra investigación realizada por Ráez (2007), se dieron las normas definitivas del test para población peruana no paciente con una muestra de 233 adultos.

## 4.4 **Procedimiento y técnicas de procesamiento de datos**

**4.4.1** Procedimiento.

La presente investigación se realizó con pacientes que acudieron a consulta externa en la División de Psicología y en la sala de hospitalización del Departamento de Salud Mental del Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú. El acercamiento a la muestra fue a partir de que el investigador realizó su internado en Psicología Clínica en dicho hospital. Para ello, previamente se presentó y sustentó el proyecto de tesis a la Oficina de Instrucción, Docencia e Investigación, así como en la División de Psicología y el Departamento de Psiquiatría para que esta pueda ser evaluada a través del comité de Bioética del Hospital. Luego de ser aprobado, fue enviado a la dirección ejecutiva de sanidad de la PNP, con el fin de que el director de sanidad, Gral. Med. PNP., Luis Arturo ROSSEL ALVARADO, pueda aprobarlo mediante una resolución que está adjuntada en la sección de anexos (Véase el anexo 8).

El contacto con los pacientes se realizó durante su hospitalización o en la consulta externa. Se les explicó los lineamientos generales de la investigación, el carácter anónimo y voluntario de su participación y se solicitó su autorización para aplicar el instrumento a través de un documento de Consentimiento Informado, asimismo que se les informó del Consentimiento Informado de Revocatoria. Una vez realizado esta primera fase, se procedió a llenar la Ficha de Datos Sociodemográficos en base a la Historia Clínica del paciente, que a su vez sirvió de filtro para determinar si el paciente cumplía con los criterios de inclusión y exclusión de la muestra. Este procedimiento fue crucial para el establecimiento de un buen *rapport,* y así obtener un mínimo de confianza y disminuir los niveles de ansiedad. Acto seguido, se procedió con la aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner de manera individual y en condiciones favorables, es decir, un consultorio con adecuada luz, ventilación y espacio.

Por último, una vez corregido e interpretado, se procedió a la devolución de los resultados buscando aclarar dudas, dando alcances respecto a su abordaje terapéutico, y realizando el cierre del proceso de evaluación.

**4.4.2** Técnicas de procesamiento de datos.

Para el análisis estadístico de los hallazgos, se utilizó el programa IBM SPSS v.25, debido a su vigencia y actualización en el campo del procesamiento de los datos de las ciencias sociales y de la conducta, para ejecutar estadísticos descriptivos, es decir, se tomaron en cuenta las medidas de tendencia central, así como frecuencias y porcentajes.

# **Capítulo V**

# **Resultados**

En el presente apartado se presenta los resultados hallados de la afectividad de los 25 pacientes con TLP en comparación con la data de los 233 adultos peruanos no pacientes, elaborada por Ráez (2007), haciendo énfasis en que las diferencias y similitudes entre ambos datos han de tener cierta consideración debido a que la data de Ráez es con población adulta mayor de 18 años, mientras que la data de los pacientes con TLP tiene hallazgos desde los 16 años en adelante, sin embargo, no hay diferencias significativas en extrapolar los resultados de la agrupación de la Afectividad de un lado al otro ya que conforme con los estándares del Sistema Comprehensivo de Exner, los resultados a partir de los 16 años en adelante no presentan variación alguna en la agrupación de la afectividad, es decir que los resultados de una participante de 16 años se procesan igual al de un participante de 30 años independientemente del sexo.

Asimismo, con fines aclaratorios se ha dividido los resultados en dos partes; el primero abarca variables generales que arrojan información respecto a la estructura de la personalidad, cuya presentación complementará a los resultados de los indicadores de la afectividad. El segundo aborda los indicadores de la afectividad *per se*.

Con esta previa introducción, se procede a la descripción de los resultados encontrados en los pacientes con TLP*.*

## **5.1 Presentación y análisis de datos**

A continuación se presenta la tabla 3, cuyo contenido informa sobre el puntaje Lambda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 3 |  |  |
| *Lambda (L)* | | |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Lambda | .70 | .47 |

En lo referido al Lambda (L), se observa que los pacientes con TLP presentan una media de .70 en comparación al .75 de la data de Ráez (2007). Como se puede apreciar, hay una diferencia menor de .05 a favor, significando que los pacientes con TLP presentan un control cognitivo frente a los estímulos, suprimiendo los procesos emocionales y evitando la complejidad de respuestas como la mayoría de los adultos no pacientes según el grupo normativo. Ante este hallazgo, se procede a realizar un análisis sutil por intervalos en la tabla 4 con fines comprensivos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 4 |  |  |
| *Distribución por intervalos para el Lambda* | | |
|
| Lambda | Pacientes con TLP | |
| f | Porcentaje |
| L < 0.60 | 12 | 48% |
| 0.60 < L > 0.99 | 7 | 28% |
| L > 0.99 | 6 | 24% |
| Total | 25 | 100% |

En esta tabla se describe las frecuencias de los participantes que obtuvieron un Lambda bajo, es decir menor a .60, un Lambda medio, cuyas cifras oscilan entre el .60 al .99 y un Lambda alto, o sea mayor a .99, en función a los intervalos establecidos por Exner (1994).

De esta manera, se muestra que un 48% de los participantes con TLP presentan un Lambda bajo, denotando así su predominio por una aproximación a los estímulos sumamente incorporadora y exhaustiva hasta un punto en el cual no economizan energía, mientras que el 28% presentan un Lambda medio, significando que tienen como rasgo predominante el estilo de aproximación a estímulos flexible y adaptativo, infiriéndose que han empleado un nivel adecuado de energía ante las manchas presentadas. Después, un 24% presenta un Lambda alto, lo cual significa que su estilo de aproximación a los estímulos es simplificador, corriendo el riesgo así de eludir elementos importantes de aquello que percibe.

Una vez establecido los hallazgos encontrados de los puntajes Lambda en base a frecuencias y porcentajes, se procede a presentar los resultados encontrados en lo concerniente al Estilo Vivencial (EB) conforme a frecuencias y porcentajes. Este indicador se subdivide en los siguientes estilos; Extratensivo, Introversivo y Ambitendente o Ambigual de acuerdo al tipo Evitativo, ya que este tipo puede hallarse en cualquiera de los tres estilos vivenciales de manera independiente puesto que implica un Lambda mayor a 1.0.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 5 |  |  |
| *Estilo vivencial (EB)* | |  |
| Estilo vivencial | Pacientes con TLP | |
| f | Porcentaje |
| Introversivo | 4 | 16% |
| Extratensivo | 5 | 20% |
| Ambitendente | 10 | 40% |
| Evitativo | 6 | 24% |
| Total | 25 | 100% |

En la tabla 5 se presenta el Estilo Vivencial (EB) de los participantes con TLP; apreciándose un 40% con estilo Ambitendente o Ambigual en comparación con el 30% de la data de Ráez (2007), hallándose así una diferencia mayor de 10%, este estilo informa que los participantes con TLP presentan una mayor inespecificidad en el estilo de resolución de problemas alternando afectos e ideación aletoriamente ante circunstancias que pueden demandar un estilo en específico. Mientras que el 24% de los participantes presenta un estilo Evitativo en relación a un 23% de la data de Ráez, encontrándose una brecha muy estrecha de 1%, este estilo puede acompañar a cualquiera de los otros tres estilos, la diferencia radica en que han obtenido un Lambda mayor a 1.0, lo cual implica que han simplificado los estímulos, obviando consigo elementos importantes del campo perceptual.

Asimismo, se observa un 20% de participantes con estilo Extratensivo a diferencia del 11% de la data de Ráez, apreciándose una diferencia mayor de 9%, cuya interpretación alude a que los participantes con TLP presentan un estilo marcado de procesamiento de estímulos poco reflexivo considerando el matiz afectivo de estas como preponderante. Luego, se encuentra un 16% de participantes con estilo Introversivo en contraposición al 36% de la data de Ráez, diferenciándose por un poco más del doble de lo hallado con un 20%, cuyo significado implica que los participantes con TLP presentan un estilo de respuesta ante los estímulos menos racional, con dificultad para separarse del procesamiento emocional hasta haber considerado diferentes alternativas de solución.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 6 |  |  |
| *Número de respuestas* | |  |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Número de respuestas | 27.44 | 10.87 |
|  |  |

En la tabla 6 referido al Número de Respuestas (R) se encuentra que los pacientes con TLP dan como promedio 27.44 respuestas por protocolo en comparación a las 21.73 de la data de Ráez (2007). Como se puede apreciar, hay una diferencia mayor de 5.71 respuestas entre ambas muestras, lo que indica una mayor productividad en los participantes con TLP.

Por otro lado, una vez informado las variables relacionadas con las características estructurales de la personalidad de la muestra participante, se describe a continuación los hallazgos de los indicadores de la afectividad conforme a las medias y desviaciones estándar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 7 |  |  |
| *Lado derecho de la eb* | |  |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Lado derecho de la eb | 3.68 | 3.68 |
|  |  |

Como se puede apreciar en la tabla 7, los participantes con TLP presentan una media de 3.68 en el Lado Derecho de la eb (eb) en comparación al 3.70 de la data de Ráez (2007). Se observa que la diferencia de 0.02 es muy pequeña en favor de la muestra de Ráez, cuyo significado indica que hay similitud estrecha en la estimulación sufrida provocada por el malestar de tipo emocional en ambas muestras. No obstante, a pesar que la diferencia es mínima, se procede a comparar cada uno de los elementos del Lado Derecho de la eb de ambas muestras con fines para una mayor aclaración y entendimiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 8 |  |  |
| *Componentes del lado derecho de la eb* | | |
| Lado derecho de la eb | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Rptas. De Color Acromático (C') | 2.08 | 2.31 |
|  |  |
| Rptas. De Textura (T) | .32 | .56 |
|  |  |
| Rptas. De Vista (V) | .24 | .52 |
|  |  |
| Rptas. De Sombreado Difuso (Y) | 1.04 | 1.79 |
|  |  |
|  |  |

En la tabla 8 se observa los elementos que componen el Lado Derecho de la eb; teniendo como primero en la lista el indicador de Color Acromático (C’), aquí los pacientes con TLP obtienen una media de 2.08 en comparación a 1.46 de la data de Ráez (2007). El análisis informa que hay una diferencia mayor de .62 de respuestas de Color Acromático, lo cual implica que los pacientes con TLP presentan una mayor constricción afectiva, es decir un freno mayor a la expresión emocional.

Luego, se encuentra que la media del indicador de Textura (T) en los participantes con TLP es de .32 en comparación al .86 de la data de Ráez (2007). Esta diferencia de .54 duplica por un poco más a la dada por los pacientes con TLP, e implica que hay una menor frustración por las necesidades de cercanía y contacto emocional.

Asimismo, en lo referido al indicador de Vista (V), los pacientes con TLP arrojan una media de .24 en comparación al .32 de la data de Ráez (2007). Hallándose así una diferencia menor de .08 a favor, lo cual constituye un menor componente de desvalorización asociados a los procesos de introspección en los pacientes con TLP.

En la misma dimensión, se halla que la media del indicador de Sombreado Difuso (Y) en los pacientes con TLP es de 1.04 en comparación al 1.06 de la data de Ráez (2007). Obteniéndose así una diferencia menor de 0.02, lo cual indicaría que los niveles de sentimientos de indefensión y desvalimiento emocional son casi iguales en ambas muestras.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 9 |  |  |
| *Relación entre la constricción afectiva y el procesamiento de las emociones* | | |
|
| Variables Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Constricción afectiva | 2.08 | 2.31 |
|  |  |
| Procesamiento de las emociones | 4.78 | 6.11 |
|  |  |

En la tabla 9 se observa que los pacientes con TLP presentan una media de 2.08 y 4.78 en la relación entre la Constricción Afectiva (SumC’) y el Procesamiento de Emociones (SumPondC), en comparación al 1.46 y el 2.47 de la data de Ráez (2007). Como se puede apreciar, hay una diferencia mayor de 0.62 con 2.31 a favor, lo cual sugiere que hay una tendencia mayor a constreñir más las emociones para una descarga mucha más abrupta *a posteriori* en los participantes con TLP.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabla 10 | | |  | |
| *Proporción afectiva (Afr)* | | | |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | | |
| Media | DS | |
| Proporción afectiva | .56 | .18 | |
|  |  | |

Mientras que en la tabla 10 se encuentra que los pacientes con TLP presentan una media de .56 en la Proporción Afectiva (Afr) en comparación al .50 de la data de Ráez (2007), cuya diferencia mayor de .06 a favor denota que la responsividad ante los estímulos emocionales es mayor en los participantes con TLP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 11 |  |  |
| *Proyección del color (CP)* | | |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Proyección del color | 0.08 | 0.27 |
|  |  |

Después, en la tabla 11 referido a la Proyección del Color (CP), los pacientes con TLP arrojan una media de 0.08 en comparación al 0.00 de la data de Ráez (2007). Así, la diferencia mayor de 0.08 a favor implica que los participantes con TLP tienden a negar más los afectos displacenteros para sustituirlos por falsas emociones eufóricas.

Una vez aclarados los hallazgos respecto a la estimulación sufrida de tipo emocional, se procede a describir los resultados relacionados a los indicadores de Color Cromático, cuya implicación refiere al grado de modulación de las descargas afectivas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 12 |  |  |
| *Proporción forma-color y color puro* | | |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| FC | 1.68 | 2.04 |
| CF+C | 3.08 | 3.20 |
| Color puro | 1.72 | 2.05 |

Así, en la tabla 12 se observa que las medias pertenecientes a la proporción de Forma Color (FC) con Color Forma más Color puro (CF+C) son de 1.68 con 3.08 respectivamente en los pacientes con TLP a comparación del 1.63 con 1.49 de la data de Ráez (2007). Obteniéndose de este modo una diferencia mayor de 0.05 con 1.59, respectivamente a favor, lo cual significa que los participantes con TLP en lo concerniente a las manifestaciones de emociones donde el control cognitivo prevalece sobre el emocional, tienen un mayor número de experiencias afectivas controladas y moduladas por elementos cognitivos, así como una tendencia a experimentar mayor número de descargas afectivas en las cuales predomina los aspectos emocionales sobre los controles cognitivos de estas.

Luego, la media de 1.72 de Color puro (C) perteneciente a los participantes con TLP en comparación al 0.33 de la data de Ráez (2007), genera una diferencia mucho mayor de 1.39, lo cual provoca cuatro veces más la frecuencia con que aparece este indicador, significando que los participantes con TLP presentan una frecuencia cuatro veces mayor a experimentar descargas afectivas bruscas sin algún tipo de control cognitivo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabla 13 |  |  |
| *Espacio blanco (S)* | | |
| Variable Rorschach | Pacientes con TLP | |
| Media | DS |
| Rptas. De espacio en blanco | 2.84 | 2.85 |
|  |  |

Finalmente, en lo que concierne al indicador de Espacio Blanco (S) de la tabla 13, se aprecia una media de 2.84 en los pacientes con TLP en comparación al 2.18 de Ráez (2007). Esta diferencia mayor de 0.66 a favor, indica que los niveles de una búsqueda de independencia y autoafirmación están ligeramente elevados en los participantes con TLP, colindando casi con el oposicionismo y negativismo por una distancia de 0.16, ya que a partir de 3.00 en adelante la interpretación se agudiza según Sendín (2007).

Con esto, se da por concluido el apartado de presentación y análisis de los datos, obteniendo como resumen el perfil afectivo en términos técnicos. Los participantes con TLP se caracterizan por presentar un Lambda menor a lo esperado con predominio del Estilo Vivencial Ambitendente o Ambigual, un Número de Respuestas por encima de lo esperado y los elementos del Lado Derecho de la eb mayores en relación al grupo normativo. Así como una relación mayor entre la Constricción Afectiva y el Procesamiento de Emociones según lo normal, al igual que una mayor Proporción Afectiva según lo esperado. Luego, se observa una Proyección del Color mayor a lo normal, también una mayor Proporción Forma – Color y Color puro en relación al estándar planteado. Y finalmente, se aprecia un alza en el Espacio Blanco conforme a lo estandarizado.

## 5.2 **Análisis y discusión de resultados**

En el presente apartado se establece el análisis y la discusión de los hallazgos encontrados en los participantes con TLP de acuerdo a los estándares internacionales planteados por el Sistema Comprehensivo de Exner en 1994 y actualizados por Exner (2007), así como con los estándares nacionales de Raéz (2007), por establecer los baremos peruanos en población adulta no paciente.

La discusión propiciada está basada de acuerdo a los hallazgos plasmados en las tablas conforme con los resultados esperados, no esperados y su implicancia teórica conforme a Sendín (2007), entre otros. De esta manera, se observa que en la tabla 3 el Lambda de los pacientes con TLP (.70) está dentro de lo esperado (0.60<L>0.99) según Exner (1994), lo cual coincide con el Lambda normal (.75) de Ráez (2007), y el Lambda normal (.60) de Exner (2007).

Esto sugiere que los participantes con TLP, a pesar de encontrarse perturbados en su salud mental y verse sometidos por sus desbordes emocionales e impulsivos (Butcher et al, 2007), presentan por lo general un estilo de aproximación a los estímulos flexible y adaptativo en cuanto a energía de procesamiento de información (Sendín, 2007). No obstante, esto llama la atención considerando las características típicas de un paciente con este diagnóstico, para lo cual se procede a discutir el Lambda desde los intervalos planteados por Exner (1994), para poder comprender este hallazgo en comparación a lo normal esperado.

Así, se ve que los pacientes con TLP presentan un Lambda bajo (48%), rango permitido para considerar un protocolo como válido a nivel cuantitativo, sin embargo esta interpretación ayuda a comprender por qué es que los participantes con TLP arrojan un Lambda permitido a pesar de su condición diagnóstica, y es que de acuerdo con Sendín (2007), el Lambda bajo es característico de sujetos que son volubles a invadirse con facilidad por los estímulos emocionales, con incapacidad para filtrarla e inundados a menudo por los elementos cromáticos de las láminas a color.

Asimismo, buscando otras ideas que corroboren o rechacen la afirmación de las implicancias del Lambda bajo, vemos que el nivel de productividad (Véase la tabla 6; Número de Respuestas) de los pacientes con TLP (27.44) es elevada en comparación a la data de Ráez (2007), de los adultos peruanos no pacientes (21.73) y a la data (22.32) de Exner (2007), lo cual llama fuertemente la atención considerando que el paciente límite tiene muchas dificultades en sus niveles de producción con normalidad en las diferentes esferas de su vida cotidiana por la tendencia a presentar desregulación emocional, irritabilidad y estados depresivos, lo que le genera el padecimiento de trastornos afectivos que merman sus niveles de productividad (Akiskal, 1981).

Para resolver esto, viene al caso contrastarlo con el hallazgo de la Proporción Afectiva (Véase la tabla 10) ya que es un poco mayor (.56) a lo esperado en adultos peruanos no pacientes (.50), y considerando que este indicador tiene que ver con el número de respuestas a las láminas cromáticas en comparación a las láminas acromáticas, su interpretación indica que ante los estímulos emocionales, el paciente límite tiende a aumentar su productividad de respuestas en comparación al adulto peruano no paciente (Sendín, 2007), de esta manera queda reforzada la idea de que los estímulos emocionales exacerban la producción del paciente límite, comprendiendo así su Lambda bajo (48%), su Número de Respuestas elevado (27.44) y su Proporción Afectiva por encima de la media esperada (.56), sin dejar claro el foco adonde deriva esta producción exacerbada y sin mencionar otros factores que hayan podido influir en el proceso de evaluación que promuevan una alta en su producción cuantitativa de respuestas.

Para finalizar esta primera idea fuerza, se menciona la media de la Proporción Afectiva (.67) de la data de Exner (2007), cuyo valor rebasa a la media esperada peruana y a la de los participantes con TLP.

Por otro lado, referido al Estilo Vivencial (Véase la tabla 5) de los pacientes con TLP, se ve que el estilo Introversivo está menos marcado (16%) de acuerdo con lo esperado (36%) por Ráez (2007), en población adulta peruana no paciente y la data (33%) de (Exner, 2007), lo cual explicaría la característica típica del paciente límite de no dilatar las respuestas ante los estímulos para reflexionarlas, por el contrario, responder de manera brusca a los estímulos considerando los elementos emocionales (Sendín, 2007).

Afirmación que tiene sustento al observar que el estilo extratensivo prevalece en nuestra muestra (20%) por sobre lo esperado por Ráez (11%), pero no (38%) por Exner (2007). Asimismo, es curioso observar que el estilo preponderante de nuestros participantes es el ambitendente o ambigual (40%) a lo esperado (30%) por Ráez (2007), y (19%) Exner (2007), ya que de acuerdo con Sendín (2007), estos sujetos son más inconsistentes por el hecho de que al no tener un estilo definido de respuestas básica, pueden procesar afectos o ideación de manera aleatoria en situaciones que ameriten un estilo definido de respuesta, tornándose así más impredecibles en su conducta y corriendo riesgo de desadaptación.

Al respecto, los sujetos límite presentan un desarrollo inmaduro del *self* (Millon, 2006), lo cual predispondría a que no definan el Estilo Vivencial de la resolución de problemas de la personalidad. Dato curioso ya que conecta con el hallazgo concerniente a la primera idea fuerza planteada respecto al Lambda bajo, Número de Respuestas alto y Proporción Afectiva por encima de la media esperada, ya que como se ha visto, la alta susceptibilidad a la estimulación emocional del paciente límite lleva a que estos indicadores tengan estas características cuantitativas.

En la vertiente de estimulación sufrida por malestar emocional, se tiene que el Lado Derecho de la eb (Véase la tabla 7) en los pacientes con TLP arrojan una media (3.68) similar a la data (3.70) de Ráez (2007), pero un poco mayor (3.32) de la data de Exner (2007). Por esto, con fines de comprender y llegar a una discusión, se procede a un análisis fino de los elementos más significativos que componen el Lado Derecho de la eb (Véase la tabla 8); en primer lugar se tiene que la media (2.08) del Color Acromático de los participantes con TLP es mayor en comparación a la data (1.46) de Ráez (2007) y la (1.49) de Exner (2007), cuyo significado implica que los participantes con TLP tienden a constreñir más sus expresiones emocionales en comparación a los adultos peruanos no pacientes.

Ahora, Sendín (2007), dice que C’>1 es significativo, lo cual aplica al caso de los participantes con TLP, y al respecto menciona que aparece aumentado en sujetos psicosomáticos y depresivos, características típicas del paciente con TLP.

Entonces, hasta este punto todo parece guardar coherencia, sin embargo para complementar y fortalecer la idea fuerza que se elabora, se ve que la Textura de los pacientes con TLP (0.32) es mucho menor a lo esperado (0.86) por Ráez (2007) y la data (0.95) de Exner (2007), lo cual llama fuertemente la atención ya que esto implicaría que los participantes con TLP no están registrando la frustración emocional por sus necesidades de cercanía y contacto emocional, lo que normalmente es experimentado como sentimientos de abandono, soledad o privación afectiva, típicos sentimientos del paciente límite.

Al respecto, Sendín (2007), menciona que lo esperado es hallar T=1, caso que se aproxima más a la data (0.86) de Ráez (2007), y la (0.95) de Exner (2007), pero es una situación que no aplica al paciente límite, cuya interpretación sería que los participantes con TLP tienden a presentarse más distantes en sus interacciones con los demás y eludir la cercanía de las situaciones interpersonales en comparación al adulto peruano no paciente, interpretación que dista por mucho de la característica típica de un paciente límite, pues como menciona Millon (2006), estos sujetos consideran a los demás el centro de su vida.

Interpretación que se contradice con el hallazgo encontrado. Por tanto, para entender esta contradicción significativa, Exner (1988), describe a los sujetos que arrojan T=0 como *los auténticos sin T*; individuos cuyos protocolos no arrojan Textura (los pacientes con TLP presentan una frecuencia de 18 protocolos con T=0), significando una incapacidad para registrar este tipo de necesidades con un origen que se remota a la infancia, ya que son sujetos que se caracterizan por haber sufrido mucho y presentar antecedentes de abusos sexuales y maltrato infantil (Herman y van der Kolk, 1987; Kroll, 1993), generando así malestar en vez de gratificación, por tanto, se han condicionado desde muy criaturas a evitar estos contactos y no registrar esta necesidad universal de cercanía.

De este modo, se elabora la segunda idea fuerza respecto a los participantes con TLP, quienes tienden a constreñir sus emociones, originando un malestar emocional que se activa de manera no deliberada, involuntaria e inhibir sus necesidades de cercanía al prójimo por presentar, posiblemente, antecedentes en la infancia de maltrato emocional ante el contacto interpersonal.

De esta manera, se facilita comprender el hallazgo encontrado (0.08) respecto a la Proyección del Color (Véase la tabla 11), cuya diferencia sobrepasa lo esperado (0.00) por Ráez (2007), y (0.01) Exner (2007), significando que los pacientes con TLP tienden por encima a las demás datas a encubrir sentimientos disfóricos por emociones eufóricas, pero irreales ya que este indicador se da cuando el evaluado, sin tener algún defecto físico en la visión, ve Color Cromático en el Sombreado Difuso de las manchas.

Al respecto, Sendín (2007), menciona que cuando se da CP>0, caso que aplica a los participantes con TLP (los pacientes con TLP presentan una frecuencia de 2 protocolos con CP=1), significa que el sujeto niega o desprecia la realidad percibida ya que están distorsionando los datos para eludir así, el enfrentamiento a lo desagradable de su entorno. A esta especie de negación, se le suma el hallazgo de la segunda idea fuerza planteada, ya que el paciente límite experimenta malestar emocional significativo por constreñir sus emociones y presentar inhibición en la frustración de malestar emocional por no registrar necesidades de cercanía afectiva, implicando así una mayor probabilidad a que incurran en patologías afectivas (mecanismo de defensa maniaco) como la sugerida por este indicador.

Luego, en lo referido a los hallazgos de la relación entre la Proporción Forma-Color y Color puro(Véase la tabla 12), se observa que los pacientes con TLP arrojan una media (1.68 y 3.08) que sobrepasa a la data (1.63 con 1.49) de Raéz (2007), pero ante las medias (3.56 con 2.53) de Exner (2007), es mucho menor por más del doble en lo concerniente a Proporción Forma-Color y mayor en lo referido a Color puro, respectivamente. Cuya interpretación indica el nivel de modulación de los intercambios y descargas emocionales iniciados de manera deliberada, sin embargo al ser una interpretación que está compuesta por varios elementos, no permite comprender el significado de estos de manera aislada. Por esto, se discute la implicancia de cada elemento por separado para posteriormente elaborar una conclusión en conjunto.

Así, el indicador de Forma Color señala que las experiencias afectivas son controladas y dirigidas por la cognición, y al respecto, los pacientes con TLP presentan un resultado similar (1.68) al de (1.63) Ráez (2007), hallazgos que distan por más del doble (3.56) de lo esperado por Exner (2007). De esta forma, en las manifestaciones de emociones donde predomina el factor cognitivo por sobre el emocional, los participantes con TLP en esas ocasiones pueden modular y regular sus experiencias afectivas, similar a los adultos peruanos no pacientes, no obstante, este dato por sí solo carece de significado ya que forma parte de otros complementarios, como la diferencia mayor (1.36) de los pacientes límites en el Color Forma en relación (1.16) a la de Ráez (2007), pero distante por casi el doble (2.41) de Exner (2007). Cuyo significado refiere, en lo concerniente a la manifestación de emociones donde el factor emocional predomina por sobre el cognitivo, que los participantes con TLP en esos casos presentan descargas afectivas en las cuales son menos controladas, más relajadas, dejándose llevar por la emoción igual a los adultos peruanos no pacientes.

Ahora, respecto al indicador de Color puro, los participantes con TLP obtuvieron una diferencia mayor por más de cinco veces (1.72) a la (0.33) de Ráez (2007), y la (0.12) de Exner (2007), sugiriendo de este modo que el paciente límite, en las manifestaciones de emociones donde no hay filtro cognitivo, sino descargas afectivas bruscas, tiende con una frecuencia mayor a cinco veces a experimentar este tipo de arrebatos emocionales en comparación a los adultos peruanos no pacientes.

Analizados y discutidos los elementos que componen la relación de Proporción Forma-Color y Color puro, se procede a discutir el hallazgo del paciente límite (FC=1.68 : CF+C=3.08 y Color puro=1.72) según los esperados (FC>CF+C y C pura=0) por Sendín (2007). De este modo, el hallazgo de los participantes con TLP no está dentro de lo esperado, por el contrario, se encuentra en el intervalo de CF+C≥FC con una diferencia de hasta dos puntos (1.40), de acuerdo con Sendín (2007), significando que los pacientes con TLP tienden a manifestar sus afectos de una forma más desinhibida que el adulto medio, ya que no se hace esfuerzos por controlar sus expresiones afectivas en el mismo nivel que la mayoría. Dato que implica serios problemas de control emocional porque aparece junto a C pura>0 (1.72). Por tanto, este hallazgo en relación a la primera idea fuerza de estudio arroja que el paciente límite no solo tiende a ser voluble ante los estímulos emocionales viéndose inundados ante estas, sino que también expresa sus emociones de manera desbordada por no contar con un buen control afectivo.

Posteriormente, para continuar comprendiendo y definiendo el hallazgo inmediatamente previo, obsérvese la relación de Constricción Afectiva en conjunto con el Procesamiento de Emociones (Véase la tabla 9). De esta manera, el paciente con TLP presenta una diferencia mayor (2.08 : 4.78) al hallazgo (1.46 : 2.47) de Ráez (2007), y (1.49 : 4.36) Exner (2007). Sin embargo, Sendín (2007), menciona que lo esperado es que el lado izquierdo sea inferior al derecho, caso que aplica al paciente límite a pesar que el lado izquierdo es un poco menos de la mitad que el lado derecho, significando así que los pacientes con TLP tienden a descargar en exceso sus emociones con casi el doble de intensidad a lo esperado en lugar de internalizar en comparación a los adultos peruanos no pacientes, con ello aumenta la tensión externa en el ambiente de los pacientes, favoreciendo los conflictos interpersonales. Este hallazgo coincide con las características del tipo *límite impulsivo* planteado por Millon (2006), y la primera idea fuerza reelaborada en la discusión inmediatamente previa, donde se define al paciente límite como un sujeto con mayor susceptibilidad a la movilización por los estímulos afectivos y por la alta probabilidad de manifestaciones abruptas de los afectos.

Finalmente, en lo referido al Espacio Blanco (Véase la tabla 13), los participantes con TLP presentan una diferencia mayor (2.84) en comparación (2.18) a la de Ráez (2007), y mucho mayor (1.57) a la de Exner (2007). Informado así, de acuerdo con Sendín (2007), que se espera un intervalo de 1 ≤ S ≥ 3, caso que aplica al paciente límite, significando de este modo que son capaces de autoafirmarse frente a exigencias externas que demanden aspectos personales del *self* en comparación a los adultos peruanos no pacientes. Un dato curioso considerando las ideas fuerzas elaboradas a lo largo del proceso de discusión. Este hallazgo dentro de lo esperado escapa a los límites del resto de indicadores afectivos, por tanto no amerita el hecho de escrutar a profundidad, a salvedad que para un entendimiento mayor se relacione con otros indicadores que están fuera de los objetivos planteados en el presente estudio.

Con esta discusión de los hallazgos encontrados se da por concluido el apartado de análisis y discusión de resultados, obteniendo como resumen que los pacientes con TLP se caracterizan por presentar un estilo de aproximación a los estímulos muy incorporador en cuanto a energía de procesamiento de la información, tornándoles así volubles a invadirse fácilmente por la complejidad de los estímulos emocionales con incapacidad para filtrarlas.

De igual modo, presentan una alta productividad ante estímulos afectivos con tendencia a amortiguarlos de manera aleatoria con la emoción o ideación independientemente de lo requerido por la situación externa, tornándoles susceptibles a la desadaptación e impredecibles en cuanto a lo esperado.

Por otro lado, se caracterizan por experimentar mucha constricción afectiva por estimulación sufrida de tipo emocional con activación no deliberada, así como ausencia de frustración ante la incapacidad de registrar la necesidad universal de cercanía socioemocional, tornándolos así inmersos en una especie de burbuja psicológica donde aíslan sus afectos, posiblemente debido a traumas socioemocionales en la infancia, para salvaguardarse, y presentarse como distantes ante sus vínculos eludiendo así lo potencialmente doloroso de aquello que implicaría el recuerdo de la cercanía del contacto afectivo en conjunto a lo asociativo de sus experiencias tempranas infantiles mórbidas.

Asimismo, tienen como rasgo el empleo del mecanismo de defensa maniaco, cuyo funcionamiento consiste en encubrir sus sentimientos disfóricos por emociones eufóricas, pero irreales tal cual una distorsión de la realidad para que sus *selves* se vean amparados ante una posible escisión por el objeto afectivo deseado, pero disociado entre el amor y el odio.

Luego, presentan una tendencia a manifestar sus afectos de una forma en la cual no suelen modular sus emociones, tornándolas abruptas y desbordantes para lo demandado. Concluyendo así que los pacientes con TLP tienden a constreñir sus emociones en exceso para posteriormente descargarlos con mucha intensidad.

# **Capítulo VI**

# **Conclusiones y recomendaciones**

## 6.1 **Conclusiones generales y específicas**

Dentro de las conclusiones generales y específicas del presente estudio en base al trabajo de campo realizado con su respectivo análisis y discusión, se concluye lo siguiente:

**6.1.1 General.**

Los pacientes con TLP presentan rasgos afectivos caracterizados por una elevada estimulación sufrida de corte emocional producto del exceso de constricción emocional que se activa de manera no deliberada y mecánica, así como un encubrimiento de sus afectos presentándose distantes emocionalmente en sus vínculos interpersonales sin experimentar frustración emocional por la ausencia del registro de la necesidad universal de cercanía afectiva. Así como una relación desproporcional entre la constricción de emociones con la descarga emocional, tornándose volubles ante los estímulos emocionales cuyo efecto les genera una mayor productividad.

Por otro lado, se concluye que tienden a encubrir sus sentimientos disfóricos para sustituirlos por emociones eufóricas. Al igual que un nivel de modulación marginal, abrupta y desbordante del control emocional con predominio de los elementos emocionales sobre los cognitivos No obstante, a pesar que estas características les generan cierta volubilidad, presentan una autoafirmación emocional esperada para imponerse ante las exigencias del entorno.

**6.1.2 Específicos.**

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan una estimulación sufrida de corte emocional, cuya activación se da de manera no deliberada y mecánica similar en comparación al grupo normativo.

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan una relación de constricción afectiva para una posterior descarga emocional abrupta y desbordante mayor en comparación al grupo normativo.

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan una productividad exacerbada ante la estimulación de tipo afectiva mayor en comparación al grupo normativo.

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan un empleo del mecanismo de encubrimiento de afectos displacenteros por la sustitución de falsas emociones eufóricas mayor en comparación al grupo normativo.

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan un grado de modulación afectiva marginal en las cuales se observa un serio déficit del control emocional y un predominio de los elementos emocionales sobre los elementos cognitivos mayor en comparación al grupo normativo.

- Los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentan una capacidad emocional de autoafirmación ante las exigencias del entorno más imperiosa en comparación al grupo normativo.

## 6.2 **Recomendaciones**

Conforme según lo descrito a lo largo del presente estudio, se sugiere realizar más investigaciones sobre la variable Afectividad según el Psicodiagnóstico de Rorschach conforme al Sistema Comprehensivo de Exner en los pacientes con TLP en diferentes nosocomios públicos, castrenses y centros de salud mental particulares para poder cotejar los presentes hallazgos con los sugeridos.

Asimismo, se recomienda realizar con los presentes hallazgos un artículo que englobe una data general del perfil de personalidad de los pacientes con TLP según el Sistema Comprehensivo de Exner para poder establecer una aproximación a lo que sería el baremo peruano del TLP.

Finalmente, se sugiere realizar un estudio metaanalítico con los hallazgos de las diferentes poblaciones clínicas, como muestras de pacientes con trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, etc., cuyas características presenten una alta comorbilidad con el síndrome del TLP según los glosarios internacionales de estadísticas diagnósticas, que en sus metodologías hayan utilizado algunas de las agrupaciones de variables que conforman el Psicodiagnóstico de Rorschach según la técnica de Exner para que el objetivo sea integrar estas datas arrojadas por los diversos estudios con el fin de elaborar un perfil global y general del paciente con TLP en nuestros medios.

## 6.3 **Resumen y términos claves**

El presente trabajo aborda la afectividad de los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú con el objetivo de identificar el perfil afectivo según la agrupación de afectividad del Psicodiagnóstico de Rorschach conforme al Sistema Comprehensivo de Exner. La muestra de estudio estuvo conformada por 25 pacientes de ambos sexos con una edad por encima de los 16 años en adelante y diagnosticados con el TLP. Asimismo, el marco metodológico incluyó un nivel de investigación descriptivo con un tipo de investigación sustantiva descriptiva, además de un diseño de investigación descriptiva simple y un método cuantitativo neopositivista. El diseño estadístico estuvo compuesto por los estadísticos descriptivos; medidas de tendencia central, así como frecuencias y porcentajes. La conclusión final a la que arribó el autor fue que los pacientes con TLP presentan una estimulación sufrida por constricción emocional similar al grupo normativo, el no registro de la necesidad universal de cercanía afectiva, una relación constricción-descarga emocional aumentada. Además, presentan una productividad ante la estimulación afectiva elevada, sumado a un empleo del encubrimiento de sentimientos disfóricos para sustituirlos por falsas emociones eufóricas aumentado, al igual que un grado de modulación emocional marginal, abrupta y desbordante a pesar que poseen una necesidad de autoafirmación emocional imperiosa para imponerse ante las demandas del entorno.

Términos claves: Afectividad, Psicodiagnóstico de Rorschach y Trastorno Límite de la Personalidad.

## 6.4 **Abstract and Key Words**

## The present work deals with the affectivity of patients with the diagnosis of Borderline Personality Disorder at the National Hospital Luis N. Sáenz of the National Police of Peru with the aim of identifying the affective profile according to the affective group of the Rorschach Psychodiagnosis to the Comprehensive System of Exner. The study sample consisted of 25 patients of both sexes with an age above 16 years of age and diagnosed with BPD. Also, the methodological framework included a level of descriptive research with a descriptive type of substantive research, as well as a simple descriptive research design and a quantitative neopositivist method. The statistical design was composed of descriptive statistics; measures of central tendency, as well as frequencies and percentages. The final conclusion reached by the author was that patients with BPD present a stimulation suffered by emotional constriction similar to the normative group, the non-registration of the universal need for emotional closeness, an increased constriction-emotional discharge relationship. In addition, they present a productivity before the high affective stimulation, added to an employment of the disguise of dysphoric feelings to replace them with false euphoric emotions increased, as well as a degree of marginal emotional modulation, abrupt and overflowing despite having a need for emotional self-affirmation imperious to impose itself before the demands of the environment.

## Key terms: Affectivity, Rorschach Psychodiagnosis and Personality Limit Disorder.

# 

# **Referencias**

Adler, G. (1985). *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York: Jason Aronson.

Aguirre, A, Yazigi, L. & Del Porto, J. (2006). Estudio de la Afectividad en Pacientes con Trastorno Obsesivo-Compulsivo por Medio del Método de Rorschach. *Interamerican Journal of Psychology, 40*(2), 177-184. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-96902006000200005&lng=pt&tlng=pt.

Akiskal, H. (1981). Subaffective disorders: Dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the “borderline” realm. *Psychiatric Clinics of North America, 4,* 25-46. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30935-3>

Artica, J. & Díaz Acosta, A. (2015). La afectividad, el Autoconcepto y las Relaciones Interpersonales en Agresores Sexuales Intrafamiliares a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. *Revista de Investigación en Psicología, 17*(2), 117-132. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/rinvp.v17i2.11261>

Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (4a ed.). Washington, DC: Autor.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (5a ed.). Washington, DC: Autor.

Atwood, G. & Stolorow, R. (1984). *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology and Contextualism*. London: Routledge.

Butcher, J., Mineka, S. & Hooley, J. (2007). *Psicología clínica*. (12a ed.). Madrid: Pearson.

Caballo, V., Salazar, I. & Carrobles, J. (2016). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (2a ed.) Madrid: Pirámide.

Carretero, M. (2005). *Inteligencia y Afectividad. Jean Piaget*. Buenos Aires: Aique.

Castillo, H. (27 de julio de 2015). Relaciones Inestables entre Madre e Hijo desde el Nacimiento se Asocian en el Desarrollo de la Personalidad Borderline. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Recuperado de http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2015/040.html

Cooper, D. (1987). The Role of Group Psychotherapy in the Treatment of Substance Abusers. *American Journal of Psychotherapy, 41*(1), 55-67. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.1.55>

Córdova, A. (2008). *Procesos Afectivos Motivacionales*. Lima: Fondo Editorial Cultura Peruana.

Esman, A. (1980). *Adolescent Psychopathology and the Rapprochement Process, in Rapprochement: The Critical Subphase of Separation-Individuation*. New York: Jason Aronson.

Exner, J. (1988). Problems with Rorschach brief protocols. *Journal of Personality Assessment, 52, 640-647.* Recuperado de <https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5204_4>

Exner, J. (1994). *El Rorschach: Un Sistema Comprehensivo*. (3ra ed.). Madrid: Psimática.

Exner, J. (2000). *Principios de Interpretación del Rorschach: Manual para el Sistema Comprehensivo*. Madrid: Psimática.

Exner, J. (2007). *Manual de Codificación del Rorschach: Para el Sistema Comprehensivo*. (5a ed.). Madrid: Psimática.

Exner, J. (2002). A New Nonpatient Sample for the Rorschach Comprehensive System: A Progress Report. *Journal of Personality Assessment, 78*(3), 391-404. Recuperado de <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7803_01>

Figueroa, E. & Silk, K. (1997). Biological Implications of Childhood Sexual Abuse in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 71-92. Recuperado de <https://doi.org/10.1521/pedi.1997.11.1.71>

Florian, V. (2006). *Afectividad en un Grupo de Adolescentes Diagnosticados con Leucemia a través del Psicodiagnóstico de Rorschach* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperada de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/1222

Gabbard, G. (2009). *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (3a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Grinker, R. Werble, B. & Drye, R. (1968). *The Borderline Syndrome: a behavioral study of ego-functions*. New York: Basic Books.

Guerra, A. & Fernández, P. (2016). Estudio de la afectividad en mujeres con trastornos depresivos a través del Psicodiagnóstico de Rorschach. *Humanidades Médicas, 16*(2), 195- 214. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66913>

Gunderson, J. & Zanarini M. (1987). Current Overview of the Borderline Diagnosis. *Journal Clinical Psychiatry, 48*(8), 5-14. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3301824>

Hiller, J. Rosenthal, R. Bornstein, R., Berry, D. & Brunnel-Neuleib, S. (1999). A comparative metaanalysis of Rorschach and MMPI validity. *Psychological Assessment, 11*, 278-296. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793890>

Hisatugo, C., Yazigi, L. & Del Porto J. (2009). Cognition, Affection and Interpersonal Relationship of Women with Bipolar Disorder. *Psicologia: Reflexao e Critica,22*(3), 377-385. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722009000300008](https://psycnet.apa.org/doi/10.1590/S0102-79722009000300008)

Hoch, P & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiatric Quarterly, 23*(2), 248-276. Recuperado de https://doi.org/10.1007/BF01563119

James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Holt.

Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*, 641-685.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. USA: Jason Aronson.

Knight, R. (1953). Borderline States. En Reuben Fine (Ed), *Current and Historical Perspectives on the Borderline Patient*. (pp. 96-108). New York: Brunner/Mazel.

La Madrid, G. (2011). Afectividad en Adolescentes Anoréxicas y Bulímicas Evaluadas con el Psicodiagnóstico de Rorschach. *Persona*, (14), 127-143. Recuperado de <http://repositorio.ulima.edu.pe/handle/ulima/2214>

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.

Masterson, J. & Rinsley, D. (1975). The Borderline Syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International Journal of Psychoanalysis, 56*(2), 163-77. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1158575>

Millon, T. (2006). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna*. (2a ed.). España: Masson.

Oliver, E. (2015). *Los Trastornos Mentales: ayer y hoy*. Lima: Editorial Universitaria.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Méditor.

Paris, J. (1999). Borderline personality disorder. In T. Millon, P. H. Blaney, & R. D. David (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (pp. 628-652). New York: Oxford University Press.

Ráez, M. (1998). *Personality Development of Women Leaders: assessment studies in Peruvian urban and poverty areas* (Tesis de Doctorado). Katholieke Universiteit Nijmegen. Nijmegen, Netherlands. Recuperada de https://trove.nla.gov.au/version/20533087

Ráez, M., Maguiña, D., Iza, M., Jara, L. y Velásquez, T. (1999). An International Symposium on Rorschach Nonpatient Data: Findings around the world. Trabajo presentado y tablas publicadas en el XVI Congreso Internacional de Rorschach y Técnicas Proyectivas, Ámsterdam, Holanda.

Ráez, M. (2007). Rorschach Comprehensive System Data for a Sample of 233 Adult Nonpatients from Peru. *Journal of Personality Assessment, 89*(1), 119-123. <https://doi.org/10.1080/00223890701583382>

Real Academia Española. (2014). Afectividad. En Diccionario de la lengua española (23a ed.). Recuperado de http://dle.rae.es/?id=0wBAIjp

Rivarola, M. (2015). *Afectividad y Control y Tolerancia al Estrés en Menores Víctimas de Maltrato* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. Recuperada de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6460

Riviere, A. & Núñez, M. (1997). *La Mirada Mental*. Buenos Aires: Aique.

Sánchez, H. & Reyes C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. (5a ed.). Lima: Business Support Aneth.

Sánchez, J. (2013). Afectividad a tráves del Psicodiagnóstico de Rorschach en Pacientes con Displacia Cervical en una Institución de Salud Especializada de Lima Metropolitana. *Revista Minds*, *1*(1), 14-27. Recuperado de http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html

Sendín, M. (2007). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. (3a ed.). Madrid: Psimática.

Skinner, B. & Holland, J. (1961). *The Analysis of Behavior: A program for Self-Instruction*. New York: McGraw-Hill Inc.

Sureyya, I. (2009). *The Relationship between Ego Developmental Level and Current Life Events in Borderline Personality Disorder* (Tesis de Doctorado). Fielding Graduate University. Ann Arbor, United States. Recuperado de   
https://search.proquest.com/docview/577003826?accountid=43847

Tello, J. (2008). *Afectividad en Pacientes Alcohólico-Dependientes a través del Test de Rorschach* (Tesis de Licenciatura). Universidad del Azuay. Cuenca, Ecuador. Recuperado de http://rraae.org.ec/Record/0010\_045d9a10b956c6678587eae9a6d70233/Description#tabnav

Tyson, P. & Tyson, R. (2000). *Teorías Psicoanalíticas del Desarrollo: Una integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.

Watson, J. (1913). Psychology as the Behaviorist Views it. *Psychological Review, 20*(2), 158-177. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1037/h0074428](https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0074428)

Weiner, I. (1996). Some Observations on the Validity of the Rorschach Inkblot Method. *Psychological Assessment, 8*(2), 206-213. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.8.2.206](https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.8.2.206)

Weiner, I. (2001). Advancing the Science of Psychological Assessment: The Rorschach Inkblot method as exemplar. *Psychological Assessment, 13*(4), 423-432. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.13.4.423](https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.13.4.423)

Weiner, I., Spielberger, C. & Abeles, N. (2002). Scientific Psychology and the Rorschach Inkblot Method. *The Clinical Psychologist, 55*(4), 7-12. Sin doi

Zanarini, M. & Frankenburg, F. (1997). Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 11*(1), 93-104. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9113824>

# **Anexos**

**Anexo 1**

**Ficha de datos sociodemográficos**

1. **Datos generales:**

Nombre:

Edad:

DNI:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Lugar y fecha de nacimiento:

Ha migrado a Lima por enfermedad:

Tiempo de residencia en Lima:

Lugar de residencia:

Parentesco:

Titular \_\_ Hijo \_\_ Padre o Madre \_\_ Esposa/o \_\_

Si es titular:

Aptitud A \_\_ B \_\_ C \_\_

Grado y situación:

Condición del paciente:

Composición familiar:

Con quién/es vive en la actualidad:

Religión:

1. **Datos del Dx:**

Número de historia clínica:

CIP:

Dx:

Fecha del Dx:

Tiempo del Dx:

Tratamiento actual:

Psicoterapia: Sí \_\_ No \_\_

Número de sesiones:

Desde cuándo:

Farmacoterapia: Sí \_\_ No \_\_

Cuáles:

Desde cuándo:

1. **Datos sobre la evaluación:**

Fecha:

Lugar:

Hora de inicio:

Hora de término:

**Anexo 2**

**Consentimiento Informado**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en la aplicación de instrumentos de evaluación que serárealizada por el alumno Huertas Mantilla, Leonardo con código 201211476 de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma. La evaluación se realizará como parte de una investigación. El alumno se encuentra bajo la supervisión de la Dra. Espinoza Reyes, María del Carmen y la Dra. Segura Márquez, Carmen.

* Se considerará una sesión de aproximadamente una hora de duración.
* La aplicación del instrumento de evaluación no resultará perjudicial a la integridad del evaluado(a).
* El alumno se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de este.
* El alumno se compromete a dar una información oral de los resultados al evaluado(a), una vez terminado el proceso de evaluación.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 201

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del evaluado(a) Firma del alumno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la asesora

**Anexo 3**

**Revocatoria de Consentimiento Informado**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ años de edad, revoco de manera voluntaria participar en la aplicación de instrumentos de evaluación que fuerealizada por el alumno Huertas Mantilla, Leonardo con código 201211476 de la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma. La evaluación se realizó como parte de una investigación y el alumno se encuentra bajo la supervisión de la Dra. Espinoza Reyes, María del Carmen y la Dra. Segura Márquez, Carmen.

* Se consideró una sesión de aproximadamente una hora de duración.
* La aplicación del instrumento de evaluación no resultó perjudicial a la integridad del evaluado(a).
* El alumno se compromete a no revelar la identidad del evaluado en ningún momento del proceso, ni después de este.
* El alumno se compromete a dar una información oral de los resultados al evaluado(a), una vez terminado el proceso de evaluación.

Lima, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 201

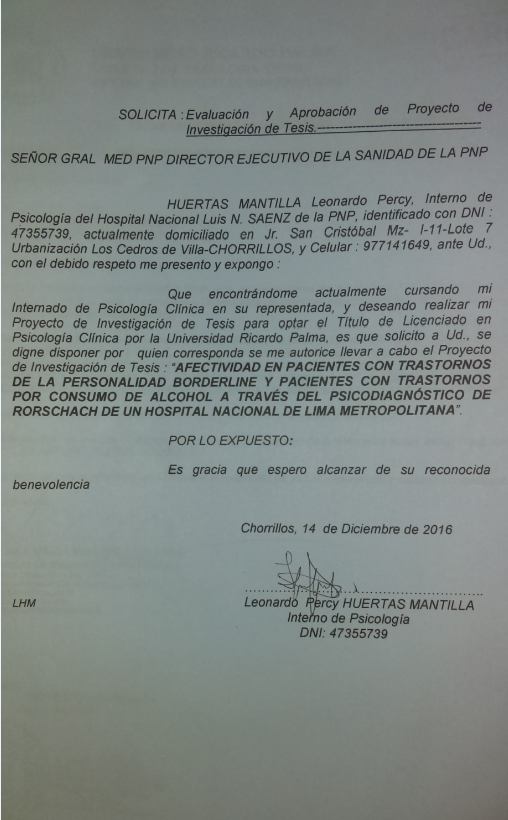
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del evaluado(a) Firma del alumno

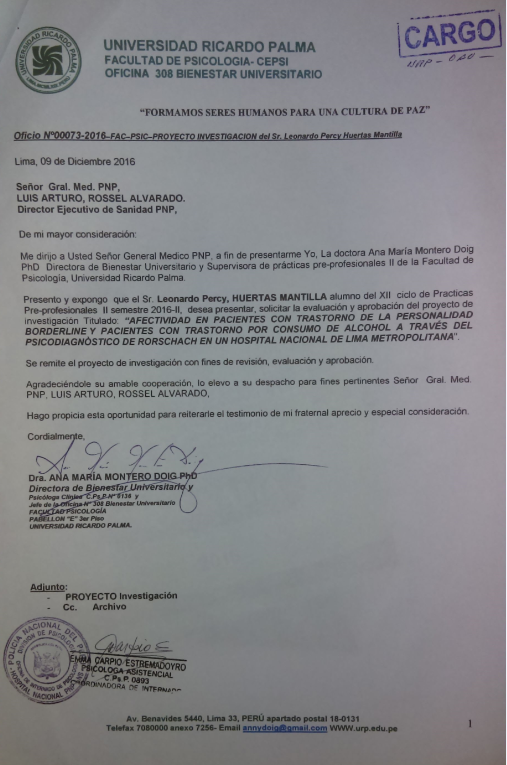
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de la asesora

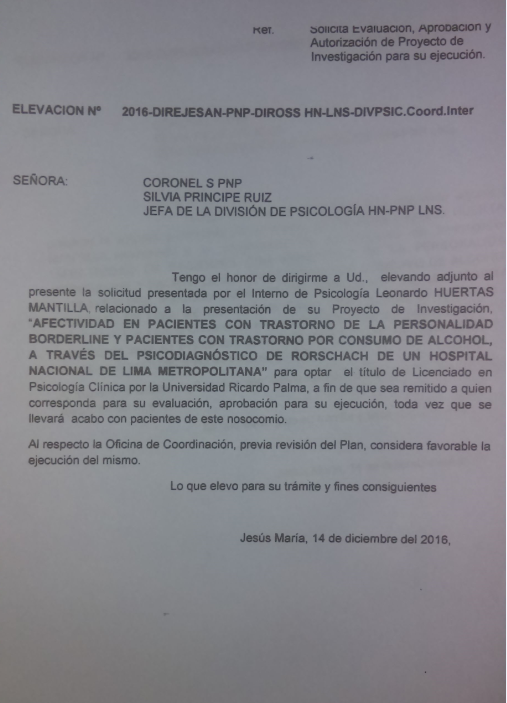
**Anexo 4**

****

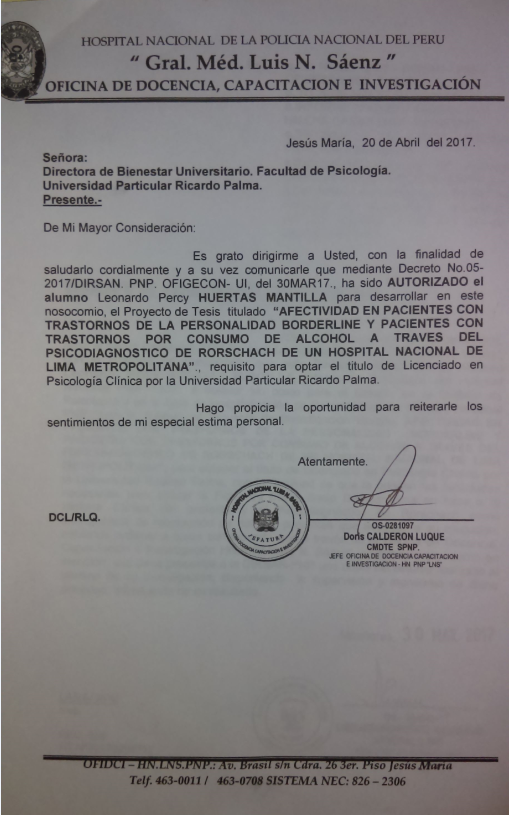
**Anexo 5**



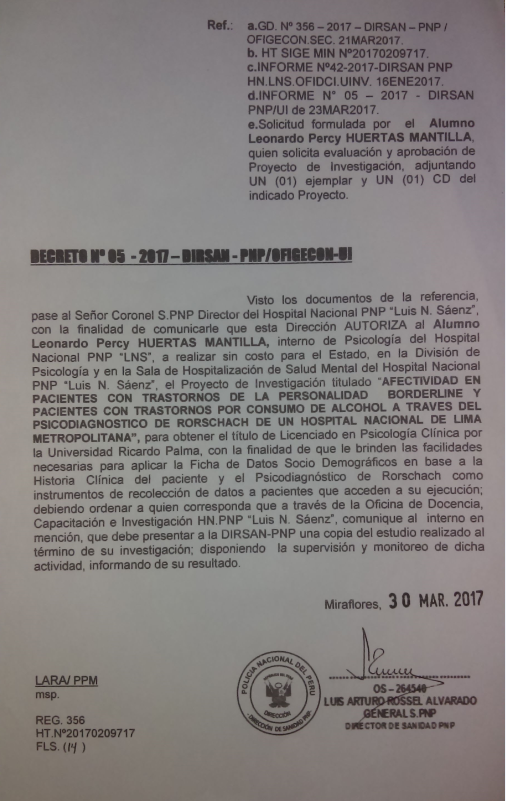
**Anexo 6**

****

**Anexo 7**

****

**Anexo 8**

****