
Funcionamiento Psicosocial y Rasgos de Personalidad en Hijos/as de Madres que Viven con el Trastorno de Personalidad Limítrofe

Karelys Osorio Mulero¹ y Domingo Marqués Reyes
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de Ponce

Resumen

Las personas que viven con el Trastorno de Personalidad Limítrofe (TPL) tienen una alta incidencia de suicidio, hospitalizaciones y utilización de tratamientos, presentando un enorme problema de salud mental pública y añadiendo considerable sufrimiento a sus familiares. Varias investigaciones sugieren que hijos/as de madres con TPL están en mayor riesgo de tener problemas emocionales, conductuales y sociales. El propósito del presente estudio fue evaluar la capacidad que tienen los hijos/as de madres con TPL para manejar de manera adecuada las exigencias que les genera el ambiente y las relaciones interpersonales, comparado con hijos/as de madres sin TPL. Los participantes fueron 14 madres o custodios y 14 hijos/as los cuales se dividieron en grupo control y grupo experimental. Se administraron pruebas de auto-informe y una entrevista de apego para analizar el funcionamiento de hijos/as. Los resultados sugieren que hijos/as de madres con TPL presentan un menor funcionamiento escolar, mayores problemas de atención, mayores problemas sociales y mayores problemas de pensamientos cuando se comparan con los hijos/as de madres sin TPL. Por otro lado, las madres con TPL utilizan mayores prácticas inadecuadas y manejo firme dentro de las destrezas de disciplina e identifican mayores comportamientos mal adaptativos en sus hijos cuando se compara con las madres sin TPL. Hasta este momento no existían investigaciones en PR sobre el impacto del TPL en las familias puertorriqueñas por lo que los resultados de esta investigación contribuyen grandemente al conocimiento sobre el TPL y sus familiares.

Palabras Claves: Hijos, Madres, Trastorno de Personalidad Limítrofe, Funcionamiento Psicosocial, Funcionamiento Adaptativo, Familias

Abstract

People living with Borderline Personality Disorder (BPD) have a high incidence of suicide, hospitalizations and use of outpatient services, presenting a huge public mental health problem and adding considerable suffering to their families. Several studies suggest that children of mothers with BPD are at risk for having emotional, behavioral and social difficulties. The purpose of this study was to evaluate the ability of children of mothers with BPD to properly handle the demands that generates the environment and interpersonal relationships compared to children of mothers without BPD. Participants were 14 mothers or guardians and 14 children who were divided into control and experimental group. We administered self-report and an attachment interview to analyze the functioning of children. The results suggests that children of mothers with BPD have lower school performance and greater attention, social and thought problems when compared to children of mothers without BPD. On the other hand, mothers with BPD report the use of inadequate skills in discipline and identify major maladaptive behaviors in their children when compared with mothers without BPD. We found no research related to the impact of BPD in Puerto Rican families so the results of this study greatly contribute to knowledge about BPD and their families.

Keyword: Children, Mothers, Borderline Personality Disorder, Psychosocial Functioning, Adaptive Behavior, families.

¹ Toda comunicación relacionada a este artículo debe dirigirse a la autora principal al siguiente correo electrónico: karelys6@hotmail.com.

La salud mental en niños y adolescentes está definida por la ejecución del desarrollo cognitivo, social y emocional esperado, los hitos y relaciones seguras, la satisfacción de las relaciones sociales y las habilidades de afrontamiento eficaces. Según la Academia Americana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes (2008) las enfermedades mentales en los padres representan un riesgo en el niño y la familia. Estos niños tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales en comparación con otros niños. Cuando ambos padres viven con un trastorno mental, hay mayor oportunidad para que el niño desarrolle un trastorno mental.

Durante las pasadas décadas ha surgido interés en estudiar los Trastornos de Personalidad (TP) a nivel global. Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH) (2007) la prevalencia de cualquier trastorno mental es de un 9.1% en la población estadounidense. Se estima de que un 6-10% de los individuos en la comunidad tiene un TP (Samuels, 2011).

Dentro de los trastornos de personalidad se incluye el Trastorno de Personalidad Límite (TLP) el cual es uno de los más complejos y difíciles de tratar (Fruzzetti, Shenk, & Hoffman, 2005). Estos autores señalan que personas con TPL tienen una alta incidencia de suicidio, hospitalizaciones y utilización de tratamientos presentando un enorme problema de salud mental pública en adición al considerable sufrimiento que las personas con TPL y sus seres queridos padecen. La prevalencia de este trastorno es de 2 % en la población general (American Psychiatric Asociación, 2000) aunque un estudio realizado por Grant, et al. (2008) sugiere que podría ser de hasta un 5.9%. El TPL es una enfermedad mental seria marcada por inestabilidad en el estado de ánimo, comportamiento y relaciones interpersonales. La mayoría de las personas que tienen TPL sufren de: problemas para regular pensamientos y emociones, comportamiento impulsivo y de alto riesgo e inestabilidad al relacionarse con otras personas (National Institute of Mental Health, 2006). También, se

ha encontrado que presentar rasgos de TPL predice consecuencias negativas en el funcionamiento académico (GPA), además de impactar las relaciones sociales y familiares y los roles como estudiantes, trabajadores, amigos y otros roles significativos (Bagge, Ncikell, Stepp, Durrett, Jackson, & Trull, 2004). Investigadores han concluido que hijos de madres con TPL están expuestos a una combinación de factores de riesgo y están en mayor riesgo de tener problemas emocionales, de conducta y somáticos (Barnow, Freyberg, Grabe, Kessler, & Spitzer, 2006).

A través de la literatura varios autores señalan que es complicado entender las interacciones entre madre e hijo en el contexto de TPL por el hecho de que este desorden es comúnmente comórbido con otros trastornos del Eje I y otros trastornos de personalidad. Han sugerido que para poder establecer alguna relación, habría que realizar estudios con grupos comparativos. Sin embargo, aunque no se puede establecer causa y efecto de que la sintomatología que presentan los hijos de las madres con TPL es propiamente por el TPL, si se puede constatar que cuando se comparan con hijos de madres que no tienen esta condición o ninguna otra, el funcionamiento de los hijos/as de madres con TPL es mucho menor al de los demás grupos (Fruzzetti, 2012; White, Flanagan, Martin, & Silverman, 2011).

Se han identificado varias características que poseen los hijos/as de madres con TPL. Algunas de estas características en infantes son: ser menos atentos y menos interesados en las interacciones con su madre (Newman, et al., 2007), mirada aturdida, mirada apática y menos respuestas hacia la madre (Crandell, 2003). En niños y adolescentes se encontró: miedo al abandono, dificultad para mantener relaciones estables y significativas, vergüenza e incongruencia del yo (Macfie & Swann, 2009), problemas internalizantes y externalizantes, síntomas de TPL durante la niñez, Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), comportamientos disruptivos (Feldman, et al., 1995), vulnerabilidad cognitiva e interpersonal, estilo de atribución

negativo, estilo de respuesta extremadamente reflexivo, búsqueda excesiva de tranquilidad (Abela, et al., 1995), delincuencia, agresión, ansiedad, baja autoestima (Barnow, et al., 2006) y sintomatología depresiva (Abela, et al., 1995; Barnow, et al., 2006).

Se han desarrollado diferentes modelos para explicar la etiología del TPL así como el diagnóstico y tratamiento para el mismo. La Dra. Marsha Linehan ha sido una de las mayores contribuyentes en el entendimiento del TPL. La misma desarrolló un modelo transaccional para entender y tratar este trastorno. Para esta investigación utilizaremos el modelo biosocial del desarrollo de personalidad limítrofe el cual enfatiza en (a) el papel del temperamento en el niño/a, incluyendo los posibles roles de la genética y el desarrollo biológico temprano; (b) el rol de la crianza de los hijos y la respuestas de otros familiares o cuidadores hacia el niño así como el conjunto de cualidades del ambiente familiar; (c) el intercambio entre la persona y el ambiente a través del tiempo; (d) el resultado continuo de las disposiciones del individuo y el rango del comportamiento desde la salud hasta el trastorno y (e) el contexto moderno del análisis del comportamiento, incluyendo condicionamiento clásico y operante, claves del comportamiento (incluyendo cognición, biología, emoción, temperamento y estilos de apego junto con la conducta manifiesta) (Fruzzetti, et al., 2005).

En este modelo Linehan (2003) considera la desregulación emocional como el elemento central y la principal dificultad en el TPL. La desregulación emocional es un estado negativo o una activación emocional intensa que es suficientemente marcada el cual interrumpe el automanejo de las cogniciones y el comportamiento. La desregulación emocional en general tiene los siguientes factores: vulnerabilidad a las emociones negativas, específicamente una gran intensidad, gran reactividad y difícil vuelta al estado normal o base; deficiencia en destrezas emocionales que permiten que la persona actúe efectivamente y dificultad para expresar

emociones, deseos, pensamientos y metas (Linehan, 1993). La hipótesis de la desregulación emocional se desarrolla como resultado de las interacciones entre la persona con la vulnerabilidad emocional y padres, compañeros y otros que responden de una manera invalidante. Iverson, Follete, Pistorello, y Fruzzetti (2012) encontraron que la desregulación emocional y la experiencia de evitación estaban significativamente asociadas con la severidad de los síntomas de TPL en los individuos después de considerar la depresión. Bajo este modelo vamos a enmarcar a las madres con TPL y sus hijos/as.

Por otro lado, existe un debate sobre las características de TPL en los niños/as y adolescentes. Autores como Waylen y Wolke (2004) y Zanarini, Horwood, Wolke, Waylen, Fitzmaurice y Grant (2011), sugirieron que los rasgos de TPL que encontraron en los niños/as y adolescentes que participaron en sus investigaciones tales como; coraje intenso e inapropiado, labilidad afectiva e impulsividad en general, pudieran estar asociados a la pubertad y al comienzo de la etapa de la adolescencia y no estaban específicamente asociados al TPL. Sin embargo, se observaron resultados diferentes en otra investigación realizada por Michonski, Sharp, Steinberg y Zanarini (2013) que pretendía conocer si niños/as de 11-12 años cumplían con los criterios de TPL según el DSM IV TR. Para esto utilizaron la Entrevista para niños/as para el Trastorno de Personalidad Limítrofe del DSM-IV. Los autores encontraron que los nueve (9) criterios que desglosa el DSM IV-TR, discriminaba para niños y niñas. Esto es consistente con la creciente tendencia de ver los diagnósticos psiquiátricos, especialmente los Trastornos de Personalidad (TP) como un fenómeno distribuido de forma continua, en lugar de una categoría discreta. Esto nos sugiere que los rasgos de personalidad limítrofe sí pueden estar presentes en esta población.

El objetivo de este estudio es evaluar una muestra de niños y jóvenes puertorriqueños cuyas madres viven con TPL. El estudio pretende identificar trastornos del estado de

ánimo, trastornos de conducta y rasgos de personalidad en una muestra de hijos/as de madres diagnosticadas con TPL. Además, el estudio intenta identificar factores de riesgo y variables sociodemográficas que pudieran impactar su funcionamiento. Por otro lado, se evaluarán las destrezas de disciplina de las madres y se compararán con madres sin el diagnóstico para ver como el TPL pudiera impactar en la disciplina en el hogar.

Método

Procedimiento

Se obtuvo permiso de la Junta de Revisión Institucional (IRB) de la Escuela de Medicina de Ponce y Ciencias de la Salud (EMPCS), para utilizar sujetos con motivo de investigación (Protocol No. 120305-DM). Se utilizaron dos clínicas ambulatorias en PR que ofrecen la Terapia Dialéctica Conductual para conseguir a los participantes del grupo control. Dado a la severidad del TPL, los directores de las clínicas hicieron el acercamiento inicial con los participantes e identificaron posibles candidatos. Luego de aprobado por los directores, la investigadora principal procedió a solicitar participación voluntaria a madres que hayan sido diagnosticadas previamente con TPL. Se le solicitó autorización para divulgación de información de sus terapeutas para confirmar dicho diagnóstico. Una vez confirmado el diagnóstico se procedió a completar dos hojas de consentimiento de participación: para la madre y el hijo/a. Por otro lado, participantes del grupo control, se lograron a través de muestreo por cuota. Se colocaron volantas solicitando participación voluntaria en los tableros de anuncios de la EMPCS. El criterio de exclusión para estos menores era no tener trastornos mentales previamente diagnosticados. Hubo un participante que luego de haber sido entrevistado, indicó tener historial de salud mental por lo que no se utilizaron los resultados del mismo para los análisis del estudio.

Las madres o cuidadoras y sus hijos/as fueron entrevistados y debían contestar varios instrumentos los cuales se describirán más adelante. Cada entrevista tenía una duración aproximada de una hora.

Participantes

Los participantes fueron niños/as y jóvenes puertorriqueños/as entre las edades de 7-16 años y sus madres o cuidadoras. La muestra estuvo constituida por siete (7) hijos/as de madres que tienen TPL (grupo experimental) y siete (7) hijos/as de madres que no tienen TPL (grupo control). El 57% de los hijos/as era masculino y el 43% femenino. La edad promedio de las madres o cuidadoras fue de 38 y la de los hijos/as fue de 11. Por otro lado, dentro del grupo experimental, dos (2) de los hijos/as residían con su madre biológica, tres (3) residían con su madre adoptiva pero que tiene TPL y los últimos dos (2) residían con su abuela materna ya que la custodia había sido otorgada a ésta, por el tribunal de Puerto Rico. El 100% de la muestra del grupo control, residía con su madre.

El 57.1% de las madres con TPL reportaron ser solteras y tener un nivel educativo de Bachillerato (71.4%). El 20% de las madres de este grupo estaban empleadas a tiempo completo y el 87.7% tenía un ingreso anual menor a \$10,000. El nivel de desempleo era de un 28.6%.

Por otro lado, cuando examinamos a las madres sin TPL encontramos que el 42.9% de ellas reportaron estar casadas o conviviendo y tener un nivel educativo en estudios graduados. El 83% estaba empleada a tiempo completo y el 66.7% recibía un ingreso anual de \$11,000 a \$20,000. El nivel de desempleo era menor (14.3%) que el grupo contrario.

Instrumentos

Se utilizaron varios instrumentos para explorar el funcionamiento de los niños/as y sus madres. La Hoja de Información Sociodemográfica (HIS), el Inventario de

Prácticas de Crianza (IPC), la Lista de Cotejo de Comportamiento para Niños/as (CBCL), la Entrevista de Apego para Niños/as (CAI), el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) y la Escala de Funcionamiento Adaptativo de Vineland-II (Vineland).

Se administró un Instrumento Sociodemográfico el cual pretendía recoger información descriptiva sobre los participantes (edad, género, ingreso, nivel educativo, etc). Las madres completaron el IPC desarrollado con el propósito de identificar las estrategias disciplinarias utilizadas por los padres para manejar la conducta de sus hijos/as (IPC; Bauermeister, Salas & Reina, 1995). Esta prueba está agrupada en cuatro factores que incluyen: Supervisión/Seguimiento, Atención Positiva, Prácticas Inadecuadas y Manejo Firme. El IPC consta de 37 reactivos y el formato de respuesta es en escala Likert y se contesta del 0 al 3. Las respuestas pueden ser “nunca o casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” o “muy frecuentemente”. Puntuaciones elevadas en los factores indican mayor posibilidad de que ese factor esté presente en las estrategias disciplinarias utilizadas por el cuidador. El IPC tiene una confiabilidad alpha de .96.

El CDI es un instrumento de auto-informe que pretende medir sintomatología depresiva en niños/as y jóvenes entre edades de 7-17 años (CDI; Kovacs & Beck, 1977). La versión original en inglés de este instrumento fue desarrollada basada en el Inventario de Depresión de Beck. El mismo fue adaptado para la población hispana por Rosselló, et al. Consta de 27 reactivos los cuales tienen 3 respuestas y el menor debe seleccionar la respuesta que mejor describa sus sentimientos en las pasadas dos semanas. Se compone de 5 subescalas: anhedonia, baja autoestima, ineffectividad, problemas interpersonales y ánimo negativo. En un estudio realizado por Rivera et al. (2005) con una muestra puertorriqueña indica que el punto de corte para identificar sintomatología depresiva en nuestra población debería ser de 20 puntos. Además,

explican que el CDI tiene un coeficiente de confiabilidad alpha de 0.82.

El CBCL es utilizado para evaluar problemas conductuales y emocionales en niños/as y adolescentes de 6 a 18 años (CBCL; Achenbach, 1991). Consiste de ocho síndromes conductuales o emocionales: Aislamiento, Quejas Somáticas, Ansiedad-Depresión, Problemas Sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Conducta Delincuente y Conducta Agresiva. El instrumento debe ser contestado por un padre u otro individuo que conozca al niño/a. El CBCL consta de 113 reactivos y tiene un formato de respuesta en escala Likert que va de 0 a 2. Para valorarlo se sumaran las puntuaciones otorgadas a los reactivos en cada síndrome, para una puntuación total de síndrome. Se hacen transformaciones de puntuaciones crudas a puntuaciones T. El punto de corte es una T de 70 por lo que puntuaciones extremadamente desviadas implicaran problemas conductuales y/o emocionales en la persona evaluada. El inventario fue traducido y adaptado al español para la población mexicana y cuenta con una confiabilidad alpha de 0.97.

Por último, la Vineland II es una escala que refleja la competencia de una persona para satisfacer necesidades independientemente y demandas sociales de su ambiente de acuerdo a la edad del participante (Vineland II; Sparrow, Cichetti & Balla, 2005). La misma puede ser utilizada desde el nacimiento hasta los 90 años de edad y cuenta con normas para la población norteamericana. Contiene 383 reactivos que comprenden el Compuesto de Conducta Adaptativa y 50 reactivos que comprenden el Índice de Conducta Mal-adaptativa. Se administra en formato de entrevista semi-estructurada y puede tomar de 20 a 60 minutos completarla. Esta escala es completada por las madres o cuidadoras de los niños/as. Los coeficientes de confiabilidad interna fluctúan entre .80 y .90 entre sub dominios, dominios y compuestos. Además, los coeficientes de confiabilidad a través de la prueba – re prueba fluctúan entre .86 y .92. También, cuenta con validez de contenido y validez concurrente

(Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families, 2011).

El CAI es una entrevista semi-estructurada donde se le pide a los niños/as y jóvenes que describan sus relaciones con los cuidadores primarios (CAI; Target, 2008). Esta entrevista consta de 15 preguntas abiertas donde se pretende que los menores expresen acerca de su composición familiar, la auto representación de ellos mismos, la representación de sus cuidadores primarios, tiempos de conflicto, angustia, dolor, separación y pérdida. Se utilizó de manera cualitativa para conocer las dinámicas familiares desde la perspectiva del menor. Queríamos conocer cuál era la percepción de los hijos/as acerca de la relación que tienen con sus madres. Ya que no se encontró una traducción al español de esta entrevista, se utilizó el método de traducción literal y validez de contenido. La entrevista fue examinada por tres jueces con el propósito de poder ser utilizada para la población puertorriqueña.

Análisis de Datos

Se utilizaron medidas de tendencia central y de variabilidad. Además, se llevó a cabo análisis de varianza a través de la prueba de dos colas la cual pretende buscar la dirección específica de la hipótesis alterna. También, se llevó a cabo análisis sobre el tamaño del efecto de la muestra en los resultados a través de la prueba de Cohen's.

Resultados

Funcionamiento Escolar e Historial de Salud Mental en los Hijos/as

Las madres de ambos grupos describieron que la relación entre los maestros, los compañeros y sus hijos/as fluctuaba entre excelente y buena. En cuanto a historial de salud mental el 100% de los participantes del grupo control (GC) no tenía historial ya que era uno de los criterios de exclusión de nuestra investigación. El 42.9 % del grupo

experimental (GE) reportó haber recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico en algún momento en sus vidas y un solo participante indicó que el tratamiento tuvo una duración de cuatro años. De los participantes que tenían historial de salud mental, las condiciones por las cuales recibieron ayuda lo son TDAH (28.6%), TDA (14.3%) y Autismo (14.3%). Además, una de las madres con TPL describió que una de sus hijas tenía comportamientos asociados a Tricotilomanía.

Tabla 1

Hoja de Información Sociodemográfica

(Relación con Maestros y Compañeros)

Variables	TPL		No TPL	
	Maestros % (f)	Compañeros % (f)	Maestros % (f)	Compañeros % (f)
Excelente	42.9 (3)	28.6 (2)	42.9 (3)	28.6 (2)
Buena	42.9 (3)	57.1 (4)	57.1 (4)	71.4 (5)
Regular	14.3 (1)	14.3 (1)	0	0

Nota: % = por ciento de participantes; f = frecuencia de participantes; n = 7 participantes por grupo.

Sintomatología depresiva

Cuando analizamos el nivel de sintomatología depresiva a través del CDI, observamos que ninguno de los grupos presentaba la misma. En promedio el GC obtuvo nueve puntos mientras que el GE obtuvo 13 puntos en la puntuación total del CDI, siendo 20 el punto de corte en Puerto Rico. La prueba de muestras independientes t mostró que la diferencia en el índice de

Tabla 2

Cuestionario de Depresión Infantil

Variabes		<i>z</i>	Desv. Std.	Sig. (2-tailed)	Cohen's d
CDI Total	No TPL	9.57	4.117	0.193	0.74
	TPL	12.86	4.776		
Animo Negativo	No TPL	3.29	1.604	0.394	0.47
	TPL	4	1.414		
Prob. Interpersonales	No TPL	1	1.155	0.623	0.27
	TPL	1.29	0.951		
Inefectividad	No TPL	1	1.528	0.15	0.82
	TPL	2.29	1.604		
Anhedonia	No TPL	3.86	2.34	0.619	0.27
	TPL	4.43	1.813		
Autoestima Negativa	No TPL	0.43	0.535	0.481	0.39
	TPL	0.86	1.464		

Nota. N= 7; En Sig. (2-tailed)= prueba de muestras independientes y es significativo < 0.05. Cohen's d = tamaño del efecto, donde un d > de .80 es un tamaño grande.

depresión total del GC (n=7, M=9.57, DS=4.12) y el GE (n=7, M=12.86, DS= 4.78) no fue estadísticamente significativa $t(12) = -1.37, p=0.193, d=0.74$.

Prácticas de crianza

Las prácticas de crianza que reportaron con mayor frecuencia fueron supervisión/seguimiento (82.6% vs. 82.4%) y atención positiva (62.4% vs. 70%) en ambos grupos. También, la sub escala de prácticas inadecuadas presentó clínicamente diferencias entre los grupos (28% vs. 16%). Sin embargo, la prueba de muestras independientes t mostró que la diferencia en los factores de esta escala no fue estadísticamente significativa ($t = -1.63, p=0.129, d=0.87$).

Tabla 3
Inventario de Prácticas de Crianza

Variables		X	Desv. Std.	Sig. (2-tailed)	Cohen's d
Supervisión/Seguimiento	No TPL	17.43	2.44	1	0
	TPL	17.43	2.936		
Atención Positiva	No TPL	25.29	7.697	0.393	0.47
	TPL	22.43	3.69		
Prácticas Inadecuadas	No TPL	6.29	3.904	0.129	0.87
	TPL	10.86	6.309		
Manejo Firme	No TPL	10.71	2.984	0.535	0.35
	TPL	12.14	5.113		

Nota. N= 7; En Sig. (2-tailed)= prueba de muestras independientes y es significativo < 0.05. Cohen's d = tamaño del efecto, donde un d> de .80 es un tamaño grande.

Comportamiento de los hijos/as

Cuando evaluamos los comportamientos que las madres y/o cuidadoras reportaron como problemáticos encontramos que no hubo puntuaciones clínicamente significativas para ambos grupos. Sin embargo los hijos/as de madres con TPL obtuvieron puntuaciones más elevadas en todos los síndromes comparado con los hijos de madres sin TPL. La prueba de muestras independientes t mostró que la diferencia en problemas sociales entre el GC

(n=7, M=1.14, DS=1.46) y el GE (n=7, M=3.86, DS=2.26) fue estadísticamente significativa $t(12)=2.66, p=0.021, d=1.42$. Lo mismo ocurrió con problemas de pensamiento $t(12) = 2.35, p=0.037, d=1.26$ y problemas de atención $t(12)= 2.35, p=0.002, d=2.08$.

Tabla 4
Lista de Cotejo de Comportamiento de Niños (CBCL)

Variables		X	Desv. Std.	Sig. (2-tailed)	Cohen's d
Aislamiento	No TPL	3.71	3.402	.139	0.84
	TPL	1.43	1.718		
Quejas Somáticas	No TPL	1.00	1.528	.246	0.65
	TPL	2.14	1.952		
Ansioso/Depresivo	No TPL	3.86	4.451	.167	0.78
	TPL	1.29	1.254		
Problemas Sociales	No TPL	3.86	2.268	.021	1.42
	TPL	1.14	1.464		
Problemas de Pensamientos	No TPL	1.43	1.397	.037	1.26
	TPL	.14	.378		
Problemas de Atención	No TPL	7.29	4.231	.002	2.08
	TPL	.86	1.069		
Conducta Delincuente	No TPL	2.71	3.200	.474	0.39
	TPL	1.71	1.604		
Conducta Agresiva	No TPL	10.57	7.345	.167	0.78
	TPL	5.57	5.192		

Nota. N= 7; En Sig. (2-tailed)= prueba de muestras independientes y es significativo < 0.05. Cohen's d = tamaño del efecto, donde un d> de .80 es un tamaño grande.

Funcionamiento adaptativo

En cuanto a las capacidades que tienen los hijos para satisfacer las exigencias del ambiente de manera independiente y las destrezas sociales, las madres con TPL reportaron que sus hijos tenían mejores destrezas adaptativas adecuadas que los hijos de madres sin TPL (100% vs. 57.1%). También, las madres con TPL indicaron que sus hijos tenían mayores conductas mal-adaptativas comparado con los hijos/as de madres sin TPL (28.6% vs 0%). En términos de frecuencia existen diferencias reportadas entre las conductas internalizantes (57.1% vs. 0%) y externalizantes (57.2% y 0%). Las diferencias en conductas internalizantes según la prueba de muestras independientes t entre el GC (n=7, M=.71, DS=.75) y el GE (n=7, M=2.14, DS=2.67) no fue estadísticamente significativa $t(12)= 1.36, p=1.99, d=-0.73$. Sin embargo, la

misma prueba mostró que la diferencia en conductas externalizantes entre el GC (n=7, M=1.14, DS= 1.07) y el GE (n=7, M=7.14, DS=3.48) fue estadísticamente significativa $t(12)=2.90, p=0.013, d=1.55$. Lo mismo ocurrió con el Índice de Comportamiento Mal-adaptativo $t(12)=3.06, p=0.010, d=1.63$.

Tabla 5
Escala de Funcionamiento Adaptativo Vineland II
(Índices)

Variabes		X	Desv. Std.	Sig. (2-tailed)	Cohen's d
Índice de Comportamiento Adaptativo	No TPL	528.7143	42.30333	.386	0.48
	TPL	548.4286	39.72764		
Índice de Comportamiento Mal-Adaptativo	No TPL	12.8571	7.75518	.010	1.63
	TPL	3.5714	2.07020		
Conducta Internalizante	No TPL	2.1429	2.67261	.199	0.72
	TPL	.7143	.75593		
Conducta Externalizante	No TPL	5.1429	3.48466	.013	1.55
	TPL	1.1429	1.06904		

Nota. N= 7; En Sig. (2-tailed)= prueba de muestras independientes y es significativo < 0.05.

Cohen's d = tamaño del efecto, donde un d> .80 es un tamaño grande.

Relación con las madres

Por último, se escogieron tres preguntas que eran parte del CAI que representan la relación entre los hijos/as y su madre.

1) Háblame de la relación con tu mamá, ¿cómo es estar con tu mamá? Una hija cuya madre tiene TPL respondió: «A veces mami es buena, pero a veces siempre tiene actitudes malas. Si a ella le pasa algo la coge con uno y eso... no ves que ella padece de los nervios... se pone nerviosa rápido» Un hijo de una madre sin TPL respondió: «Tengo mucha confianza en ella, que aunque sea malo le digo las cosas porque siempre es mejor así y nos llevamos súper bien. Que comparto siempre con ella...». Con esta pregunta pudimos observar el aspecto de confianza dentro de la relación entre madre e hijos/as. Se pudo percibir que la relación entre madres con TPL y sus hijos/as varía dependiendo del estado de ánimo de la madre comparado con los hijos/as del otro grupo.

2) ¿Qué pasa cuando tu mamá se molesta contigo o te regaña? Hijos de madres con TPL responden: «Me quita todos los juegos y no puedo jugar. No pasa nada más y no hay emociones» «Me grita bien duro... ella no me da pero... más na'» «Me regaña, me castiga, me mete con la correa...» «Me regaña o me castiga en el cuarto o me dice que no lo vuelva a hacer» Hijos de madres sin TPL responden: «Me castiga a veces y otras veces me quita privilegios» «A veces como que se altera mucho» En términos de disciplina, se puede observar que aunque ambos grupos de madres varían en cuanto a frecuencia de métodos disciplinarios, los métodos más severos fueron reportados por los hijos/as de madres con TPL. Por otro lado, los hijos/as de madres sin TPL utilizan el concepto de “a veces” lo que puede sugerir baja frecuencia en los métodos utilizados por sus madres, según reportado por los hijos/as.

3) Por último, se les preguntó acerca de otros familiares. Hijos de madres con TPL respondieron: «Mi abuela es la que siempre está ahí conmigo y si hago algo mal me regaña pero lo hace bien... mami también pero mami es peor» «Cuando me enfermo mi abuela y mi tía me llevan al hospital... me compran medicinas o lo que necesite» Hijos de madres sin TPL respondieron: «Mi papá es bueno conmigo... es brutal» «Normal... peleas... están juntos... se comparte... y esas cosas así». Hijos/as de madres con TPL identifican a otros familiares como los encargados de ellos/as y mencionan que la relación con otros familiares es mejor que con sus madres. Sin embargo, los hijos/as de madres sin TPL mencionan a los otros familiares (padres y abuelos) como una relación “normal” haciendo referencia a la calidad de la relación y no a la responsabilidad de la misma.

Discusión

Las dificultades que presentan las madres con TPL tales como crisis emocionales, hospitalizaciones y tratamientos ambulatorios pudieran impedirle permanecer en los empleos,

obtener mayores ingresos y alcanzar mayor escolaridad. Por otro lado, sólo el 28.6% de los hijos/as de madres con TPL tenían un funcionamiento escolar excelente, según reportado por sus madres. Además, las relaciones con maestros y compañeros eran mejor en hijos/as con madres sin TPL. El funcionamiento escolar puede deteriorarse por las dificultades en las funciones ejecutivas y/o deficiencias cognitivas. Esto es consistente con un estudio realizado por Judd quien encontró que puntuaciones de inteligencia en pacientes con TPL fluctúan entre promedio o por debajo del promedio en pruebas cognitivas (Judd, 2012). El funcionamiento escolar también pudiera deteriorarse por las dificultades en el hogar y la falta de refuerzo que promueva hábitos de estudio saludables.

Hubo diferencias significativas entre grupos en problemas de atención. Esto puede explicar el patrón que se observa desde la niñez en personas que tienen TPL. El TDAH es otro de los trastornos del Eje I más comórbidos con el TPL. En un estudio encontraron que el 38.1% de la muestra tenían TPL y TDAH (Revueña, Weiner, & Factor, 2010). Otro estudio sugiere que la prevalencia es de 41% - 60% (Ferrer, Andión, Matalí, Valero, Navarro, Ramos-Quiroga, ... Casasa, 2010; Fossati, Novella, Donati, Donini, & Maffei, 2002).

Por otro lado, no se encontraron diferencias clínicamente significativas entre grupos en términos de sintomatología depresiva y/o ansiosa. Sin embargo, hijos/as de madres con TPL obtuvieron puntuaciones mayores. En el caso de los menores en nuestro estudio, las pequeñas elevaciones en esta prueba estuvieron asociadas a deficiencias académicas y percepción de ellos mismo cuando se comparan con los demás. En un estudio encontraron que niños de 6 – 14 años de edad con madres que tenían trastornos comórbidos de DM y TPL, mostraron altos niveles de sintomatología depresiva y estaban 6.8 veces más en riesgo de tener al menos un episodio de DM (Abella, et al., 1995). En otro estudio encontraron que un grupo de adolescentes hijo/as de madres con TPL reportaron mayor ansiedad, depresión y

baja autoestima que adolescentes con madres con DM, otros trastornos de personalidad y grupos saludables (Barnow, et al., 2006).

También, encontramos diferencias significativas entre grupos relacionados a problemas de pensamientos según reportado en el CBCL como por ejemplo: “no puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, se queda mirando al vacío, tiene ideas raras, etc.” y problemas sociales tales como: “actúa como si fuera menor de lo que es, dependiente o apegado, no se lleva bien con otros niños, los otros lo relajan a menudo”. Abela y colegas (1995) encontraron que hijos de madres con TPL presentaban vulnerabilidad cognitiva e interpersonal: anticipación negativa, estilo de respuesta extremadamente reflexivo, baja autoestima y autocrítica.

En cuanto a los estilos de disciplina utilizados por las madres, el 28% de las madres con TPL utilizan prácticas inadecuadas de disciplina. Pudiera ser por la dificultad que tienen para manejar sus emociones así como para poder lidiar con las exigencias de los hijos/as. Estos resultados fueron consistentes con las experiencias reportadas por los hijos/as a través de la entrevista CAI. Madres con TPL tienden a ser menos sensibles y demuestran menos estructura en la interacción con sus hijos (Newman et al., 2007).

El 100% de los hijos/as de madres con TPL tuvo funcionamiento adaptativo promedio en comparación con el 57.1% del otro grupo. Hijos/as de madres con TPL pudieran compensar adaptativamente las dificultades de las madres. El 28.6% de los hijos/as de madres con TPL presentan comportamientos mal-adaptativos. Si existe una vulnerabilidad emocional en la madre, la interpretación de los eventos de la conducta de sus hijos/as pudiera parecer mayor. Los niños con dificultades emocionales las expresan a través de su conducta. Niños y adolescentes escolares que tienen madres diagnosticadas con TPL están en riesgo de tener problemas internalizantes y externalizantes. Varios autores apoyan la idea de que tanto el comportamiento de los niños como el comportamiento de los padres

impactan la interacción entre ambos (Lang, Pelham, Atkeson, & Murphy, 1999; Lytton, 1990; Bell & Chapman, 1986; Stepp, et al., 2011; Wymbs, 2011).

De manera cualitativa algunos de los hijos/as de madres con TPL se expresan de manera menos favorable hacia su madre comparado con los hijos/as de las madres sin TPL. Esto es consistente con un estudio realizado por Mcfie y Swan (2009) donde encontraron que hijos de madres con TPL tienen mayores expectativas negativas en la relación con ambos padres comparado con hijos de padres sin TPL. También, nuestros niños podían identificar a otro cuidador adicional a sus padres como su fuente de apoyo. En Puerto Rico existe el fenómeno del familismo, donde la familia extendida también siente la obligación de apoyar y mantener las creencias familiares (Sabogal, Marín, Otero-Sabogal, Marín, & Pérez-Stable, 1987). Por esta razón, los hijos/as tienden a buscar algún familiar para que les ofrezca el apoyo que ellos necesitan.

Nuestra investigación al igual que la revisión de literatura identificó las siguientes características en los/as hijos/as de madres con TPL: tener historial de tratamiento psicológico, prácticas de crianza inadecuadas en el hogar, problemas de conducta externalizante, problemas de atención, problemas sociales y ambiente invalidante percibido por los menores. Además, obtienen puntuaciones mayores para los problemas de estado de ánimo, que los hijos/as de madres sin TPL. Estas características son factores de riesgo para desarrollar alguna condición de salud mental. Además, pudieran llevar a los menores a desarrollar TPL en la adultez.

Se recomienda repetir el estudio con una muestra mayor debido a que el tamaño de la misma fue una limitación y no permite realizar generalizaciones. También se recomienda realizar otros estudios para explorar las variables de niños que viven con custodios comparado con niños que residen con sus madres biológicas, así como el efecto de la cultura puertorriqueña en el funcionamiento psicosocial comparado con niños de otras

culturas. Añadir un grupo comparativo de hijos/as de madres con Depresión Mayor solamente. Crear o implementar programas dirigidos a trabajar con los hijos/as de estas madres como lo es la TDC para niños (DBT-K- en inglés). En cuanto a las madres, se recomienda evaluarlas para auscultar la presencia de otros diagnósticos al momento de las entrevistas. Una vez las mismas estén recibiendo servicios en TDC o tratamiento convencional, sus hijos/as deben ser evaluados para auscultar necesidades y ofrecerle tratamiento adecuado para el manejo de emociones y mejorar su funcionamiento. También, deben recibir destrezas de disciplina asertiva como parte de su plan de tratamiento psicológico. Por último, explorar la percepción que tiene los niños de madres con TPL respecto al rol de la madre.

Referencias

- Abela, J.R., Hankin, B.L., Haigh, E.A., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*, 182-192.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2008). Children of parents with mental illness. *Facts for Families, 39*. Washington, DC: Author. Extraído de: http://www.aacap.org/App_Themes/AA_CAP/docs/facts_for_families/39_children_of_parents_with_mental_illness.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Bagge, C., Ncikell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(2), 279-288.

- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965-972.
- Bell, R.Q. & Chapman, M. (1986). Child effects in studies using experimental or brief longitudinal approaches to socialization. *Developmental Psychology*, 22, 595-603. doi:10.1037/0012-1649.22.5.595.
- Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011). *Review of the Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition (Vineland-II)*. Edmonton, Alberta:Canada.
- Crandell, L., Patrick, M., & Hubson, P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 239-247. doi:10.1192/03-74
- Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and non borderline personality disorders. *Comprehensive Psychology*, 26, 157-163.
- Ferrer, M., Andi3n, O., Matal3, J., Valero, S., Navarro, J.A., Ramos-Quiroga, J.A., Torrubia, R., & Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/ hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 812-822.
- Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donani, D., & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 369-377.
- Frederick, L., Coolidge, D.L., Stewart, S.R., & Ellett, J.A. (2000). Neuropsychological dysfunction in children with borderline personality disorder features: A preliminary investigation. *Journal in Research in Personality*, 34, 554-561. doi: 10.1006/jrpe.2000.2298.
- Fruzzetti, A. (2012). Risk factors affecting children of mothers with borderline personality disorder: Comment on Stepp, Whalen, Pilkonins, Hipwell, and Levine (2011). *Personality Disorder: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 92-94. doi:10.1037/a0026835
- Fruzzetti, A., Shenk, C., & Hoffman, P. (2005). Family Interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology* 17, 1007-1030.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 533-545.
- Hoagwood, K., Jensen, P. S., Petti, T., & Burns, B. J. (1996). Outcomes of mental health care for children and adolescents: I. A comprehensive conceptual model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1055-1063.
- Iverson, K.M., Follete, V.M., Pistorello, J., & Fruzzetti, A.E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(4), 415-422. doi:10.1037/a0023703
- Lang, A.R., Pelham, W.E., Atkeson, B.M., & Murphy, D.A. (1999). Effects of alcohol intoxication on parenting behavior interactions with child confederates

- exhibiting normal or deviant behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27; 177–189. doi: 10.1023/A:1021996122095.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lytton, H. (1990). Child and parent effects in boys' conduct disorder: A reinterpretation. *Developmental Psychology*, 26, 683–697. doi: 10.1037/0012-1649.26.5.683.
- Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representation of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 993-1011.
- Michonski, J.D., Sharp, C., Steinberg, L., & Zanarini, M.C. (2013). An Item Response Theory Analysis of the DSM-IV Borderline Personality Disorder Criteria in a Population-Based Sample of 11- to 12-Year-Old Children. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 15-22. doi: 10.1037/a0027948.
- National Institute of Mental Health (2006). Borderline personality disorder. Extraído el 24 de septiembre de 2011 de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/borderline-personalitydisorder/index.shtml>
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 598-605.
- Revuelta, G. J., Weiner, W.J., & Factor, S.A. (2010). Hyperkinetic movement disorders. In Weiner, W.J., Goetz, C.G, Shin, R.K., & Lewis, S.L. (6th ed.), *Neurologist for the nonneurologist* (pp. 241-281). Williams & Wilkins. Lippincott: New York.
- Sabogal, F., Marín, G., Otero-Sabogal, R., Vanoss, B., Pérez-Stable, E. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't? *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(4), 397-412. doi: 10.1177/07399863870094003
- Samuels, J., (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23; 223-233. doi: 10.3109/09540261.2011.588200
- Stobie, M., & Tromski- Klingshirn, D. (2009). Borderline personality disorder, divorce and family therapy: The need for family crisis intervention strategies. *The American Journal of Family Therapy*, 37; 414–432. doi: 10.1080/01926180902754760
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1997). *Mental Health: A report of the surgeon general*. Extraído el 30 de septiembre de 2011 de: <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter1/sec1.html> (1995). Mothers with severe mental illness caring children. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 33, 398-403.
- White, H., Flanagan, J., Martin, A., & Silverman, D. (2011). Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 223-235. doi:10.1080/02646838.2011
- Waylen, A., & Wolke, D. (2004). Sex 'n' drugs 'n' rock 'n' roll: The meaning and social consequences of pubertal timing. *European Journal of Endocrinology*, 151, 1-10.
- Zanarini, M.C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., Grant, B.F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two

community samples: 6,330 english 11-
years olds and 34,653 american adults.
Journal of Personality Disorders,
25(5), 607-619.