



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE MCLEAN PARA TLP (MSI BPD) EN ADULTOS JÓVENES LIMEÑOS

**Línea de investigación:
Evaluación psicológica y psicométrica**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora

Romero Alvarez, Flor Mariluz

Asesor

Livia Segovia, José Hector

ORCID: 0000-0003-2226-3349

Jurado

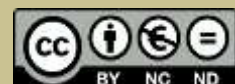
Valdez Sena, Lucia Emperatriz

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Lima - Perú

2026



PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE MCLEAN PARA TLP (MSI BPD) EN ADULTOS JÓVENES LIMEÑOS

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	1%
7	es.slideshare.net Fuente de Internet	1%
8	historico.cnsc.gov.co Fuente de Internet	<1%
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
10	Gabriel Fernando Oviedo Lugo, Francisco Javier Muñoz Molina. "Trastorno límite de la personalidad: actualización clínico-fenomenológica y terapéutica", Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2021	<1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE MCLEAN PARA TLP (MSI BPD) EN ADULTOS JÓVENES LIMEÑOS

Línea de investigación:

Evaluación Psicológica y Psicométrica

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología

Autora

Romero Alvarez, Flor Mariluz

Asesor

Livia Segovia, José Hector

ORCID: 0000-0003-2226-3349

Jurado

Valdez Sena, Lucia Emperatriz

Henostroza Mota, Carmela Reynalda

Hervias Guerra, Edmundo Magno

Lima- Perú

2026

Pensamientos

“Las emociones inexpresadas nunca mueren. Son enterradas vivas y salen más tarde de peores formas”.

Johann Hari

“El sufrimiento es humano; luchar contra él, opcional”.

Steven C. Hayes

Dedicatoria

A mis padres, Mario y Lorenza, por darme más de lo que tuvieron y guiarme a ser quien soy.

A mis abuelos, por su amor y cuidado.

A mis tías, por sus oraciones y alegría en mis logros.

Y a todos quienes formaron parte de este proceso, vivirán siempre en mi corazón.

Agradecimientos

A mis padres, por apoyarme en cada etapa de formación profesional.

A Santiago, por acompañarme y alentar mi crecimiento personal y profesional.

A los docentes de la facultad de Psicología, por no solo enseñarme teoría, sino práctica y calidad humana.

Al Dr. Livia Segovia, por su apoyo y guía constante en las asesorías.

A los psicólogos Gerardo y Kevin, quienes contribuyeron en mi mejora práctica y facilitaron mi estudio con sus conocimientos y apoyo.

A la psicóloga Ana, por su calidad humana, su apoyo y guía.

A mis amigos, por alentarme a seguir.

ÍNDICE

Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	15
<i>1.2.1. Antecedentes nacionales</i>	15
<i>1.2.2. Antecedentes internacionales</i>	16
1.3. Objetivos	20
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	20
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	20
1.4. Justificación	20
1.5. Hipótesis	22
<i>1.5.1. Hipótesis general</i>	22
<i>1.5.2. Hipótesis específicas</i>	22
II. MARCO TEÓRICO	23
2.1. Bases teóricas del trastorno límite de la personalidad	23
<i>2.1.1. Evolución histórica del TLP</i>	23
<i>2.1.2. Definición del trastorno límite de la personalidad (TLP)</i>	24
<i>2.1.3. Factores de riesgo</i>	25
<i>2.1.4. Modelo teórico según el DSM IV y criterios diagnósticos</i>	27
<i>2.1.5. Otros modelos teóricos</i>	28
<i>2.1.6. Tratamientos</i>	30
2.2. Propiedades psicométricas	32
<i>2.2.1. Confiabilidad</i>	32

2.2.2. Validez	34
III. MÉTODO	38
3.1. Tipo de investigación	38
3.2. Ámbito temporal y espacial	38
3.3. Variable	38
3.3.1. Trastorno límite de la personalidad	38
3.4. Población y muestra	39
3.4.1. Población	39
3.4.2. Muestra	39
3.4.3. Tamaño de muestra	40
3.4.4. Criterios de exclusión e inclusión	40
3.5. Instrumentos	41
3.5.1. McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI BPD)	41
3.5.2. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)	42
3.5.3. Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)	42
3.6. Procedimientos	43
3.7. Análisis de datos	45
3.8. Consideraciones éticas	46
IV. RESULTADOS	47
4.1. Aspectos descriptivos de los ítems	47
4.2. Evidencias de validez de contenido por criterio de jueces	48
4.3. Evidencias de validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio	51
4.4. Consistencia interna: Fiabilidad del test	51
4.5. Evidencias de validez de convergente y discriminante	52

4.6. Sensibilidad y especificidad	53
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
VI. CONCLUSIONES	60
VII. RECOMENDACIONES	61
VIII. REFERENCIAS	
IX. ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de la variable de TLP	39
Tabla 2.	Medidas descriptivas de la muestra	41
Tabla 3.	Descriptivos del MSI BPD	47
Tabla 4.	Puntajes según claridad del instrumento	48
Tabla 5.	Puntajes según la relevancia del instrumento	48
Tabla 6.	Puntajes según la pertinencia del instrumento	49
Tabla 7.	V Aiken según criterio	50
Tabla 8.	Validez por criterio de jueces total	50
Tabla 9.	Comparación de modelos según Indicadores de Ajuste	51
Tabla 10.	Fiabilidad del MSI BPD	52
Tabla 11.	Prueba de normalidad de tres instrumentos	52
Tabla 12.	Análisis de capacidad de detección de casos TLP versus no-TLP	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Análisis de curva ROC	53
-----------	-----------------------	----

Resumen

El estudio tuvo como objetivo evaluar las características psicométricas del instrumento McLean para el TLP en su versión española de Soler et al. (2016) en jóvenes limeños. Se trabajó con una muestra de 364 participantes (161 con diagnóstico de TLP y 203 controles, 266 mujeres y 98 varones) entre 18 a 30 años de Lima Metropolitana. Se usaron tres instrumentos: MSI BPD, GAD 7 y la escala de Satisfacción con la vida. Se realizó una prueba piloto de 15 personas para corroborar que la versión española se adapte cultural y léxicamente al Perú y con las observaciones se hicieron ajustes mínimos en algunos ítems. Luego, se sometió a una validez de contenido por criterio de jueces. Los ítems fueron calificados como claros, pertinentes y relevantes, obteniendo un VAiken global = .93 el cual respaldó su validez de contenido. El análisis factorial confirmatorio validó dos factores ($\chi^2(34) = 68.6, p < .001; \chi^2/gl = 2.02; RMSEA = .05; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .99$). Se obtuvo una consistencia interna α ordinal = 0.94 y $\omega^2 = 0.88$. Asimismo, presenta evidencias de validez convergente y discriminante: correlación positiva fuerte con el GAD 7 ($Rho = .79$) y una correlación negativa fuerte con la escala de Satisfacción con la vida ($Rho = -.78$). Los análisis de sensibilidad y especificidad dieron un punto de corte 7, una sensibilidad 0.92 y especificidad 0.89. Se concluye que el MSI BPD adaptado en jóvenes limeños es válido, confiable y útil para el tamizaje de TLP.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, Psicometría, análisis factorial, sensibilidad, especificidad, validez.

Abstract

The study aimed to evaluate the psychometric characteristics of the McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD) in its Spanish version by Soler et al. (2016) among young people from Lima. The sample consisted of 364 participants (161 with a BPD diagnosis and 203 controls; 266 women and 98 men) aged 18 to 30 from Metropolitan Lima. Three instruments were used: MSI-BPD, GAD-7, and the Satisfaction with life scale. A pilot test with 15 people was conducted to confirm that the Spanish version was culturally and lexically adapted to Peru, and minimal adjustments were made to some items based on the observations. Subsequently, content validity was assessed using expert judges' criteria. The items were rated as clear, pertinent, and relevant, obtaining a global Aiken's $V = .93$, which supported its content validity. Confirmatory factor analysis validated two factors ($\chi^2(34) = 68.6$, $p < .001$; $\chi^2/df = 2.02$; RMSEA = .05; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .99). Internal consistency was α ordinal = 0.94 and $\omega^2 = 0.88$. It also showed evidence of convergent and discriminant validity: a strong positive correlation with the GAD-7 (Rho = .79) and a strong negative correlation with the Satisfaction with life scale (Rho = -.78). Sensitivity and specificity analyses yielded a cutoff point of 7, sensitivity of 0.92, and specificity of 0.89. It is concluded that the MSI-BPD adapted for young Limeños is valid, reliable, and useful for screening BPD.

Keywords: borderline personality disorder, psychometrics, factor analysis, sensitivity, specificity, validity

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y formulación del problema

En los usuarios, el trastorno límite de la personalidad (TLP) se manifiesta mediante una marcada labilidad emocional, impulsividad, relaciones interpersonales intensas e inestables, una identidad poco consolidada y una elevada sensibilidad al abandono, además de exhibir conductas autodestructivas y sentimientos crónicos de vacío (American Psychiatric Association [APA], 2014; Organización mundial de la Salud [OMS], 1992). Cabe destacar que el TLP es el trastorno de personalidad más investigado (Blashfield & Intoccia, 2000), lo que evidencia su relevancia clínica y científica en este grupo poblacional, caracterizado por su vulnerabilidad persistente.

Este trastorno representa un reto clínico debido a un patrón repetitivo de conductas suicidas, una baja adherencia terapéutica, variabilidad e intensidad de conductas, así como la presencia de algunos estigmas de parte de algunos profesionales, lo cual hace más complejo su abordaje (Shaikh et al., 2017; Lawn & McMahon, 2015). Al respecto, Gunderson et al. (2011) añade que tras un estudio longitudinal se evidenció que la recuperación psicosocial es lenta pese a que pueda haber mejoras en sus síntomas, lo cual dificulta su funcionalidad en la vida.

Se calcula, a partir de estudios epidemiológicos, que cerca del 2% de la población general cumple con los criterios diagnósticos de TLP, y la cifra asciende a un 10% en pacientes atendidos de forma ambulatoria en centros de salud y llega a un 20% en pacientes hospitalizados. También, se muestra una mayor incidencia significativa y superior en las mujeres a comparación de los varones, presentándose en una proporción de tres casos de mujeres por cada caso de varones (APA, 2014). El riesgo es elevado en los sujetos diagnosticados de TLP porque tienden a sufrir autolesiones sin una intención suicida como de conductas con intención suicida, así como de muerte prematura (Leichsenring et al., 2024).

Siendo la prevalencia de conducta sin intención suicida el 17% en muestras de adolescentes (Muehlenkamp, 2012) y el 6% en muestras adultas de la población general (Klonsky, 2011).

Revisando la literatura, se halló una prevalencia del 95% y el 90% en muestras de adolescentes y adultos con TLP (Goodman, 2017). Otras investigaciones indicaron que al menos el 75% de los pacientes con este diagnóstico intentan suicidarse (Black, 2004). Por su parte, Times (2019) reporta, a partir de un metaanálisis, una mayor probabilidad de hasta 52 veces en las tasas de suicidio entre personas con TLP en comparación con la población general, por lo cual, esto se convierte una problemática latente. Asimismo, Leichsenring et al. (2011), hace énfasis que este trastorno se asocia con una alta comorbilidad con otros trastornos, una demanda significativa de intervenciones clínicas y un costo social elevado.

Existen diversos instrumentos de medición de habla hispana, pero no son específicos para TLP, tales como Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-IV (Millon et al., 2015), Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (Butcher et al., 2019), entre otros. También, existen los instrumentos de cribado como el Personality Diagnostic Questionnaire, el cual tampoco es específica para el TLP y que a su vez se detectó desventajas por mostrar una elevada frecuencia de identificaciones erróneas en individuos sin la condición lo cual se llama falsos positivos, lo cual hace que su capacidad sea limitada para discriminar adecuadamente, teniendo así una especificidad de 0.41 (Hylar et al., 1992).

Para entender el término de “cribado”, Last (2000) menciona que las escalas de cribado o también llamados de tamizaje son aquellos que permiten una rápida aplicación y que pueden identificar indicadores de algún trastorno o enfermedad (Segura, 2006). Estos instrumentos son relevantes en el primer nivel, pero son limitados y no existe uno específico para el TLP. Por lo antes mencionado, es que debido a la necesidad de instrumentos de cribado surge el McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI BPD) que es específico para TLP y el cual se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV y DSM-V (Zanarini et al.,

2003). El MSI BPD se destaca de otros instrumentos porque es un cuestionario corto de 10 ítems que es fácil y rápido de administrar, lo cual implica una ventaja significativa en entornos clínicos con limitaciones de tiempo (Patel et al., 2011). Mientras que otros instrumentos como el PID-5 y la SCID-II son más extensos y abarcan una amplia gama de trastornos, el MSI BPD es más práctico para una evaluación rápida y específica del TLP (Zimmerman & Mattia, 1999).

En el Perú, el diagnóstico y evaluación del TLP es un campo en desarrollo. Según datos oficiales del Ministerio de Salud (Hospital Víctor Larco Herrera, 2022), los trastornos de personalidad representan un reto creciente en la atención en salud mental; no contamos aún con investigaciones acerca de la adaptación de las pruebas que miden sintomatología del TLP de forma específica, ni estudios psicométricos del MSI BPD. Además, según el Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud (2024), los intentos de suicidio han mostrado un incremento progresivo desde el 2016, siendo Lima el lugar que concentra la mayor proporción de intentos de suicidio a nivel nacional, registrando 3 636 casos, lo que representa el 38,69% del total reportado. Estas cifras evidencian la problemática de salud mental en nuestro país, siendo que muchos de estos casos podrían deberse a usuarios con TLP debido a que la literatura ya reportó que este grupo es quien presenta frecuentes tentativas de suicidio.

En Lima Metropolitana, donde se concentra gran parte de la población con acceso a servicios psicológicos especializados, se evidencian limitaciones similares. No se dispone de un instrumento adaptado y validado que facilite el diagnóstico presuntivo rápido y preciso del TLP en jóvenes y adultos.

Por lo expuesto, contar con un instrumento de cribado es útil en nuestro contexto y, en consecuencia, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características psicométricas del MSI BPD en adultos jóvenes de Lima?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Nacionales

En la búsqueda de los diversos repositorios de Perú tales como Renati y Alicia, entre algunos de estos, no se halló investigaciones psicométricas acerca del MSI BPD en nuestro país, y con respecto a la variable del TLP solo se halló los siguientes estudios descriptivos, correlaciones, por mencionar algunos: En Lima, Pérez (2016) realizó un estudio descriptivo en el cual buscaba conocer las actitudes de los profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatras) sobre los usuarios con TLP en un hospital psiquiátrico de Lima. Para dicha finalidad, el autor se basó en un cuestionario de tipo Likert de 33 preguntas que fue creada por el mismo autor, contando así con 47 participantes.

Por su parte, Apaza (2025) desarrolló una revisión sistemática orientada a identificar cuáles son las experiencias desfavorables en la infancia más mencionadas en investigaciones realizadas en población adulta diagnosticada con TLP, para esto, recopiló artículos publicados entre 2003 y 2023 sea en español como en inglés de las bases de datos como Scopus, Science Direct y PubMed que evaluaran experiencias adversas ocurridas hasta los 17 años. El autor, solo tomó en cuenta estudios con participantes de más de 18 años con diagnóstico de TLP. La metodología aplicada se ajustó a los lineamientos del diagrama de flujo PRISMA, en el cual resultó en tres estudios para la revisión. Entre los hallazgos, reportó que la experiencia más presente fueron el abuso sexual y el abuso emocional, aunque también se registraron, en menor proporción, casos de abuso físico, negligencia física y negligencia emocional. Asimismo, se evidenció mayor resultado en diversas formas de abuso (sexual, físico y emocional) y de negligencia (física y emocional) en comparación con quienes padecían otros trastornos de la personalidad.

En Arequipa, un estudio comparativo realizado por Abarca (2022) buscó analizar la relación entre los síntomas del TLP y el apego. Para tal finalidad, el autor contó con 300

personas como muestra de edades entre 18 a 35 años. Utilizó el instrumento Borderline symptom list 23 (BLS-23) y la escala de apego de adultos para su análisis encontrando como resultado que una correlación significativa, inversa y débil ($r = -.194$; $p = 0.000$, $p < 0.05$) entre apego seguro y sintomatología TLP.

Por lo antes mencionado, se puede percibir un vacío de la investigación en nuestro país respecto a los estudios psicométricos del TLP.

1.2.2. Antecedentes Internacionales

Mazlan & Ahmad (2012) tuvieron como objetivo validar la versión en malayo del MSI BPD. La muestra estuvo conformada por 90 mujeres privadas de libertad en Malasia, seleccionadas mediante un diseño transversal. La fase de adaptación incluyó traducción y retrotraducción, además de la revisión por expertos para evaluar la validez de contenido y de apariencia, y una prueba piloto con 15 participantes. Los instrumentos empleados para el análisis fueron el MSI BPD junto con medidas de evaluación psicométrica complementarias, y se aplicaron los programas estadísticos SPSS 19.0 y AMOS. Para la validez de constructo, se realizaron un análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación oblimin y un análisis factorial confirmatorio (AFC), mientras que la confiabilidad interna se evaluó mediante el alfa de Cronbach y la estabilidad temporal (test-retest) con el coeficiente de correlación intraclase (ICC). Los resultados mostraron $KMO = 0.64$ y prueba de esfericidad de Bartlett $p < .001$, confirmando la adecuación del análisis factorial. Se extrajeron cuatro factores que explicaron el 62.17% de la varianza total, identificados como inestabilidad emocional y falta de identidad (ítems 4, 5, 7 y 9), impulsividad, problemas interpersonales y vacío crónico (ítem 8). La consistencia interna de Alfa de Cronbach fue moderada ($\alpha = .64$) y la fiabilidad test-retest alta ($ICC = .82$). En cuanto a la prevalencia positiva de TLP, el 17.8% ($n = 16$) de las participantes obtuvo puntuaciones iguales o superiores a 6, punto de corte propuesto por Zanarini et al. (2003).

En España, Soler et al. (2016) realizó un estudio cuyo objetivo fue validar el MSI BPD en población española examinando sus propiedades psicométricas. El análisis de los investigadores fue con una muestra de 344 participantes (170 pacientes con diagnóstico de TLP y 174 controles), en la cual hallaron una estructura de dos factores mediante el análisis factorial exploratorio. Además, la escala presentó una consistencia interna ($KR-20 = .873$) y una fiabilidad test-retest ($CCI = .87$). Usaron un punto de corte de 7 mediante a través de un análisis de regresión logística, y tomando como referencia la DIB-R, también, se obtuvo una sensibilidad (0,71) y especificidad (0,68). El área bajo la curva fue de 0,742 (IC 95% 0,660-0,824). Con los resultados obtenidos lograron validar la versión española del instrumento.

En Filadelfia, Ye (2019) realizó una tesis con el propósito de evaluar las propiedades psicométricas de una versión revisada de 21 ítems del MSI BPD denominada MSI BPD-R. La muestra estuvo conformada por 217 participantes, tanto clínicos como no clínicos con edades desde los 18- 62 años, procedentes de un centro de salud mental comunitario y de estudiantes universitarios. Se analizó la confiabilidad test-retest, la consistencia interna y la estructura factorial del instrumento. Los hallazgos indicaron la presencia de cuatro factores subyacentes: Confrontación airada, Miedo al abandono, Sentimiento disfórico de sí mismo y Comportamiento apetitivo impulsivo, que abarcaron los 21 ítems del MSI BPD-R. La confiabilidad test-retest ($n = 142, r = 0,72$), y la consistencia interna fue ($\alpha = .91$) y superior al encontrado con el MSI BPD original ($\alpha = .74$). Además, la validez convergente, el MSI BPD-R se relacionó significativamente con el MSI BPD ($r = .75$).

En Irán, Mousavi et al. (2020) evaluaron las propiedades psicométricas de la versión persa del MSI BPD en una muestra de 254 soldados iraníes de entre 18 a 30 años. Utilizaron el muestreo por conveniencia y la aplicación del instrumento se acompañó de medidas adicionales para evaluar la validez convergente y divergente, como el *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI), la *Borderline Personality Scale* (STB), la *Self-Compassion Scale-Short*

Form (SCS-SF) y el *Cognitive Flexibility Inventory* (CFI). Realizaron el análisis factorial confirmatorio (AFC) con estimación de máxima verosimilitud para contrastar los modelos unifactorial y bifactorial del instrumento, además de calcular la consistencia interna (KR-20), la fiabilidad test-retest (ICC) y las correlaciones de validez convergente y divergente. Los hallazgos resultaron una consistencia interna aceptable (KR-20 = 0.74) y una alta estabilidad temporal (ICC = 0.92). El AFC confirmó un ajuste adecuado tanto del modelo de un factor ($\chi^2/gl = 3.05$, RMSEA = 0.08, CFI = 0.92) como del modelo de dos factores ($\chi^2/gl = 2.87$, RMSEA = 0.08, CFI = 0.92), respaldando la validez estructural del MSI BPD. Asimismo, se observaron correlaciones positivas significativas con medidas de ideación suicida (STB; $r = .78$, $p < .01$) y autolesiones (DSHI; $r = .54$, $p < .01$), así como correlaciones negativas significativas con autocompasión ($r = -.60$, $p < .01$) y flexibilidad cognitiva ($r = -.43$, $p < .01$).

Por su parte, Mirkovic et al. (2020), en Francia llevaron a cabo un estudio para validar la versión francesa del MSI BPD. La investigación incluyó a 84 adolescentes pacientes de cinco centros psiquiátricos y 85 controles sin trastornos psiquiátricos. Utilizaron la Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders (SIDP-IV) como referencia para evaluar la validez del MSI BPD. Los resultados mostraron una consistencia interna ($\alpha = .87$) y validez convergente, con un área bajo la curva (AUC) de 0.93. El estudio identificó un punto de corte óptimo de 5 o más, con una sensibilidad del 87% y una especificidad del 85%, sugiriendo que esta versión es un instrumento válido y confiable para la detección del TLP en adolescentes franceses.

Por otro lado, Munawar et al. (2021) en India se centraron en evaluar la validez y confiabilidad de la versión en urdu del MSI BPD en individuos con enfermedades cardíacas. La versión urdu se tradujo y adaptó siguiendo un proceso estándar de cuatro etapas: traducción directa, adaptación y traducción, retrotraducción y enfoque de comité, y validación cruzada del idioma. La muestra estuvo compuesta por 150 adultos con problemas cardíacos (75 hombres y

75 mujeres), con edades entre 23 a 78 años. Se evaluó la fiabilidad del instrumento con alfa de Cronbach y el análisis factorial confirmatorio (CFA), además de la correlación test-retest a un intervalo de dos semanas, utilizando el Modelado de Ecuaciones Estructurales (SEM). La consistencia interna fue adecuada (MSI BPD urdu $\alpha = 0.79$; MSI BPD inglés $\alpha = 0.77$), con una alta correlación test-retest ($r = 0.94$).

Alghamdi (2024), en Arabia Saudita, realizó un estudio que tuvo como finalidad el informar la validez y confiabilidad de la versión árabe de MSI BPD. La versión fue traducida al árabe del y fue aplicada a una muestra de muestra fue 829 árabes con edades comprendidas entre 18 y 24 años. Se emplearon un análisis factorial confirmatorio, prueba t y coeficiente alfa de Cronbach. El análisis factorial confirmatorio evidenció un solo factor con resultados de ($\chi^2(31) = 127.362, p < .001$; CFI = .97; AGFI = .95; IFI = .97; TLI = .96; RMSEA = .061 [90% CI = .050, .073], y la confiabilidad mostró un $\alpha = .88$. Los resultados indicaron una adecuada validez y confiabilidad.

Y, en Brasil, Dias y Natividade (2024) adaptaron el instrumento al contexto brasileño mediante traducciones y revisión de expertos para su versión final al idioma portugués. Fue aplicado a 1,429 adultos de entre 18 y 59 años en la cual se realizaron análisis de validez de contenido, estructura interna, relación con otras variables y confiabilidad. Dichos autores, obtuvieron una estructura unidimensional mediante los análisis factoriales. Se obtuvo una consistencia interna (coeficiente Kuder-Richardson [KR-20] / alfa de Cronbach = .691) y una confiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclase [CCI] = 0.802). Además, mediante una regresión logística en el cual utilizaron de referencia el Personality Inventory for the DSM-5-Brief Form (PID-5-BF) (DSM-5) establecieron un punto de corte de ocho síntomas, con una sensibilidad (0.79) y una especificidad (0.75). El área bajo la curva (AUC) fue de 0.830 (intervalo de confianza del 95%: 0.802-0.858), con un valor predictivo positivo de 89.2%.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Evaluar las características psicométricas del instrumento de tamizaje McLean para TLP (MSI BPD) en adultos jóvenes de Lima

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir el análisis de ítems y evaluar la validez de contenido mediante criterios de jueces del instrumento de tamizaje McLean para TLP (MSI BPD) en adultos jóvenes de Lima
- Evaluar la estructura interna mediante el análisis factorial confirmatorio del instrumento de tamizaje McLean para TLP (MSI BPD) en adultos jóvenes de Lima
- Analizar la consistencia interna de las puntuaciones del instrumento de tamizaje McLean para TLP (MSI BPD) en adultos jóvenes de Lima
- Analizar las evidencias de validez convergente y discriminante con las escalas de Trastorno de ansiedad generalizada (GAD 7) y Satisfacción con la vida (SWLS)
- Analizar la especificidad y sensibilidad del instrumento de tamizaje McLean para TLP (MSI BPD) en adultos jóvenes de Lima

1.4. Justificación

A nivel teórico, este estudio aportará evidencia psicométrica mediante el análisis de modelos, incluido el unidimensional propuesto por la creadora del instrumento; así como otras propuestas de estructuras factoriales planteadas en diversos países a partir del análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

A nivel metodológico, esta investigación proporcionará información relevante sobre las estimaciones de fiabilidad y validez del MSI BPD porque aborda la falta de validación en población peruana y la ausencia de estudios psicométricos con el instrumento en Perú. Además,

en el análisis de confiabilidad a va a contribuir al uso de procedimientos estadísticos adecuados para ítems dicotómicos al observarse en antecedentes el uso de análisis no acordes que se usan para ítems de tipo likert.

A nivel práctico, la validación del MSI BPD permitirá a los profesionales de la salud mental contar con una herramienta confiable para el tamizaje y diagnóstico del TLP de forma breve, que pueda aplicarse sin requerir demasiado tiempo, dado que cualquier profesional de la salud podrá administrarlo y luego derivar al usuario a los especialistas. Esto es particularmente relevante en el primer nivel de atención en el sistema de salud peruano, donde la disponibilidad de instrumentos de tamizaje validados puede agilizar el proceso de identificación inicial, la derivación oportuna y la posterior confirmación diagnóstica y tratamiento.

A nivel social, esta investigación se alineará a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, específicamente al objetivo 3, orientado a mejorar la salud mental y el bienestar. La validación del MSI BPD en Perú podría ayudar a reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, incluyendo el suicidio, que es un riesgo significativo en personas con TLP.

Además, contar con un instrumento válido permitirá su empleo en campañas de prevención y promoción de la salud mental. Al posibilitar una evaluación más precisa y un acceso más oportuno a intervenciones adecuadas, esta investigación impactará no solo en el bienestar individual de las personas con TLP, sino también en la salud pública.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- Las características psicométricas del MSI BPD muestran evidencias de validez, confiabilidad y capacidad de diferenciar los grupos clínico y no clínico adultos jóvenes de Lima.

1.5.2. Hipótesis específicas

- Los ítems del MSI BPD son descritos y evaluados como relevantes, pertinentes y claros del constructo de trastorno límite de la personalidad (TLP) por un panel de jueces expertos.
- El modelo teórico propuesto para el MSI BPD muestra un ajuste satisfactorio a los datos mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), evidenciado por índices de ajuste como TLI, RMSEA (< 0.08), CFI (> 0.90) y SRMR (< 0.08).
- El MSI BPD presenta una confiabilidad superior a 0.70.
- El MSI BPD se correlaciona positivamente con el instrumento GAD-7 y negativamente con la escala de Satisfacción con la vida (SWLS), demostrando su validez concurrente.
- El MSI BPD muestra un buen desempeño diagnóstico discriminando eficazmente entre casos y no casos, (especificidad y sensibilidad > 0.80).

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas del trastorno límite de la personalidad

2.1.1. Evolución histórica del TLP

El trastorno límite de la personalidad (TLP) ha atravesado un desarrollo conceptual progresivo desde sus primeras descripciones hasta los criterios diagnósticos actuales. El punto de partida se encuentra en la propuesta de Stern (1938), quien introdujo el término personalidad borderline al observar a pacientes cuyos síntomas no se ajustaban plenamente a los cuadros neuróticos ni psicóticos. Para describir esta posición intermedia, utilizó el término borderline, planteando así un primer intento de comprender clínicamente a este grupo de pacientes y abriendo la ruta para elaboraciones teóricas posteriores.

Un avance significativo ocurrió con Kernberg (1975), quien formuló el concepto de “organización borderline de la personalidad”. Este modelo describía un funcionamiento caracterizado por inestabilidad afectiva, problemas en la consolidación de la identidad, relaciones interpersonales desorganizadas y dificultades en la regulación de la agresión. Sus aportes fueron determinantes para delimitar el perfil clínico del TLP tal como se reconoce hoy.

Leichsenring et al. (2024) amplían esta reconstrucción histórica señalando que, dentro de las primeras aproximaciones empíricas, destaca el trabajo de Grinker et al. (1968). Estos autores identificaron cuatro rasgos nucleares del síndrome borderline: intensa reactividad de ira, dificultades para sostener vínculos cercanos, alteraciones en la identidad y sentimientos persistentes de soledad depresiva.

El reconocimiento formal del trastorno tuvo lugar en 1980, cuando el TLP fue incorporado al DSM-III (APA, 1980), lo que contribuyó a consolidar su aceptación y a estandarizar su identificación dentro de la práctica profesional. Esta inclusión se sustentó en los hallazgos de Spitzer et al. (1979), quienes integraron la evidencia empírica producida por

Gunderson y colaboradores (Gunderson & Kolb, 1978; Gunderson & Singer, 1975) con los planteamientos teóricos de Kernberg. El diagnóstico enfatizaba problemas de identidad y patrones relacionales caracterizados por cambios bruscos entre extremos —como la oscilación entre la idealización y la devaluación—. Además, los estudios de la época demostraron que el TLP podía distinguirse con adecuada precisión de otros cuadros clínicos, incluida la esquizofrenia, la depresión neurótica y diversos trastornos de personalidad (Kolb & Gunderson, 1980; Kernberg et al., 1981).

Con la llegada del DSM-IV en 1994, el TLP fue reafirmado como un trastorno de la personalidad con criterios diagnósticos más claros y precisos. Este enfoque continuó en el DSM-5, aunque la edición más reciente introdujo una comprensión dimensional más amplia de los trastornos de la personalidad, en la que el TLP se ve como un espectro con diferentes grados de severidad (APA, 2014).

En la actualidad, se reconoce que el TLP tiene una base tanto biológica como ambiental, que incluye predisposiciones genéticas, acontecimientos traumáticos en la niñez y factores contextuales (Linehan, 1993a, 1993b).

2.1.2. Definición del Trastorno límite de la personalidad (TLP)

El trastorno de la personalidad (TP) se caracteriza por un patrón duradero de experiencias internas y acciones que se distancian significativamente de las expectativas socioculturales de la persona, afectando su cognición, afectividad, relaciones interpersonales y manejo de impulsos; este afecta de manera generalizada el sistema de regulación emocional, y tiene un impacto en múltiples aspectos de la vida de la persona (Sanz et al., 2019; Salsman & Linehan, 2006). Según el DSM V, los TP se distribuyen en tres grupos (clusters A, B y C) basados en sus similitudes descriptivas; siendo así que en el clúster B se agrupan a aquellos

que tienen la característica de ser emocionales, dramáticos o erráticos tales como los trastornos de personalidad límite, narcisista, histriónico y antisocial (APA, 2014).

El TLP se caracteriza por una disfunción severa en la regulación emocional, lo que provoca emociones intensas y de rápida fluctuación que resultan difíciles de manejar, afectando tanto el comportamiento que se manifiesta como impulsivo y las relaciones interpersonales que suelen ser caóticas (Linehan, 1993a, 1993b). Además, se asocia con una identidad difusa, relaciones inestables y el uso de mecanismos de defensa primitivos como la escisión (Kernberg, 1967). Estas características centrales, que incluyen la inestabilidad afectiva y los problemas de identidad, se manifiestan en una susceptibilidad emocional extrema, donde las emociones se intensifican y cambian rápidamente, a menudo en respuesta a estímulos externos (Gunderson et al., 2011).

2.1.3. Factores de riesgo

El TLP se caracteriza por ser compleja y multifacética, cuya etiología se comprende a través de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y ambientales. En concordancia, se ha evidenciado diversos estudios que mencionan que existen múltiples factores de riesgo o predisponentes que contribuyen al desarrollo de TLP. Entre los diversos factores, se hallaron los siguientes: factores genéticos y biológicos, factores psicológicos, factores ambientales y sociales, factores de personalidad y temperamento, y el factor de ingesta de sustancias.

Entre los factores genéticos y biológicos, la evidencia sugiere que existe una predisposición genética significativa para el TLP. Estudios de gemelos y familiares indican una mayor prevalencia del trastorno en aquellos con parientes de primer grado afectados por TLP, lo que sugiere un fuerte componente hereditario (Skodol et al., 2002). Además, se han identificado anomalías neurobiológicas, incluyendo disfunciones en los sistemas

serotoninérgico y dopaminérgico, que están asociadas con la impulsividad y la regulación emocional, características clave del TLP (New et al., 2008).

A nivel psicológico, los individuos con TLP a menudo presentan una historia de abuso y negligencia en la infancia. Se ha documentado que la exposición a abusos físicos, sexuales y emocionales es un factor de riesgo significativo para el desarrollo del trastorno (Battle et al., 2004). Estos traumas tempranos pueden interferir con el desarrollo de una autoimagen estable y la capacidad para regular las emociones, lo cual es central en la patogénesis del TLP. Además, los que poseen diagnóstico de trastorno de personalidad tienen una mayor probabilidad de sufrir enfermedades mentales, entre estos, con mayor énfasis en los trastornos del ánimo, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, según el DSM V, existe mayor asociación entre los trastornos de personalidad del grupo B (límite, narcisista, antisocial e histriónico) con trastornos del afecto (APA, 2014).

Los factores ambientales también juegan un papel crucial en la predisposición al TLP. Una crianza disfuncional, caracterizada por inestabilidad emocional, invalidación de los sentimientos del niño y modelos parentales inadecuados, contribuye significativamente al desarrollo del TLP (Linehan, 1993a, 1993b). Además, situaciones de estrés crónico y la falta de apoyo social adecuado pueden exacerbar la vulnerabilidad a desarrollar el trastorno (Zanarini et al., 2006).

Las características de personalidad y el temperamento también están implicados en la etiología del TLP. Un temperamento innatamente impulsivo y una tendencia a la alta reactividad emocional pueden predisponer a un individuo a desarrollar TLP (Siever & Davis, 1991). Estas características temperamentales, en combinación con un entorno que no proporciona una regulación emocional adecuada, aumentan el riesgo de que se manifieste el trastorno.

Respecto a la ingesta de sustancias, se menciona que en los varones adultos jóvenes solteros y con antecedentes de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, el riesgo es mayor de que se les diagnostiquen un trastorno de personalidad grave (Oviedo et al., 2016).

2.1.4. Modelo teórico según el DSM IV y criterios diagnósticos

El DSM IV se sustenta en un modelo categorial y de tipo descriptivo de los trastornos, como, por ejemplo, el de la personalidad que incluye ahí el TLP. Esto quiere decir que, para un diagnóstico se va a clasificar los trastornos mentales y separarlas en diversas categorías según la presencia o, en su caso, la ausencia de un conjunto específico de síntomas (APA, 1994). En el DSM V (APA, 2014), este manual ubica al trastorno límite de la personalidad en el clúster B con el código 301.83, en el cual establece 9 criterios, de los cuales la persona debe de cumplir con al menos 5/9 criterios para su diagnóstico.

Además del DSM, existe el criterio de clasificación que es el CIE 10: CDI 10 (OMS, 2000), que en el capítulo de Trastornos de la personalidad y del adulto (F60-F69), ubica al TLP con el código F60.3, este, a su vez se subdivide en dos tipos: el límite (F 60.31) y el impulsivo (F60.30). El *subtipo límite* se caracteriza por una marcada tendencia a actuar impulsivamente sin valorar las consecuencias, acompañada de cambios anímicos abruptos y difíciles de predecir. Asimismo, se observa una inclinación a episodios de ira intensa y comportamientos agresivos, junto con dificultades para regular reacciones explosivas. El de *subtipo impulsivo* se va a distinguir por la presencia marcada de inestabilidad emocional y una escasa capacidad para controlar impulsos. En cambio, el de *subtipo límite* presenta, además, alteraciones en la percepción de la propia imagen, de los propios objetos y de la imagen íntima, una sensación persistente de vacío, relaciones interpersonales cargadas de intensidad e inestabilidad, así como conductas autolesivas o de riesgo, incluidas amenazas o intentos de suicidio.

2.1.5. Otros modelos teóricos

Para poder explicar los modelos teóricos que explican al TLP, es necesario especificar que la mayoría de los modelos explicativos no surgieron para describir este trastorno, sino más a nivel general, tomando en este caso la "personalidad", dentro del cual se ubica el tipo límite. Dentro de estos enfoques se encuentra el modelo del DSM ya antes mencionado y explicado, el modelo de rasgos, modelo cognitivo, modelo psicodinámico y modelo biosocial (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

2.1.5.1. Modelo psicodinámico. Kernberg es uno de los autores centrales dentro de este modelo. Propone que el TLP surge debido a fallas en la diferenciación y consolidación de la identidad. Esta se caracteriza por la difusión de identidad, impulsividad, inestabilidad afectiva y el uso de mecanismos de defensa primitivos como la escisión, la idealización y la devaluación (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006). Otros autores que ampliaron esta perspectiva son Gunderson (2001) y Stone (1980), quienes aportaron evidencia clínica relevante para comprender el funcionamiento interpersonal y afectivo en este trastorno.

Dentro del modelo psicodinámico, tenemos el modelo interpersonal. Este modelo fue desarrollado progresivamente, en este se considera al TLP como un trastorno principalmente interpersonal, donde las dificultades en las relaciones interpersonales son el núcleo del trastorno, y donde las demás características del TLP (impulsividad, inestabilidad emocional, etc.) están vinculadas a la necesidad de mantener conexiones con los demás y evitar la soledad. Según este modelo, las personas con TLP son extremadamente sensibles a las señales de rechazo y abandono, lo que da lugar a respuestas emocionales desproporcionadas y conductas extremas para evitar perder esas relaciones. Las ideas claves para lo planteado por el autor son la hipersensibilidad interpersonal, los problemas de identidad, intolerancia a la soledad y desregulación emocional (Gunderson, 2001).

2.1.5.2. Modelo cognitivo. En el modelo cognitivo, utilizan conceptos de procesamiento de la información. Para este modelo, un trastorno de la personalidad sería una consecuencia de los sesgos perceptivos y pensamientos irracionales (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

2.1.5.3. Modelo biosocial. Millon y Davis (1996) plantean un enfoque que combina vulnerabilidad biológica con experiencias tempranas de aprendizaje, lo que da lugar a patrones desadaptativos persistentes. Desde una perspectiva afín, Linehan (1993a, 1993b) propone un modelo cognitivo-conductual biosocial en el cual el TLP emerge de la interacción entre una alta sensibilidad emocional y un entorno invalidante, situación que dificulta la regulación emocional y el control de impulsos.

La Teoría Biosocial, desarrollada por Marsha Linehan, plantea que las conductas problemáticas observadas en el TLP derivan de una marcada desregulación emocional. Esta desregulación surge de la interacción entre dos componentes: una predisposición biológica — relacionada con factores hereditarios— y un entorno invalidante (Salsman & Linehan, 2006; Teti et al., 2015).

La vulnerabilidad biológica, entendida como el temperamento del individuo, incluye tres elementos centrales en quienes presentan TLP: una elevada reactividad ante estímulos; respuestas emocionales intensas; y una dificultad para recuperar rápidamente el equilibrio emocional. Como consecuencia, las personas con TLP suelen reaccionar de manera muy sensible frente a estímulos emocionales, particularmente cuando los interpretan como negativos, generando respuestas exageradas ante situaciones que no necesariamente lo ameritan. Asimismo, presentan un retorno más lento a su estado emocional basal luego de experimentar una crisis (Linehan, 1993a, 1993b).

Además, la DBT reorganiza los criterios diagnósticos del TLP en cinco categorías de disfunción: emoción, desregulación (incluyendo labilidad afectiva y problemas con enojo); desregulación interpersonal (incluidas relaciones caóticas y temores de abandono); auto desregulación (incluyendo alteración de la identidad, dificultades con el sentido de uno mismo y el sentido del vacío); desregulación del comportamiento (incluido el suicidio y comportamiento impulsivo); y desregulación cognitiva (incluyendo respuestas disociativas y pensamiento estrecho y rígido) (Teti et al., 2015).

2.1.5.4. Modelo de rasgos. El modelo de rasgos refiere que la personalidad se basa en un concepto dimensional. Los sujetos se sitúan a lo largo de unos rasgos continuos: neuroticismo-estabilidad; extraversión-introversión; afiliación dureza; impulsividad-control; etc. Los trastornos de la personalidad son la expresión de características extremas en una o varias de estas dimensiones. Así pues, el diagnóstico de TLP se aplica a sujetos con rasgos extremos de neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación, dependencia, etc. (Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006).

2.1.6. Tratamientos

El tratamiento para usuarios con trastorno límite de personalidad se centra en la psicoterapia y, en algunos casos, puede incluirse un tratamiento con fármacos según las necesidades del usuario (Gunderson y Gabbard, 2000; Gunderson, 2002). En el caso de los fármacos, es preciso señalar que hasta la actualidad no hay un medicamento enfocado oficialmente para el TLP (Choi et al., 2017). Para que la intervención sea realmente efectiva es fundamental un abordaje integral. Esto implica considerar de manera conjunta tanto los factores psicológicos, sociales, biológicos y contextuales del usuario, comprendiendo su funcionamiento como un todo y no únicamente desde un área aislada. En consecuencia, el

tratamiento requiere la participación coordinada de profesionales de diversas áreas (Serna, 2024).

En esta línea, es que, en las últimas décadas, se ha observado un creciente interés clínico en desarrollar intervenciones eficaces para TLP. Actualmente, cerca de trece modalidades terapéuticas han sido estudiadas con el fin de determinar su efectividad, y cinco de ellas cuentan con respaldo empírico sólido: la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia de Esquemas, el Entrenamiento en Predictibilidad Emocional y Resolución de Problemas (STEPPS), la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y la Terapia Basada en Mentalización (TBM). Las dos últimas corresponden a un enfoque psicodinámico, mientras que las tres primeras se enmarcan en un enfoque cognitivo-conductual (Choi et al., 2017).

En esta oportunidad, detallaré las dos primeras terapias mencionadas.

La *Terapia Dialéctica Conductual* (DBT) (Linehan, 1993a, 1993b) es un tratamiento psicológico creado para abordar específicamente casos del Trastorno Límite de Personalidad, principalmente los indicadores de impulsividad e inestabilidad que se manifiestan en conductas suicidas y autolesivas. La DBT o TDC en español, se encuentra dentro de las llamadas terapias de *tercera generación* que, haciendo énfasis en el contexto y la función, incorporan a los planteamientos conductuales y cognitivos clásicos conceptos como la atención plena, los valores, o la aceptación. (Hayes et al., 2011). La TDC se fundamenta en un enfoque integrador que combina estrategias cognitivo-conductuales con principios de aceptación del sufrimiento derivados de tradiciones filosóficas orientales, como el zen y budismo. Su abordaje se desarrolla mediante un conjunto estructurado de intervenciones que incluye psicoterapia individual, entrenamiento en habilidades, atención telefónica de las crisis y reuniones periódicas de supervisión (Linehan, 1993a, 1993b).

Por otra parte, la *Terapia Centrada en Esquemas* se orienta a intervenir sobre patrones persistentes y desadaptativos de pensamiento, emoción y conducta, denominados esquemas. Estos esquemas corresponden a estructuras cognitivas profundamente arraigadas que se forman durante la infancia y que, una vez consolidadas, influyen de manera relevante en la vida adulta, afectando la forma en que una persona interpreta y responde a sí misma, a los demás y al entorno. Su origen se vincula principalmente con experiencias tempranas significativas, especialmente aquellas derivadas de la interacción con figuras parentales o cuidadores, así como de situaciones traumáticas o relaciones disfuncionales durante la niñez. Dichas experiencias moldean las creencias nucleares sobre el propio valor, sobre los otros y sobre el mundo. Si bien pueden desarrollarse esquemas funcionales, el foco de esta terapia se dirige específicamente a aquellos que resultan disfuncionales y que generan malestar o limitaciones en la funcionalidad. El objetivo terapéutico consiste en identificar y modificar estos patrones asociados a estos esquemas, promoviendo así un cambio profundo y estable tanto a nivel cognitivo como emocional (Serna, 2024).

2.2. Propiedades psicométricas

La psicometría constituye un campo de la psicología encargado de estudiar, mediante teorías, procedimientos y técnicas especializadas, la forma en que se pueden medir indirectamente fenómenos psicológicos a través de instrumentos. Su propósito es generar descripciones, clasificaciones, diagnósticos y explicaciones, así como producir estimaciones que orienten la toma de decisiones y la intervención en el comportamiento humano dentro del ejercicio profesional (Meneses et al., 2013).

2.2.1. Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia al grado de estabilidad y precisión con el que un instrumento mide un constructo psicológico. Un test se considera confiable cuando sus

resultados se mantienen consistentes cada vez que se aplica en condiciones comparables y sin que intervengan factores externos que puedan modificar las respuestas. Es importante resaltar que un instrumento puede mostrar alta confiabilidad sin necesariamente poseer validez, pero ningún instrumento puede considerarse válido si no demuestra niveles adecuados de confiabilidad (Coolican, 2005; Hernández et al., 2014).

La confiabilidad en un instrumento psicológico se refiere a la capacidad de este para proporcionar resultados consistentes y reproducibles cuando se utiliza en diferentes momentos o condiciones.

2.2.1.1. Consistencia externa: Método test- retest. El análisis del método test-retest consiste en que se aplique la misma prueba en dos momentos diferentes (en un intervalo de tiempo entre la primera y segunda aplicación) a una misma muestra de participantes, y en el que se calcula la correlación entre los puntajes obtenidos en ambas aplicaciones (Tornimbeni et al., 2008).

2.2.1.2. Consistencia interna. La consistencia interna se refiere al grado en que los ítems que componen un instrumento muestran una coherencia lógica entre sí, es decir, que todos aporten a la medición de un mismo constructo. Esto implica que, si los reactivos fueron elaborados para evaluar una misma característica teórica, sus respuestas deberían mostrar correlaciones altas, lo cual indica que funcionan de forma homogénea y apuntan a la misma característica psicológica (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Para su estimación, el Alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) es el estimador de consistencia interna que se aplica con mayor frecuencia en investigaciones psicométricas (Maroco & García-Marques, 2006), aunque no el único. Esta estimación puede ser el más usado debido a que se encuentra en paquetes estadísticos comerciales como SPSS (Ventura y Caycho, 2017). Una buena confiabilidad mediante este estimador, son valores alrededor de 0.75-1. Por

otra parte, Kuder & Richardson (1937) mencionaba que si en caso los reactivos (respuestas) son dicotómicas, entonces se utiliza Kuder Richardson (Coolican, 2005).

Otro estimador, es el Omega de Mc Donald, este se le considera más fiable que el alfa de Cronbach. Esto se debe a que se basa en las cargas factoriales y su magnitud no se ve influida por la cantidad total de reactivos, lo que permite una estimación menos sesgada. Además, se puede usar tanto para ítem dicotómicos como politómicos (McDonald, 1999; Viladrich et al., 2017).

2.2.2. Validez

La validez alude al grado que un instrumento realmente evalúa el constructo que dice cuantificar (variable psicológica de interés), es decir, si las puntuaciones obtenidas reflejan la variable psicológica de interés. También, implica evaluar si es apropiado para el uso para el cual fue diseñado. Entonces, al referimos a la validez, puede aclararse que, si tenemos un instrumento tiene como propósito evaluar la variable de TLP, este instrumento debería de medir ese constructo y no, por ejemplo, una variable de trastorno obsesivo compulsivo (Campo-Arias y Oviedo, 2008; Meneses et al., 2013).

Según Buela y Sierra (1997) la validez se divide en tres grupos que son: la validez de constructo, criterio y de contenido.

2.2.2.1. Validez de contenido. Es la relación que existe entre los ítems, evalúa si los ítems son relevantes para los objetivos que pretende medir el test y si son representativos. Además, es preciso señalar que las evaluaciones realizadas por jueces o expertos de la materia son el tipo de validez de contenido más empleado, también llamado “validez por juicio de expertos o criterio de jueces”. Esta evidencia de validez se suele realizarse particularmente en el momento de la elaboración del test (Buela y Sierra, 1997; Meneses et al., 2013).

Por su parte, Muñiz (1998) señala que la validez de contenido tiene como finalidad que el instrumento incluya una muestra representativa de los contenidos propios del dominio que se pretende evaluar. Esto quiere decir que, si se pretende medir el constructo de depresión, no se dejen fuera algunos componentes de este y que se debe de asegurar que dichos componentes estén representados en la escala.

2.2.2.2. Validez de criterio. La validez de criterio se establece al contrastar los resultados con algún referente externo. Dentro de este tipo podemos encontrar a la validez predictiva, que determina en qué grado una prueba anticipa resultados futuros a partir de un criterio previamente definido; y la validez concurrente, que se evalúa correlacionando los puntajes del instrumento con los obtenidos en otro test que mide el mismo constructo, pero administrado en el mismo momento temporal (Muñiz, 1998; Buela y Sierra, 1997).

Por su parte, Martínez et al. (2006) añade que en la validez de criterio se ubica también la validez de decisión o diagnóstica, esto debido a su utilidad y se aplica cuando una prueba tiene como objetivo clasificar los sujetos en dos grupos, es decir, en la cual las decisiones que se toman son dicotómicas (enfermo-sano). Para ello, existen dos medidas fundamentales que son la sensibilidad y la especificidad. Empezando por el primero, la sensibilidad suele entenderse como aquella capacidad de la prueba para poder detectar correctamente los verdaderos positivos (los que tienen la condición). En el segundo caso, la especificidad representa la capacidad de identificar correctamente los verdaderos negativos (los que no presentan la condición). Estas medidas son relevantes en test de tamizaje o diagnósticos donde el objetivo es determinar la presencia o ausencia de una condición. (Meneses et al., 2013; Tornimbeni et al., 2008)

Para la clasificación de los sujetos en los grupos (con condición o sin condición), se suele utilizar punto de corte, en la cual los sujetos con puntuación superior son seleccionados o considerados con alguna condición, mientras que aquellos que obtienen una puntuación

inferior no son seleccionados o no son considerados con alguna condición. Para esto, la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) es un método gráfico que representa la relación entre sensibilidad y especificidad a lo largo de distintos puntos de corte (Martínez et al., 2006).

2.2.2.3. Validez de constructo. Según Muñiz (1998), este tipo de validez fue planteada originariamente por Cronbach y Meehl (1955, como se citó en Buela y Sierra, 1997), en la cual referían que dicha validez trata de asegurar que las variables o constructos medidos, además de capacidad predictiva, tienen entidad y rigor, y que se encuentran insertas dentro de un marco teórico coherente. Para ello, se usa el análisis factorial, el cual es una técnica estadística utilizada para identificar la estructura interna de un conjunto de ítems y determinar cómo estos tienden a agruparse en función de sus interrelaciones (Aiken, 2003; Morales, 2011).

Según este tipo de validez se puede tener la siguiente subdivisión:

A. Validez factorial. Entre las evidencias de validez de constructo se tiene el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). Para explicar lo que los diferencia, en el primero suelen extraerse e interpretarse los factores potenciales que explican la covariación observada entre los ítems o variables, sin partir de una estructura teórica previamente establecida (Tornimbeni et al., 2008), mientras que, en el segundo, con la base de un modelo teórico previo se busca contrastar empíricamente y que la estructura teórica aporte un buen ajuste de datos, tales como el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de TuckerLewis (TLI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), estos índices con valores entre 0 y 1. Además, para que el modelo se considere apropiado, los valores de CFI y TLI deben ser mayores que .95 y los de RMSEA inferiores a .05 (Kahn, 2006; Viladrich et al., 2017).

B. Validez convergente/discriminante. Es aquella en la que se correlacionan los resultados instrumento objetivo con los resultados de otros instrumentos. La evidencia

convergente correlaciona de manera positiva y significativa con otros instrumentos que miden el mismo constructo o constructos teóricamente relacionados mientras que, la evidencia discriminante se establece cuando las correlaciones entre un instrumento y otras medidas que evalúan constructos distintos resultan no significativas, muy bajas o incluso negativas (Tornimbeni et al., 2008; Meneses et al., 2013).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Esta investigación se configura como un estudio de tipo psicométrico (Yazdani et al., 2021), ya que se evalúa la confiabilidad y validez del instrumento MSI BPD (Muñiz, 1998; Ato et al., 2013). Asimismo, se clasifica como una investigación instrumental, puesto que pertenece al tipo de estudios orientados al desarrollo, evaluación y adaptación de pruebas psicológicas (Montero y León, 2002).

3.2. Ámbito temporal y espacial

El estudio se desarrolló entre marzo a septiembre del año 2025. Este período ha sido seleccionado para permitir una adecuada planificación, implementación y análisis posterior de la información recopilada, permitiendo llevar a cabo el proceso de validación del instrumento destinado a evaluar el trastorno límite de la personalidad (TLP).

En cuanto al ámbito espacial, la investigación tuvo lugar en Lima Metropolitana, Perú. Esta provincia ha sido escogida por la necesidad de poder encontrar mayor número de participantes con las características pertinentes para el estudio, que en este caso son los adultos jóvenes.

3.3. Variable

3.3.1. Trastorno límite de la personalidad

3.3.1.1. Definición conceptual. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad emocional, impulsividad, relaciones interpersonales intensas e inestables, autoimagen incierta y esfuerzos frenéticos por evitar el abandono, acompañado de conductas autodestructivas y sentimientos crónicos de vacío (APA, 2014; OMS, 1992).

3.3.1.2. Definición operacional. Puntajes que las personas obtienen en la prueba de tamizaje MSI BPD.

Tabla 1

Operacionalización de la variable de TLP

Variable	Dimensión	Ítems	Escala de respuesta	Tipo de variable	Nivel de medición
Trastorno límite de la personalidad	Unidimensional	10	Dicotómica (Sí = 1, No = 0)	Cuantitativa	Nominal

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población corresponde al grupo de sujetos u objetos, sea finito o infinito, que comparten determinadas características y que se delimitan según en función al problema y objetivos de investigación. Para la presente investigación, la población estuvo integrada por jóvenes limeños de 18 a 30 años tanto con diagnóstico del Trastorno límite de la personalidad como sin dicho diagnóstico (Arias, 2012).

3.4.2. Muestra

La muestra corresponde a un subgrupo de la población y el cual debe ser representativo; además, que los resultados obtenidos se espera que se puedan generalizar. Según el tipo de muestra, se ubica en el tipo no probabilístico, esto debido a que la selección de los participantes no depende del azar, sino a los criterios vinculados con las características del estudio o los objetivos investigador. En este caso, la muestra estuvo conformada por 364 participantes de 18 a 30 años de Lima Metropolitana con o sin TLP que cumplían los criterios del estudio (Hernández et al., 2014).

3.4.3. Tamaño de muestra

En este caso, para la elección del tamaño de muestra se tomó como referencia a diversos autores, siendo Catena et. al (2003) quien refiere que alrededor de 300 participantes son adecuados para los análisis factoriales. Por esto, la muestra de este estudio fue de 364 personas el cual supera la cantidad estimada planteada por el autor.

3.4.4. Criterios de exclusión e inclusión

Entre los criterios de inclusión se consideraron a los jóvenes entre los 18 y 30 años, hispanohablantes, con capacidad de comprensión y que hayan otorgado su consentimiento informado. Además, se incluyó a personas con diagnóstico de TLP emitidos por algún centro de salud mental, así como a individuos sin diagnóstico. En cuanto a los criterios de exclusión se descartaron aquellos con algún episodio psicótico activo, trastorno neurocognitivo o del neurodesarrollo moderado-severo, barreras idiomáticas o aquellos con ingesta de alguna sustancia psicoactiva.

Entre las características de la muestra final se puede observar una mayor cantidad de mujeres (266) que varones (98). Además, el rango de edad en el que hubo más participantes fue de 24-26 años con 112 personas; según la residencia, Lima este ocupó la mayoría con 134 participantes. Según la presencia de diagnóstico, los que no tenían ningún tipo de diagnóstico fueron 203, mientras que los que poseían diagnóstico de TLP fueron 161. También, se observa que 140 sufrieron violencia sexual en algún momento de sus vidas, y en el caso de disfunción familiar, se evidencia que 215 estuvieron en entornos familiares caóticos, disfuncionales, etc.

Tabla 2*Medidas descriptivas de la muestra*

Características	Categoría	Mujer <i>f</i> (%)	Varón <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (%)
Edad	18–20 años	20 (5.5)	7 (1.9)	27 (7.4)
	21–23 años	72 (19.8)	26 (7.1)	98 (26.9)
	24–26 años	83 (22.8)	29 (8.0)	112 (30.8)
	27–30 años	55 (15.1)	16 (4.4)	71 (19.5)
Residencia	Lima centro	49 (13.5)	19 (5.2)	68 (18.7)
	Lima este	102 (28.0)	32 (8.8)	134 (36.8)
	Lima norte	70 (19.2)	27 (7.4)	97 (26.6)
	Lima sur	45 (12.4)	20 (5.5)	65 (17.9)
Presencia de diagnóstico TLP	Con diagnóstico	137 (37.6)	24 (6.6)	161 (44.2)
	Sin diagnóstico	129 (35.4)	74 (20.3)	203 (55.8)
Violencia sexual	Sí	122 (33.5)	18 (4.9)	140 (38.5)
	No	144 (39.6)	80 (22.0)	224 (61.5)
Disfunción familiar	Sí	164 (45.1)	51 (14.0)	215 (59.1)
	No	102 (28.0)	47 (12.9)	149 (40.9)
Total		266 (73.1)	98 (26.9)	364 (100)

3.5. Instrumentos

3.5.1. McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI BPD)

En esta investigación se utilizó la versión española del *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder* (MSI BPD) (Soler et al., 2016), este autor se basa en la versión original en inglés desarrollada en EE.UU por (Zanarini et al., 2003). Este instrumento consta de 10 ítems con puntuaciones dicotómicas. También, contiene un reactivo correspondiente a cada uno de los ocho criterios iniciales del DSM-IV y DSM-5 para el trastorno límite de la personalidad, así como dos reactivos adicionales destinados al noveno criterio relacionado con la paranoia o la disociación. En la investigación que realizó la autora, obtuvo una sensibilidad (.81) y especificidad (.85), puntuación de corte 7, fiabilidad test-retest (Spearman rho= .72, $p < 0,0001$). Posteriormente, Soler et al. (2016) en su validación al español,

mostró la existencia de una estructura bifactorial, una consistencia interna ($KR-20 = .873$) y una fiabilidad test-retest ($CCI = .87$), un punto de corte de 7, sensibilidad (.71) y especificidad (.68). Además, este instrumento ha sido estudiado psicométricamente en diversos países como India (Choudhary, 2017), Francia (Mirkovic et al., 2020), Irán (Mousavi et al., 2020), Pakistán (Munawar et al., 2021) entre algunos de estos, y los últimos estudios lo realizaron en Arabia Saudita (Alghamdi, 2024) y en Brasil, Dias y Natividade (2024).

3.5.2. *Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)*

Se utilizó el instrumento validado en el Perú por Zhong et al. (2015), que corresponde a la versión adaptada del instrumento original del Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), cuyos autores fueron Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB y Löwe B en el 2006. Este instrumento consta de 7 ítems diseñados para identificar posibles casos de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y medir la gravedad de sus síntomas. En esta prueba, los participantes indican con qué frecuencia les ha molestado cada uno de estos 7 síntomas principales durante las últimas 2 semanas, con respuestas de tipo Likert en la cual cuenta con cuatro alternativas que van de 0 (para nada) hasta 3 (casi todos los días). La puntuación total oscila entre 0 a 21, siendo que las puntuaciones más altas van a indicar una mayor severidad/intensidad de los síntomas de ansiedad generalizada. La versión validada en el Perú por Zhong et al. (2015) mostró un alfa de Cronbach = 0,89, una puntuación de corte de 7 o superior, sensibilidad del 73,3 % y una especificidad del 67,3 %. También confirmó una estructura unifactorial del GAD-7 mediante el análisis factorial exploratorio y confirmatorio, el RSM de Rasch confirmó además la validez transcultural.

3.5.3. *Escala de Satisfacción con la vida (SWLS)*

La escala de Satisfacción con la vida SWLS (Diener et al., 1985), es un instrumento que busca evaluar la satisfacción que tienen los participantes con sus vidas. Este instrumento

consta de 5 ítems, y sus respuestas son de tipo Likert que oscilan entre 1 a 7, que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Respecto a los puntajes obtenidos en la prueba, el autor determinó ciertos rangos, siendo del 0-5 muy bajo, de 11-19 bajo, 20-25 promedio, 26- 29 alto y de 30-35 con muy alta satisfacción. La prueba mostró una confiabilidad de $\alpha = 0.87$, además un coeficiente de estabilidad test-retest de dos meses de 0.82. En el análisis factorial, halló un solo factor explicando el 66% de la varianza total explicada y luego de 2 meses se tomó aplicó un test re test obteniendo un valor de 0.87 en fiabilidad. En Perú, fue estudiada y revisada por Oliver et al. (2018) mostrando un alfa de Cronbach de 0.78 adecuada y el análisis factorial confirmatorio aportó evidencia de la estructura unidimensional $\chi^2(5) = 19.46, p = .001, CFI = .985, RMSEA = .075, IC 90\% [.042, .111]$.

3.6. Procedimientos

Para asegurar la adecuación lingüística y cultural del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto con 15 jóvenes de Lima Metropolitana, quienes provenían de distintos niveles educativos (secundaria completa, formación técnica y estudios universitarios) lo que permitió evaluar la comprensión de los ítems de la versión en español del MSI-BPD en un grupo más diverso.

Este procedimiento permitió identificar expresiones que generaban dudas, por lo que se realizaron ajustes semánticos menores sin alterar el contenido conceptual de los ítems que permitiera que fuesen más claros y que no generaran repreguntas de los participantes. Varias de ellas requerían ajustes por el uso de tecnicismos o formulaciones poco habituales en el contexto peruano. Entre los cambios realizados se incluyeron modificaciones léxicas en términos como “múltiples discusiones”, “atracones”, “desproporcionados”, “crónica”, y también se ajustaron expresiones relacionadas con comportamientos autolesivos, como la frase “alguna tentativa de suicidio”.

Una vez incorporadas las observaciones obtenidas en la prueba piloto, la versión ajustada del instrumento fue evaluada por cinco jueces expertos. Este panel estuvo conformado por cuatro psicólogos —tres con grado de magíster y una licenciada— y una psiquiatra. Todos los profesionales tenían más de siete años de experiencia en atención clínica en centros de salud y práctica privada con usuarios diagnosticados con TLP, además de contar con trayectoria docente a nivel universitario. En el caso de los psicólogos, también poseían formación especializada en enfoques terapéuticos. Una vez aprobada la versión final por el panel de jueces, se procedió a la aplicación del instrumento.

La recolección de datos se desarrolló durante un periodo de dos meses mediante modalidades presencial y virtual. Para tal fin, se elaboró un consentimiento informado y una ficha sociodemográfica, los cuales acompañaron a las tres escalas aplicadas: el MSI-BPD, el GAD-7 y la Escala de Satisfacción con la Vida.

En el caso de la aplicación virtual, los instrumentos fueron digitalizados mediante Google Forms y el enlace del cuestionario se difundió a través de WhatsApp y Facebook, especialmente en grupos de universitarios y comunidades vinculadas al Trastorno Límite de la Personalidad.

Para la aplicación presencial, se entregó el conjunto de instrumentos a cinco profesionales de la salud mental, quienes se encargaron de administrarlos a usuarios con diagnóstico de TLP en los centros psicológicos donde laboraban, tanto públicos como privados. Además, es preciso señalar que en la mayoría de las aplicaciones se estuvo presente previo permiso del profesional y del usuario. Adicionalmente, se recogieron más datos en universidades y espacios públicos mediante aplicación presencial.

En ambas modalidades, los participantes recibieron primero el consentimiento informado el cual detallaba los objetivos del estudio, las características de la participación y

las garantías de confidencialidad. Solo quienes aceptaron participar procedieron a completar los instrumentos.

Una vez que se recopilaron los datos necesarios se procedió a exportarlos y realizar los análisis estadísticos para luego realizar tablas y figuras según se amerite hasta finalizar con sus descripciones, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones en el informe de la investigación.

3.7. Análisis de datos

Se exportó la base de datos al Excel en el cual se realizaron las codificaciones respectivas y la limpieza de datos. Una vez que los datos fueron codificados por números se procedió a exportarlos al software Jamovi 2.6.44 para los análisis de los datos siguiendo los objetivos de investigación.

Como primer paso se realizó un análisis descriptivo de los datos donde se calculó el valor de la media, la desviación estándar, asimetría, curtosis, frecuencia y correlación ítems-total. Seguido, para las evidencias de validez por criterio de jueces se pasó las puntuaciones de los 5 jueces en un Excel, ordenándolo según los criterios de pertinencia, relevancia y claridad, y se procedió a calcular el V de Aiken mediante su fórmula, obteniéndose los resultados según cada criterio y a nivel general.

También se realizó el análisis factorial confirmatorio mediante el Modelo de ecuaciones estructurales (SEM), se usó el estimador WLSMV (Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted), evaluando los Indicadores de ajuste χ^2/gf , RMSEA, SRMR, CFI y TLI para los modelos.

Para el análisis de confiabilidad se utilizó el alfa ordinal y omega categórico debido a que el instrumento es dicotómico. En la validez convergente y discriminante, se analizó primero la normalidad de cada instrumento mediante Kolmogorov-Smirnov al ser $n > 50$

teniendo que estos no se ajustaban a la normalidad. Debido a estos resultados se realizó el análisis con Rho de Spearman para obtener la relación del instrumento con las dos escalas.

Para la sensibilidad y especificidad, se usó 155 participantes de la muestra, de los cuales 77 participantes se tenía la certeza de su diagnóstico clínico y se tomó 78 participantes al azar que no tuvieran diagnóstico. Para su análisis se usó el módulo de DiagROC de Jamovi, se halló el punto de corte mediante ROC, también el área bajo la curva (AUC) y los resultados de la sensibilidad y especificidad.

3.8. Consideraciones éticas

Para el estudio, se utilizaron cuestionarios de acceso abierto disponibles en la web. Y, en relación con los participantes, se resaltó la importancia de su integridad y bienestar. Por ello, siguiendo el propósito del estudio, se respetaron los principios de beneficencia y no maleficencia, en el cual se garantizó que la información recolectada fuera utilizada únicamente con fines investigativos. Asimismo, se aseguró el cumplimiento del principio de confidencialidad, manteniendo el anonimato de los participantes en todo momento. También, se proporcionó el consentimiento informado, según el artículo 87 del Consejo Directivo del Colegio de Psicólogos del Perú (2018) en el cual considera que es fundamental el consentimiento informado en los participantes, en el cual se detallaron los principios éticos considerados y se precisó que la participación era completamente voluntaria. Además, se siguió los aspectos éticos que rigen en la UNFV.

IV. RESULTADOS

4.1. Aspectos descriptivos de los ítems

En el análisis descriptivo de los ítems de una muestra de 364 participantes, las medias de los oscilaron entre 0.36 a 0.75; siendo el primero la media más baja y el segundo la más alta. Se observa una tendencia a marcar con mayor frecuencia la opción afirmativa (“sí”) en varios reactivos, particularmente en los ítems 1 y 3, que alcanzaron las puntuaciones promedio más altas (0.74 y 0.75, respectivamente). La desviación estándar se situó en el rango de 0.43 a 0.50 sugiriendo que varios de los ítems presentan variabilidad para discriminar entre los participantes. Respecto a la asimetría, y curtosis, los valores fueron predominantemente negativos, lo que indica distribuciones relativamente planas en comparación con una distribución normal. Finalmente, las correlaciones ítem-total fluctuaron entre 0.45 y 0.71, lo que indica una adecuada relación.

Tabla 3

Descriptivos del MSI BPD

	Media	DE	Asimetría	Curtosis	%		Ítem-total
					Si	No	
ítem 1	0,74	0,44	-1,13	-0,74	74.5	25.5	0,45
Ítem 2	0,55	0,5	-0,19	-1,98	54.7	45.3	0,71
Ítem 3	0,75	0,43	-1,18	-0,62	75.3	24.7	0,51
Ítem 4	0,56	0,5	-0,26	-1,95	56.3	43.7	0,7
Ítem 5	0,36	0,48	0,57	-1,68	36.3	63.7	0,53
Ítem 6	0,51	0,5	-0,06	-2,01	51.4	48.6	0,5
Ítem 7	0,36	0,49	0,57	-1,68	36.3	63.7	0,59
Ítem 8	0,6	0,49	-0,42	-1,84	60.2	39.8	0,61
Ítem 9	0,48	0,5	0,07	-2,01	48.4	51.6	0,55
Ítem 10	0,46	0,5	0,16	-1,99	46.2	53.8	0.60
N = 364							

4.2. Evidencias de validez de contenido por criterio de jueces

El índice de V de Aiken se calculó para evaluar tres criterios que son la relevancia, claridad y pertenencia de los ítems del instrumento según la opinión de cinco jueces expertos, quienes calificaron en una escala dicotómica (0 = no relevante, 1 = relevante) según cada criterio. En las tablas se muestran los puntajes brindados según ítems y criterios por cada juez, junto a sus puntajes totales.

Tabla 4

Puntajes según claridad del instrumento

Claridad										
	Ítem1	Ítem2	Ítem3	Ítem4	Ítem5	Ítem6	Ítem7	Ítem8	Ítem9	Ítem10
V1-KEA	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0
V2-GBF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V3-MPR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V4-AND	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V5-JSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5

Tabla 5

Puntajes según la relevancia del instrumento

Relevancia										
	Ítem1	Ítem2	Ítem3	Ítem4	Ítem5	Ítem6	Ítem7	Ítem8	Ítem9	Ítem10
V1-KEA	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
V2-GBF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V3-MPR	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
V4-AND	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
V5-JSA	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
TOTAL	5	5	5	5	3	5	3	4	5	5

Tabla 6*Puntajes según la pertinencia del instrumento*

	Pertinencia									
	Ítem1	Ítem2	Ítem3	Ítem4	Ítem5	Ítem6	Ítem7	Ítem8	Ítem9	Ítem10
V1-KEA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V2-GBF	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
V3-MPR	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V4-AND	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
V5-JSA	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
TOTAL	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5

Para hallar el V Aiken de cada criterio se usó la fórmula $r_i = S / [n(c - 1)]$. En donde S: Sumatoria de la puntuación de cada juez, n: Número de jueces y c: Número de valores de la escala de valoración (Aiken, 1980).

En la Tabla 7, se observa que, en cuanto al criterio de la claridad, los valores oscilaron entre 0.8 (ítems 1, 4, 5, 10) y 1.0 (ítems 2, 3, 6, 7, 8, 9), con un promedio de 0.92, indicando que los ítems fueron considerados claros por los jueces evaluadores. Para la pertinencia, los valores alcanzaron consistentemente 1.0 en la mayoría de los ítems, excepto en el ítem 5, que obtuvo un valor de 0.6; el promedio de este criterio fue de 0.96, evidenciando que los ítems son adecuados respecto al objetivo del instrumento.

Respecto a la relevancia, los valores variaron entre 0.6 (ítems 5 y 7) y 1.0 (ítems 1, 2, 3, 4, 6, 9, 10), con un promedio de 0.90, lo que refleja que la mayoría de los ítems fueron considerados relevantes para medir la variable en estudio. A nivel general, se obtuvo un V Aiken para la claridad (= 0.92), pertinencia (= 0.96) y relevancia (= 0.90).

Tabla 7*V Aiken según criterio*

	V Aiken		
	Claridad	Pertinencia	Relevancia
ítem 1	0.8	1	1
ítem 2	1	1	1
ítem 3	1	1	1
ítem 4	0.8	1	1
ítem 5	0.8	0.6	0.6
ítem 6	1	1	1
ítem 7	1	1	0.6
ítem 8	1	1	0.8
ítem 9	1	1	1
ítem 10	0.8	1	1
V Aiken	0.92	0.96	0.90

En términos globales, el instrumento obtuvo un índice V de Aiken total de 0.93, lo que demuestra una alta validez de contenido según los estándares establecidos, respaldando la adecuación del instrumento para su aplicación en la investigación.

Tabla 8*Validez por criterio de jueces total*

Ítem	J1	J2	J3	J4	J5	Total	V de Aiken	Categoría de validez
Ítem 1	3	3	3	2	3	14	0.93	Excelente
Ítem 2	3	3	3	3	3	15	1.00	Excelente
Ítem 3	3	3	3	3	3	15	1.00	Excelente
Ítem 4	2	3	3	3	3	14	0.93	Excelente
Ítem 5	2	2	2	3	1	10	0.67	Aceptable
Ítem 6	3	3	3	3	3	15	1.00	Excelente
Ítem 7	2	3	2	3	3	13	0.86	Buena
Ítem 8	3	3	3	2	3	14	0.93	Excelente
Ítem 9	3	3	3	3	3	15	1.00	Excelente
Ítem 10	2	3	3	3	3	14	0.93	Excelente
V Aiken Total = 0.93								

4.3. Evidencias de validez de constructo: Análisis factorial confirmatorio

Para evaluar la estructura factorial del instrumento se realizaron tres análisis factoriales (AFC). El primer modelo fue unidimensional el cual presentó un ajuste aceptable a los datos ($\chi^2(35) = 105.2$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 3$; RMSEA = .07; SRMR = .07; CFI = .98; TLI = .97). El segundo modelo considerado de dos factores, mostró un ajuste relativamente mejor que el unidimensional ($\chi^2(34) = 74.1$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 2.2$; RMSEA = .06; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .98). Y en contraste, se corrió un tercer modelo propuesto de dos dimensiones, pero diferenciándose del modelo anterior en dos ítems. Este modelo mostró mejores índices de ajuste global ($\chi^2(34) = 68.6$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 2.02$; RMSEA = .05; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .99) que los anteriores y este modelo se encuentran dentro de los rangos recomendados por la literatura (CFI y TLI $\geq .95$; RMSEA $\leq .05$; SRMR $\leq .06$) (Keith, 2019).

Tabla 9

Comparación de modelos según Indicadores de Ajuste

	Factores	(χ^2)	gl	P-valor (χ^2)	RMSEA	χ^2/gl	SRMR	CFI	TLI
Modelo 1 (Zanarini et al., 2003)	Un factor (10 ítems)	105.2	35	<.001	0.07	3	0.07	0.98	0.97
Modelo 2 (Soler et al., 2016)	Dos factores (F1: 1,2,3,4,5,6,10 y F2: 7,8,9)	74.1	34	<.001	0.06	2.2	0.06	0.99	0.98
Modelo 3 (Modelo propuesto)	Dos factores (F1: 1,2,3,4,5,10 y F2: 6,7,8,9)	68.6	34	<.001	0.05	2.02	0.06	0.99	0.99

4.4. Consistencia interna: Fiabilidad del test

Para la realización del análisis de fiabilidad en datos dicotómicos se analizaron el alfa ordinal y omega de McDonald categórico. Los índices de fiabilidad del instrumento son superiores a .70 lo cual sugieren que el instrumento tiene una alta consistencia interna. Se obtuvo un α ordinal = 0.94 y el coeficiente Omega categórico ω^2 mostró buenos resultados ω^2

= 0.88, lo cual corroboró una fiabilidad elevada, aunque ligeramente inferior al alfa ordinal; además el factor 1 mostró puntajes más elevados que el factor 2.

Tabla 10

Fiabilidad del MSI BPD

	Ordinal α	ω_2
MSI BPD	0.94	0.88
Factor 1	0.92	0.83
Factor 2	0.87	0.77

4.5. Evidencias de validez de convergente y discriminante

En la tabla 11 se muestran los resultados de la prueba de normalidad. Se evaluó la normalidad de los puntajes de los puntajes teniendo en cuenta que $N > 50$, por lo cual el análisis de significancia fue con Kolmogorov–Smirnov (KS). La significancia para cada instrumento fue MSI BPD=.14, SWLS=.18 y GAD7=.18, las cuales son $< .05$. Estos hallazgos sugieren que las distribuciones de los puntajes no cumplen con el supuesto de normalidad; es decir que no siguen una distribución normal.

Tabla 11

Prueba de normalidad de tres instrumentos

	N	Kolmogorov–Smirnov (KS)	p
MSI BPD	364	0.14	$< .05$
SWLS	364	0.18	$< .05$
GAD-7	364	0.18	$< .05$

Para realizar las correlaciones entre las escalas MSI BPD, Satisfacción con la vida (SWLS) y Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman debido a que las puntuaciones no siguen una distribución

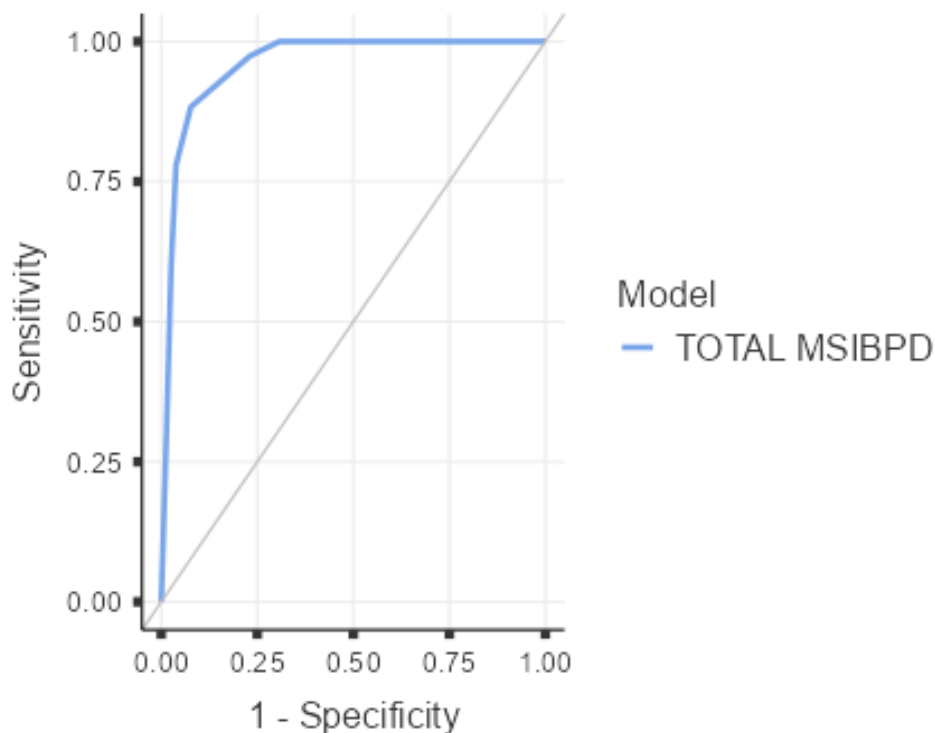
normal. La correlación entre el cuestionario del MSI BPD y SWLS fue negativa y fuerte, con un valor de $Rho = -0.78$, mientras que la correlación entre el MSI-BPD y GAD-7 fue positiva y fuerte, con un valor de $Rho = 0.79$.

4.6. Sensibilidad y especificidad

La Figura 1, permite evaluar el rendimiento del MSI BPD en relación con un diagnóstico clínico de referencia para el trastorno límite de la personalidad (TLP). Se realizó un análisis de curva ROC, y presentó un área bajo la curva (AUC) de 0.959 (IC 95%: 0.929–0.989; $p < .001$). Estos resultados indican una excelente capacidad discriminativa. El análisis de coordenadas indicó un punto de corte óptimo del instrumento ≥ 6.5 basado en el índice de Youden ($J = 0.806$), pero dado que el MSI BPD utiliza puntuaciones enteras, este punto de corte es equivalente a 7.

Figura 1

Análisis de curva de ROC



En la Tabla 12, se muestra la matriz correspondiente al rendimiento del MSI BPD para su capacidad de detección. Aunque, la submuestra inicial para este análisis fue de 155 (77 participantes se tenía la certeza de su diagnóstico clínico y 78 sin diagnóstico), el módulo DiagROC de Jamovi en su análisis mostró 74 con diagnóstico TLP y 81 sin diagnóstico. Los resultados muestran que 68 casos fueron correctamente identificados como positivos para TLP (verdaderos positivos), mientras que 6 casos con TLP no fueron detectados por el instrumento (falsos negativos). De los individuos sin diagnóstico de TLP, 72 fueron correctamente clasificados como negativos (verdaderos negativos) y 9 fueron incorrectamente clasificados como positivos (falsos positivos). El instrumento mostró una sensibilidad 0.92 y una especificidad de 0.89. Esto significa que el instrumento clasifica correctamente el 91.89% (IC 95%: 0.83–0.97) de los casos positivos (sensibilidad) y el 88.89% (IC 95%: 0.80–0.94) de los controles negativos (especificidad).

Tabla 12

Análisis de capacidad de detección de casos TLP versus no-TLP

	Positivo	Negativo	Total
Con diagnóstico TLP	68	6	74
Sin diagnóstico	9	72	81
Total	77	78	155

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación se planteó como objetivo general el analizar las propiedades psicométricas de la prueba MSI BPD. Respecto a las características descriptivas de los ítems se observaron medias y desviaciones estándar que muestran una variabilidad en las respuestas, lo cual indica una adecuada discriminación de los ítems. Estos hallazgos son consistentes con otros estudios tales como el de Alghamdi (2024) en Arabia Saudita, donde también se reportaron niveles adecuados de variabilidad de respuestas.

En el análisis de validez por criterio de jueces mediante V de Aiken, se obtuvo los puntajes según los criterios de claridad (0.92), pertinencia (0.96) y relevancia (0.90). Además, se reportó un VAiken = .93 a nivel general de los 5 jueces, quienes laboran en salud mental y abordan casos de TLP. Al buscar antecedentes para contrastar dichos resultados no se hallaron estudios semejantes con el instrumento de análisis. Para la presente investigación se consideró relevante este análisis, el cual concuerda por lo dicho por Morales (2011), quien refiere que un instrumento válido en términos de criterio de jueces permite hacer inferencias y tomar decisiones basadas en datos fiables, lo cual es esencial para contextos clínicos, educativos y laborales. Además, Aiken (1980) menciona que el juicio de jueces expertos proporciona una evaluación crítica sobre la relevancia de cada ítem en relación con el constructo a medir, lo cual es fundamental para asegurar que el instrumento tenga una validez de contenido adecuada.

El análisis factorial confirmatorio usó el estimador WLSMV, con el cual se compararon tres modelos factoriales sobre la estructura del instrumento siguiendo algunos referentes: un modelo unidimensional (Zanarini et al., 2003), un modelo de dos factores (Soler et al., 2016) y un tercer modelo también de dos factores propuesto (F1: 1,2,3,4,5,10 y F2: 6,7,8,9), donde se ajustó la asignación de los ítems diferente a la de Soler et al. (2016). Al primer factor se denominó “Desregulación emocional e interpersonal” y al segundo factor como “Alteraciones

de identidad y percepción de la realidad”. Este análisis se da porque, si bien la autora del instrumento refiere un modelo unidimensional, otros autores realizaron análisis para probar el número de factores en el cual se hallaron dos factores (Mousavi et al., 2020; Soler et al., 2016), tres y hasta cuatro factores (Leung & Leung, 2009; Mazlan & Ahmad, 2012).

La inclusión del Modelo 3 respondió a que la literatura contemporánea describe que los síntomas del trastorno límite de la personalidad tienden a organizarse en dos dominios diferenciables: por un lado, la desregulación emocional e interpersonal, y por otro, las alteraciones de identidad y los síntomas cognitivo-perceptivos (Linehan, 1993a, 1993b). Estas distinciones no están plenamente representadas en el modelo unidimensional propuesto originalmente por Zanarini et al. (2003), ni coinciden completamente con la estructura bifactorial observada en la adaptación española de Soler et al. (2016). Por ello, se consideró pertinente evaluar una tercera configuración que reflejara explícitamente esta separación conceptual documentada en modelos dimensionales contemporáneos del TLP.

Por ello, al compararse los tres modelos, se halló que el tercer modelo de dos factores propuesto mostró mejores índices de ajuste global que los anteriores modelos ($\chi^2(34) = 68.6$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 2.02$; RMSEA = .05; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .99). También, estos resultados muestran un mejor ajuste que el de Mousavi et al. (2020) ($\chi^2(34) = 97.63$, $p < .001$; $\chi^2/gl = 2.87$; RMSEA = .08; SRMR = .06; CFI = .92; TLI = .90).

Además, pese a que este modelo de dos factores se validó, es preciso señalar que, desde una perspectiva teórica, ambas dimensiones identificadas corresponden a manifestaciones complementarias del mismo constructo del Trastorno Límite de la Personalidad, por tanto, se interpreta que el instrumento mantiene una estructura que mide un mismo constructo, semejante a lo reportado Soler et al. (2016) quien también halló dos factores que puede describirse empíricamente en dos dominios correlacionados.

La consistencia interna del instrumento se obtuvo según el α ordinal = 0.94 y el coeficiente Omega categórico $\omega^2 = 0.88$, el cual es comparable a la reportada por André et al. (2015) con un $\alpha = 0.90$ y Ye (2019) $\alpha = 0.91$ en su versión revisada. También, en comparativa con el omega categórico se tienen a Mirkovic et al. (2020) $\alpha = 0.87$, Alghamdi (2024) $\alpha = 0.88$, aunque estos análisis fueron con alfa de Cronbach. Otros autores reportaron resultados inferiores hallados en este estudio, siendo, por ejemplo, $\alpha = 0.64$ (Mazlan & Ahmad, 2012) y $\alpha = 0.79$ (Munawar, 2021). Por otra parte, algunos usaron el coeficiente de Kuder Richardson para reportar sus resultados de confiabilidad, siendo; KR- 20 = 0.873 (Soler et al., 2016), KR- 20 = 0.74 (Mousavi et al, 2020) y KR- 20 = 0.691 (Dias y Natividade, 2024).

Con los resultados referidos en el párrafo anterior, es necesario precisar que algunos autores utilizaron para el análisis de confiabilidad el Alfa Cronbach, pero, este índice es más usado para respuestas de tipo likert. El KR- 20 es más recomendado cuando se tienen respuestas binarias como 0 y 1 porque evalúa la consistencia interna considerando la proporción de respuestas correctas e incorrectas y la varianza total (Kuder & Richardson, 1937). Revisando diversos antecedentes, la mayoría reporta un Alfa de Cronbach, aunque el más apropiado sería el alfa ordinal para datos ordinales o dicotómicos, ya que utiliza correlaciones policóricas o tetracóricas, corrigiendo la atenuación causada por las escalas no continuas (Gadermann et al., 2012), dicho coeficiente que sí se usa en este estudio.

Se encontraron correlaciones significativas que respaldan la validez convergente y discriminante del MSI BPD con otras escalas. En particular, la relación positiva fuerte con el GAD-7 (Rho= 0.79) evidencia su convergencia con síntomas de ansiedad, lo que concuerda con investigaciones previas que señalan una alta comorbilidad entre el TLP y trastornos de ansiedad (Chanen et al., 2008). Por otro lado, la validez discriminante se evidencia con la relación negativa fuerte con la escala SWLS (Rho = - 0.78) sugiere que los síntomas del TLP

están vinculados a una disminución en el bienestar subjetivo, coherente con estudios que asocian este trastorno con bajos niveles de satisfacción vital (Grant et al., 2008).

Para el análisis de sensibilidad y especificidad, se evaluó la capacidad discriminativa del instrumento MSI BPD mediante el análisis de curva ROC (Receiver Operating Characteristic) con la finalidad de hallar un punto de corte óptimo que diferenciara aquellos participantes con o sin diagnóstico de TLP, en una submuestra de 155 participantes. Presentó un área bajo la curva (AUC) de 0.959 (IC 95%: 0.929–0.989; $p < .001$) con un punto de corte óptimo del instrumento 7. Estos resultados son consistentes con lo reportado por Zanarini et al. (2003) y Mousavi et al. (2020), aunque difieren de los hallazgos de Mirkovic et al. (2020), quienes obtuvieron un punto de corte de 5; de Dias y Natividade (2024), quienes reportaron un punto de corte de 8 en la versión brasileña; y de Choudhary (2017), quien informó un punto de corte menor de 4.

El instrumento evidenció una sensibilidad de 0.92 y una especificidad de 0.89. Estos valores superan los reportados en otras adaptaciones internacionales. Por ejemplo, Soler et al. (2016) encontraron una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.68 en población española, mientras que Patel et al. (2011) reportaron una sensibilidad del 75.45% y una especificidad del 60%. En el contexto francés, Mirkovic et al. (2020) obtuvieron una sensibilidad de 0.87 y especificidad de 0.85 con un punto de corte de 5, aunque al emplear el punto de corte de 7, la sensibilidad disminuyó a 0.63 y la especificidad aumentó a 0.95. Es importante considerar que dicho estudio se realizó con una muestra de adolescentes, lo cual podría explicar las diferencias observadas debido a las características del grupo evaluado y a la menor presencia de comorbilidades psiquiátricas, lo que incrementa la sensibilidad, pero reduce la especificidad.

De manera similar, André et al. (2015) reportaron con un punto de corte de 5 una especificidad de 0.86 y una sensibilidad más elevada de 0.94 en la versión neerlandesa del

instrumento. Por su parte, Alghamdi (2024), en Arabia Saudita, informó una sensibilidad de 0.80 y una especificidad de 0.88 en adultos jóvenes, señalando diferencias de género en las puntuaciones, aspecto no evidenciado en el presente estudio. Estas variaciones entre contextos podrían deberse a factores culturales, clínicos y sociocognitivos que influyen en la percepción y expresión de los síntomas asociados al trastorno límite de la personalidad (TLP). En conjunto, los resultados del presente estudio muestran que la versión adaptada del MSI BPD para jóvenes limeños posee una alta capacidad discriminativa, siendo eficaz tanto para identificar correctamente a quienes presentan el TLP como para descartar a quienes no lo padecen.

Estos análisis fueron hechos para preservar la calidad psicométrica o calidad técnica del instrumento porque esto es un atributo que abarca tanto las evidencias de confiabilidad y validez de una prueba y los procesos con los que se diseñó dicho instrumento (Nuván et al., 2018). Además, el realizar estudios psicométricos en nuevas poblaciones no solo asegura la aplicabilidad del instrumento y la validación de las mediciones dentro de contextos cambiantes. Por consiguiente, la evaluación de la calidad psicométrica de los elementos de la prueba permite identificar las características estadísticas de estos y su aporte a la medición de las variables para las que fue diseñada. Respecto a lo anterior, la adaptación cultural de los instrumentos psicométricos es esencial para asegurar que los resultados sean válidos y pertinentes en contextos diferentes a aquellos en los que el instrumento original fue desarrollado (Hernández et al., 2014)

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Se logró evaluar las características psicométricas del MSI BPD en 364 adultos jóvenes limeños, identificándose evidencias de validez y las puntuaciones fueron consistentes para la evaluación del trastorno límite de la personalidad.
- 6.2. La versión adaptada del MSI BPD fue comprendida y aceptada culturalmente, y los ítems del instrumento fueron evaluados por un panel de jueces expertos en salud mental, quienes calificaron su claridad, pertinencia y relevancia con un V de Aiken global de 0.93, lo que refleja un nivel alto de validez de contenido que confirma que el instrumento mide adecuadamente el constructo de trastorno límite de la personalidad (TLP).
- 6.3. El análisis factorial confirmatorio validó dos factores con óptimo ajuste global ($\chi^2(34) = 68.6, p < .001; \chi^2/gl = 2.02; RMSEA = .05; SRMR = .06; CFI = .99; TLI = .99$).
- 6.4. La confiabilidad del MSI BPD fue muy alta, con resultados de un alfa ordinal = 0.94 y omega categórico = 0.88.
- 6.5. Las evidencias de validez convergente y discriminante se encontró una correlación positiva fuerte con el GAD-7 (Rho = 0.79) y una correlación negativa fuerte (Rho = -0.78) con la escala de Satisfacción con la vida.
- 6.6. La sensibilidad y especificidad se obtuvo con un punto de corte óptimo de 7 puntos, mostró una sensibilidad 0.92 y una especificidad de 0.89, lo que indica que el MSI BPD clasifica correctamente tanto a los casos positivos como a los negativos y estos valores superan los antecedentes internacionales reportados en otros contextos.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Realizar estudios adicionales con muestras más amplias y diversas en el que el número de participantes mujeres y varones sea equitativo.
- 7.2. Realizar investigaciones adicionales que comparen el rendimiento del MSI BPD con otros instrumentos de evaluación del TLP en el contexto peruano e internacional.
- 7.3. Actualizar y validar el instrumento periódicamente, considerando cambios culturales y avances en la investigación del TLP.
- 7.4. Evaluar las propiedades psicométricas en diversos contextos sociales del país a fin de que el instrumento se ajuste al contexto peruano y se puedan tener evidencias de validez transcultural.

VIII. REFERENCIAS

- Abarca, M. G. (2022). *Relación entre los síntomas del trastorno límite de la personalidad y el apego en el grupo femenino TLP Borderline 2021* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental. <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11351>
- Aiken, L. R. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955–959. <https://doi.org/10.1177/001316448004000419>
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. (11.ª ed.). Prentice Hall.
- Alghamdi, F. S. (2024). Borderline personality disorder in Saudi Arabia: The psychometric properties of the Arabic version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Research in Curriculum, Instruction and Educational Technology*, 10(1), 245-266. <https://doi.org/10.21608/jrciet.2024.337322>
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.).
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- André, J. A., Verschuere, B., & Lobbestael, J. (2015). Diagnostic value of the Dutch version of the McLean Screening Instrument for BPD (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 29(1), 71–78. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_148

- Apaza, A. B. (2025). *Experiencias adversas en la infancia: Un estudio de revisión sistemática en adultos con trastorno límite de la personalidad* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. <http://hdl.handle.net/10757/675617>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación científica*. (6.^a ed.). Episteme.
- Ato, M., López, J. J., y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality disorders*, 18(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>
- Black, D. W. (2004). The natural history of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 116-124. <https://doi.org/10.1177/070674370404901005>
- Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 472–473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.472>
- Buela, G., y Sierra, J.C. (Dirs.). (1997). *Manual de evaluación psicológica. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Siglo XXI de España Editores.

- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2019). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2* (A. Ávila-Espada & F. Jiménez-Gómez, Adapt.; 4.^a ed.). TEA Ediciones.
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de salud pública*, 10(5), 831–839. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210515.pdf>
- Catena, A., Ramos, M. M., & Trujillo, H. M. (2003). *Análisis multivariado: un manual para investigadores*. Biblioteca Nueva.
- Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Yuen, H. P., Rawlings, D., & Jackson, H. J. (2008). Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 353–364. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.353>
- Choi, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Choudhary, S. (2017). Adaptation of psychometric tests for identifying of borderline personality disorder patients in India. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 43(2), 257–266. <https://www.researchgate.net/publication/302577533>
- Consejo Directivo del Colegio de Psicólogos del Perú. (2018). *Reglamento interno nacional*. Colegio de Psicólogos del Perú.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de investigación y estadística en Psicología*. (3era Ed.). Manual Moderno.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Dias, D. S., y Natividade, J. C. (2024). Brazilian adaptation of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 46, e20220486. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2022-0486>
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Gadermann, A. M., Guhn, M., & Zumbo, B. D. (2012). Estimating ordinal reliability for Likert-type and ordinal item response data: A conceptual, empirical, and practical guide. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 17(1), 3. <https://doi.org/10.7275/n560-j767>
- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2006). *Trastorno límite de la personalidad (TLP)* (Quaderns de salut mental; 8). CatSalut.
- Goodman, M. (2017). The course of self-destructive behaviors in borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.001>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & 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. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

- Grinker, R. R., Werble, B., & Drye, R. C. (1968). *The borderline syndrome: A behavioural study of ego-functions*. Basic Books.
- Gunderson, J.G., & Gabbard, G.O. (2000). *Psychotherapy for personality disorders. Review of Psychiatry*. American Psychiatric Press.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G (2002). *Trastorno límite de personalidad: Guía clínica*. Ars Médica.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C. A., Ansell, E. B., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives Of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135(7), 792–796.
<https://doi.org/10.1176/ajp.135.7.792>
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7, 141–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta. ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.

Hospital Víctor Larco Herrera. (2022). *Resolución Directoral N.º 183-2022-DG-HVLH-MINSA*. Ministerio de Salud del Perú. <https://larcoherrera.gob.pe/wp-content/uploads/2022/11/R.-D-183-2022-DG-HVLHMINSAs.pdf>

Hylar, S. E., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kellman, H. D., & Doidge, N. (1992). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: a replication in an outpatient sample. *Comprehensive psychiatry*, 33(2), 73–77. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(92\)90001-7](https://doi.org/10.1016/0010-440x(92)90001-7)

Kahn, J. H. (2006). Factor analysis in Counseling Psychology research, training and practice: Principles, advances and applications. *The Counseling Psychologist*, 34(5), 684–718. <https://doi.org/10.1177/0011000006286347>

Keith, T. Z. (2019). *Multiple regression and beyond: An introduction to multiple regression and structural equation modeling*. (3rd ed.). Routledge.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.

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

Kernberg, O. F., Goldstein, E. G., Carr, A. C., Hunt, H. F., Bauer, S. F., & Blumenthal, R. (1981). Diagnosing borderline personality: A pilot study using multiple diagnostic methods. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(4), 225–231.

- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography, and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981-1986. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Kolb, J. E., & Gunderson, J. G. (1980). Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 37-41. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780140039004>
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2(3), 151-160. <https://doi.org/10.1007/BF02288391>
- Last, J. M. (Ed.). (2000). *A Dictionary of Epidemiology*. (4th ed.). Oxford University Press.
- Lawn, S., & McMahon, J. (2015). Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 510-521.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>

- Leung, S. W., & Leung, F. (2009). Construct validity and prevalence rate of borderline personality disorder among Chinese adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 494–513. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.494>
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Maroco, J. & García-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.
- Martínez, M. R., Hernández, M. V., y Hernández, M. J. (2006). *Psicometría*. Alianza Editorial.
- Mazlan, N. H., & Ahmad, A. (2012). Factorial validity of the Malay-translated version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) for use among female prisoners. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 21(1), 1–8. <https://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/view/195/151>
- McDonald, R. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. <https://doi.org/10.4324/9781410601087>
- Meneses, J. (Coord.), Barrios, M., Bonillo, A., Cosculluela, A., Lozano, L. M., Turbany, J., & Valero, S. (2013). *Psicometría*. Editorial UOC.
- Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. John Wiley & Sons.

Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *Millon Clinical Multiaxial Inventory–IV (MCMI-IV) manual*. Pearson.

Ministerio de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2024). *Vigilancia epidemiológica de problemas priorizados de salud mental. Perú 2016-2024 - SE 09* [Informe]. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2024/SE09/mental.pdf>

Mirkovic, B., Speranza, M., Cailhol, L., Guelfi, J., Perez-Diaz, F., Corcos, M., Robin, M., & Pham-Scottetz, A. (2020). Validation of the French version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD) in an adolescent sample. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02643-8>

Montero, I., y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(3), 503-508. http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-53.pdf

Morales, P. (2011). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas.

Mousavi, E., Dabaghi, P., & Taghva, A. (2020). Screening borderline personality disorder: The psychometric properties of the Persian version of the McLean screening instrument for borderline personality disorder. *Journal of Research in Medical Sciences*, 25, 97. https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_949_19

Muehlenkamp, J. J. (2012). Body regard in nonsuicidal self-injury: The roles of psychopathology and body modification. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 757-767. <https://doi.org/10.1002/jclp.21857>

- Muñiz, J. (1998). La medición de lo psicológico. *Psicothema*, 10(1), 1-21.
- Munawar, K., Aqeel, M., Rehna, T., Shuja, K. H., Bakrin, F. S., & Choudhry, F. R. (2021). Validity and reliability of the Urdu version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 533526. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.533526>
- New, A. S., Triebwasser, J. & Charney, D. S. (2008). The case for shifting borderline personality disorder to Axis I. *Biological Psychiatry*, 64(8), 653-659.
- Nuván, I. L., Rivera, D. A., Carrillo, S. M., Forgiony, J. O., Bonilla, N. J., & Rozo, A. C. (2018). Diferencias en la calidad psicométrica de test contruidos mediante la estrategia pedagógica audiovisual y las estrategias pedagógicas tradicionales. *Revista Espacios*, 39(25), 7.
- Oliver, A., Galiana, L. y Bustos, V. (2018). Validación de la Escala de Satisfacción con la Vida y su relación con las dimensiones del autoconcepto en universitarios peruanos. *Persona*, 21(2), 29-44.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, con glosario y criterios diagnósticos de investigación (CIE-10: CDI-10)* (P. García & M. Magariños, Trads.). Editorial Médica Panamericana.
- Oviedo, G. F., Gómez-Restrepo, C., Rondón, M., Borda, J. P., y Tamayo, N. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud

- Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 127-134.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002>
- Patel, A. B., Sharp, C., & Fonagy, P. (2011). Criterion validity of the MSI-BPD in a community sample of women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 403–408. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9238-5>
- Pérez, P. (2016). *Actitudes de psicólogos y psiquiatras sobre pacientes con el trastorno límite de personalidad en un hospital psiquiátrico de Lima, Perú* [Tesis de licenciatura, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional Universidad de Lima.
<https://doi.org/10.26439/ulima.tesis/1882>
- Salsman, N., & Linehan, M. (2006). Dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51-58.
- Sanz, P., Vega, L. S., & Molina, J. D. (2019). Trastornos de la personalidad. Formas límite. Trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine – Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4975-4983.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.002>
- Segura, A. (2006). Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gaceta Sanitaria*, 20, 88-95. <https://doi.org/10.1157/13086031>
- Serna, J. G. (2024). Análisis de las características de psicoterapias basadas en evidencia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Letra en Psicoanálisis*, 10(2), 18-42.

- Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with borderline personality disorder in emergency departments. *Frontiers In Psychiatry*, 8, 136. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00136>
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1647-1658.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51(12), 951-963.
- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016). Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 195-202. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia: The development of criteria. *Archives of General Psychiatry*, 36(1), 17-24. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780010023001>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.
- Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes*. McGraw-Hill.

- Teti, G. L., Boggiano, J. P., y Gagliesi, P. (2015). Terapia dialéctico-conductual (DBT): un tratamiento posible para pacientes con trastornos severos. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, 26, 57–64.
- Times, S. (2019). Meta-analysis of suicide risk in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(5), 621-634. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_450
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (Comps.). (2008). *Introducción a la psicometría*. Paidós.
- Ventura, J. L., y Caycho, T. (2017). El coeficiente omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625–627. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1512710616>
- Viladrich, C., Angulo-Brunet, A. y Doval, E. (2017). Un viaje alrededor de alfa y omega para estimar la fiabilidad de consistencia interna. *Anales de psicología*, 33(3), 755-782. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.3.268401>
- Yazdani, S., Shirvani, A., & Heidarpoor, P. (2021). A Model for the Taxonomy of Research Studies: A Practical Guide to Knowledge Production and Knowledge Management. *Archives of Pediatric Infectious Diseases*, 9(4), e112456. <https://doi.org/10.5812/pedinflect.112456>
- Ye, E. (2019). *Psychometric properties of the MSI-BPD-R* [Undergraduate thesis, The Pennsylvania State University]. Schreyer Honors College. <https://honors.libraries.psu.edu/catalog/5975ejy5050>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-Year Course of Borderline Personality Disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 163(5), 827-832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal Of Personality Disorders*, 17(6), 568-573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>

Zhong, Q. Y., Gelaye, B., Zaslavsky, A. M., Fann, J. R., Rondon, M. B., & Sánchez, S. E. (2015). Diagnostic validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) among pregnant women. *PLOS ONE*, 10(4), e0125096. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125096>

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). The reliability and validity of a screening questionnaire for 13 DSM-IV Axis I disorders (the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(10), 677-683. <https://doi.org/10.4088/JCP.v60n1004>

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Variable	Dimensión	Ítems	Escala de respuesta	Tipo de variable	Nivel de medición
Dicotómica					
Trastorno límite de la personalidad	Unidimensional	10	(Sí = 1, No = 0)	Cuantitativa	Nominal
Likert					
Para nada = 0					
Varios días = 1					
Trastorno de ansiedad generalizada	Unidimensional	7	Más de la mitad de los días = 2	Cuantitativa	Ordinal
Casi todos los días = 3					
Likert					
Totalmente en desacuerdo = 1					
En desacuerdo = 2					
Ligeramente en desacuerdo = 3					
Satisfacción con la vida	Unidimensional	5	Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 4	Cuantitativa	Ordinal
Ligeramente de acuerdo = 5					
De acuerdo = 6					
Totalmente de acuerdo = 7					

Anexo B: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado(a) a participar en la siguiente investigación para optar al grado de Licenciatura en psicología, desarrollada por la estudiante Flor Romero la cual tiene como objetivo el adaptar y analizar las características psicométricas de un instrumento en jóvenes de Lima Metropolitana.

La participación en este estudio es estrictamente voluntario y si usted accede a participar, se le pedirá completar el instrumento, lo que le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Además, quiero mencionarle que algunas preguntas pueden ser susceptibles para quien las responda. Las respuestas de este formulario son totalmente confidenciales; es decir la información que se recolectará será empleado única y exclusivamente en la investigación mencionada. Todas las respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto será totalmente anónimas.

- Participan los residentes en Lima Metropolitana con cualquier nivel de instrucción.
- En caso de no comprender algún enunciado o pregunta del formulario, por favor comunicarse al correo: romero.af19@gmail.com o al 2019007409@unfv.edu.pe

Luego de haber leído el consentimiento informado, ¿Usted brinda su consentimiento para el estudio?

A) Si () B) No ()

Anexo C: Ficha sociodemográfica

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nombre y apellido (ejemplo: Juan Pérez)

Sexo (características biológicas y físicas)

A) Varón () B) Mujer ()

Edad (ejemplo: 22)

¿Usted dónde vive?

A) Lima centro (Breña, Jesús María, etc.)

B) Lima norte (SMP, Comas, Los Olivos etc.)

C) Lima sur (San Juan de Miraflores, Surco, VMT etc.)

D) Lima este (La Molina, Ate, SJL, Santa Anita etc.)

¿Usted tiene algún diagnóstico de Trastorno límite de la personalidad (borderline)?

¿Has sufrido de algún tipo de violencia sexual?

A) Si () B) No ()

¿Tu familia ha tenido muchos problemas (peleas, abandono, separación, agresión etc.)?

A) Si () B) No ()

Anexo D: Cuestionario MSI BPD

INSTRUMENTO SCREENING MSI BPD

Lea atentamente las preguntas y marque SI o NO según corresponda tu caso.

Durante este último año:

	ÍTEMS	SI	NO
1	¿Alguna de tus relaciones más cercanas (familia, amigos o pareja) se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o separaciones frecuentes?		
2	¿Te has lastimado físicamente (golpeándote, cortándote o quemándote) intencionalmente? ¿O alguna vez has intentado quitarte la vida?		
3	¿Has tenido al menos dos de los siguientes problemas de impulsividad (por ejemplo, comer mucho en poco tiempo, gastar demasiado dinero, beber mucho alcohol, momentos que hablas de forma agresiva)?		
4	¿Has sentido que tu estado de ánimo cambia muy rápido, pasando de estar muy feliz a muy triste o enojado en poco tiempo?		
5	¿Te has sentido o te sientes enojado/a la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica (hablando de forma cortante o burlona)?		
6	¿A menudo, sientes desconfianza de otras personas?		
7	¿Te has sentido frecuentemente como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?		
8	¿Te has sentido o te sientes vacío la mayor parte del tiempo?		
9	¿A menudo sientes que no sabes quién eres realmente o que no tienes identidad propia?		
10	¿Has hecho cosas desesperadas para evitar sentirte abandonado, como, por ejemplo: llamar muchas veces a esa persona para asegurarte de que aún le importas, suplicarle que no te deje, aferrarte físicamente?,		

Anexo E: Cuestionario GAD 7

CUESTIONARIO GAD 7

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

Marque su respuesta:

	ÍTEMS	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1	Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0	1	2	3
2	No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3	Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4	Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5	Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6	Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7	Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

Anexo F: Cuestionario de satisfacción con la vida

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA

A continuación, va a tener 5 afirmaciones, elija la alternativa que usted crea más adecuada

	ÍTEMS	Totalmente desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	En la mayoría de los sentidos, mi vida se acerca a mi ideal							
2	Las condiciones de mi vida son excelentes							
3	Estoy satisfecho (a) con mi vida							
4	Hasta ahora he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida							
5	Si tuviera que vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada							

Anexo G: Ficha piloto

Ficha de Evaluación para Prueba Piloto de Comprensión de Ítems

Nombre del instrumento: McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) – Versión adaptada al español

Objetivo: Evaluar la comprensión, claridad y adecuación cultural de los ítems en población joven adulta.

Datos del participante:

Edad: ____ años

Sexo: F M

Grado de instrucción: _____

Observaciones generales: _____

Instrucciones al participante

A continuación, te presentaré algunas afirmaciones del cuestionario.

Por favor, indícame si las entiendes claramente, si alguna palabra o frase te resulta confusa o poco común, y cómo la cambiarías para que sea más fácil de entender.

N	Ítem versión española	¿Se entendió claramente?		Dificultad o palabra confusa	Sugerencias del participante
		Si	No		
	Ejemplo: Suelo tener insomnio	x		insomnio	para algunos el término insomnio puede ser complejo, puede usarse otra palabra
1	¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?				
2	¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio?				
3	¿Has tenido al menos 2 de los siguientes problemas de impulsividad?: atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal				
4	¿Te has sentido extremadamente malhumorado?				
5	¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica?				
6	¿A menudo has sentido desconfianza de la gente?				
7	¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?				
8	¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica?				
9	¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia?				
10	¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado, como, por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarte físicamente?				

Anexo H: Ficha de validación de jueces

Validez de contenido del "INSTRUMENTO DE TAMIZAJE MCLEAN PARA TLP (MSI-BPD)"

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

N.º	ÍTEM Versión adaptada	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias/Observaciones
		Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	¿Alguna de tus relaciones más cercanas (familia, amigos o pareja) se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o separaciones frecuentes?							
2	¿Te has lastimado físicamente (golpeándote, cortándote o quemándote) intencionalmente? ¿O alguna vez has intentado quitarte la vida?							
3	¿Has tenido al menos dos de los siguientes problemas de impulsividad (por ejemplo, comer mucho en poco tiempo, gastar demasiado dinero, beber mucho alcohol, momentos que hablas de forma agresiva)?							
4	¿Has sentido que tu de ánimo cambia muy rápido, pasando de estar muy feliz a muy triste o enojado en poco tiempo?							
5	¿Te has sentido o te sientes enojado/a la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica (hablando de forma cortante o burlona)?							
6	¿A menudo, sientes desconfianza de otras personas?							
7	¿Te has sentido frecuentemente como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?							
8	¿Te has sentido o te sientes vacío la mayor parte del tiempo?							
9	¿A menudo sientes que no sabes quién eres realmente o que no tienes identidad propia?							
10	¿Has hecho cosas desesperadas para evitar sentirte abandonado, como, por ejemplo: llamar muchas veces a esa persona, suplicarle que no te deje, aferrarte físicamente?							

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE TAMIZAJE MCLEAN PARA TLP (MSI-BPD)

Observaciones: _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. / Mg:

DNI: N° de colegiatura:

Formación académica del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Especialidad	Periodo formativo
01			
02			

Experiencia profesional del validador: (asociado a su calidad de experto en la variable y problemática de investigación)

	Institución	Cargo	Lugar	Periodo laboral	Funciones
01					
02					
03					

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión