

**Caracterización De Los Estilos De Vida Niveles De Actividad Física Y Factores  
Psicosociales En Una Muestra De Personas Con Trastorno Límite De La  
Personalidad (TLP) En Bogotá**

Laura Daniela Márquez Fajardo

Alejandro Rivera Aguilera

Laura Sofía Valbuena Noguera

Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación Física

Licenciatura En Deporte

Bogotá D.C., 2026

**Caracterización De Los Estilos De Vida Niveles De Actividad Física Y Factores  
Psicosociales En Una Muestra De Personas Con Trastorno Límite De La  
Personalidad (TLP) En Bogotá**

Laura Daniela Márquez Fajardo

Alejandro Rivera Aguilera

Laura Sofía Valbuena Noguera

Director De Tesis

Luis Andrés Téllez Tinjaca

Universidad Pedagógica Nacional

Facultad de Educación Física

Licenciatura En Deporte

Énfasis en Actividad Física y Salud

Bogotá D.C., 2026

## **Agradecimientos**

Agradecemos de manera primordial a nuestro tutor y asesor de tesis, el Msc. Luis Andrés Téllez Tinjaca, por su compromiso, su dirección y apoyo que ha sido fundamental para enriquecer este trabajo, su paciencia para resolver nuestras dudas y lograr mantener este proyecto dentro de los parámetros metodológicos y técnicos que se exigen para el presente estudio. Su asesoramiento no solo ha sido un soporte académico y conceptual, sino un motor de calidad humana para profundizar en la responsabilidad que tenemos como futuros Licenciados en Deporte.

Agradecemos a la Universidad Pedagógica Nacional y a la Facultad de Educación Física por facilitar el entorno académico.

Extendemos un agradecimiento a todas aquellas personas diagnosticadas con TLP que aceptaron participar en esta muestra, su disposición para compartir su información sensible a través de los instrumentos de recolección fueron el insumo esencial que nos permitió generar datos, contribuyendo en la visibilización y mejora de la calidad de vida de esta población.

## **Dedicatoria**

Sofía: Dedico este trabajo a mi mamá y a mi hermana por su apoyo incondicional y compañía, en especial en los momentos difíciles en los que no permitieron que me rindiera; a mi pareja, por su paciencia y apoyo en los días de duda; a mis compañeros, por el apoyo y aprendizaje compartido durante esta etapa. Finalmente, me dedico este trabajo a mí misma, por la constancia, por siempre intentar dar un poco más y no rendirme ante los retos académicos.

Laura: Por ser mi luz, fuerza y amor: Para mi mami, Gladys, mi hermanita, Aleja y a mi pareja, Iván; que me han acompañado en mi transitar en la Universidad. A mis pollitos que son mi motor y motivación para ser mejor Profesora y persona. A mis amigos, compañeros y profesores por sostenerme, guiarme y animarme. Me han visto convertirme en Licenciada en Deporte. Finalmente, a cada una de las personas que vive desde la intensidad y se esfuerza día a día por mantenerse a flote, sanar y revivir.

## Tabla De Contenido

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción .....                                                                                                                                                            | 1  |
| Planteamiento Del Problema.....                                                                                                                                               | 7  |
| Pregunta De Investigación .....                                                                                                                                               | 11 |
| Antecedentes .....                                                                                                                                                            | 12 |
| Justificación .....                                                                                                                                                           | 18 |
| Objetivos .....                                                                                                                                                               | 22 |
| General.....                                                                                                                                                                  | 22 |
| Objetivos Específicos: .....                                                                                                                                                  | 23 |
| Marco Conceptual.....                                                                                                                                                         | 24 |
| Marco Legal.....                                                                                                                                                              | 28 |
| Normativa Nacional De Salud Y Salud Mental .....                                                                                                                              | 28 |
| Normativa Nacional Sobre Actividad Física Y Estilos De Vida Saludable .....                                                                                                   | 29 |
| <i>Normativa Internacional Y Guías.</i> .....                                                                                                                                 | 30 |
| Los instrumentos internacionales ratificados por Colombia y las guías técnicas proveen un<br>marco ético, universal y estándares de buenas prácticas para investigación ..... | 30 |
| Protección De Datos Y Ética En Investigación.....                                                                                                                             | 31 |
| Marco Metodológico:.....                                                                                                                                                      | 32 |
| Criterios De Inclusión .....                                                                                                                                                  | 33 |
| Criterios De Exclusión.....                                                                                                                                                   | 33 |
| Muestra Y Muestreo.....                                                                                                                                                       | 33 |
| Instrumentos.....                                                                                                                                                             | 33 |
| Ficha Sociodemográfica Y Clínica. ....                                                                                                                                        | 33 |
| Cuestionario De Estilos De Vida (FANTASTICO): .....                                                                                                                           | 34 |
| Escala De Afectividad Positiva Y Negativa (PANAS): .....                                                                                                                      | 34 |
| Cuestionario De Regulación Emocional (ERQ): .....                                                                                                                             | 34 |
| IPAQ– GPAQ: .....                                                                                                                                                             | 34 |
| Análisis De Datos .....                                                                                                                                                       | 35 |
| Consideraciones Éticas: .....                                                                                                                                                 | 35 |
| Resultados .....                                                                                                                                                              | 38 |
| Caracterización Sociodemográfica .....                                                                                                                                        | 38 |
| Edad .....                                                                                                                                                                    | 38 |
| Sexo .....                                                                                                                                                                    | 38 |
| Nivel Educativo .....                                                                                                                                                         | 40 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Situación Laboral .....                                  | 41 |
| Perfil Clínico .....                                     | 41 |
| Edad de Diagnóstico .....                                | 41 |
| Comorbilidad .....                                       | 42 |
| Tratamiento Farmacológica .....                          | 42 |
| Historial de Hospitalización Psiquiátrico .....          | 43 |
| Abandono de tratamientos .....                           | 43 |
| Factores Psicosociales Y Calidad De Vida .....           | 44 |
| Apoyo Familiar y Redes de Apoyo .....                    | 45 |
| Discriminación Social Por Trastorno .....                | 47 |
| Niveles De Actividad Física.....                         | 47 |
| Distribución De Niveles De Actividad Física (IPAQ) ..... | 47 |
| Distribución del nivel de actividad física (GPAQ) .....  | 49 |
| Afecto Positivo Y Negativo (PANAS).....                  | 50 |
| Regulación Emocional (ERQ) .....                         | 52 |
| Estilos De Vida (FANTÁSTICO) .....                       | 53 |
| Síntesis De Hallazgos .....                              | 55 |
| Discusión.....                                           | 58 |
| Perfil Sociodemográfico Y Clínico .....                  | 58 |
| Niveles De Actividad Física.....                         | 59 |
| Regulación Y Estado Afectivo (PANAS Y ERQ) .....         | 59 |
| Estilos De Vida.....                                     | 60 |
| Factores Psicosociales.....                              | 61 |
| Aportes Al Contexto Colombiano.....                      | 62 |
| Limitaciones.....                                        | 62 |
| Sugerencias .....                                        | 63 |
| Conclusiones .....                                       | 64 |
| Referencias.....                                         | 66 |
| Anexos .....                                             | 76 |
| Anexo1. Consentimiento Informado.....                    | 76 |
| Anexo2. Cuestionario Fantastico .....                    | 79 |
| Anexo 3. Cuestionarios Psicosociales.....                | 86 |

## Índice De Tablas

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabla 1.</b> <i>Estadísticos descriptivos de la edad actual (n=18)</i> .....                            | 38 |
| <b>Tabla 2.</b> <i>Distribución de la Muestra por Sexo de los Participantes</i> .....                      | 39 |
| <b>Tabla 3.</b> <i>Distribución por nivel educativo alcanzado (n = 18)</i> .....                           | 40 |
| <b>Tabla 4.</b> <i>Distribución de los participantes según su condición laboral</i> .....                  | 41 |
| <b>Tabla 5.</b> <i>Edad De Diagnostico</i> .....                                                           | 42 |
| <b>Tabla 6.</b> <i>Comorbilidad De Los Trastorno</i> .....                                                 | 42 |
| <b>Tabla 7.</b> <i>Tratamiento farmacológico</i> .....                                                     | 42 |
| <b>Tabla 8.</b> <i>Comorbilidad de los trastorno</i> .....                                                 | 43 |
| <b>Tabla 9.</b> <i>Antecedentes familiares</i> .....                                                       | 44 |
| <b>Tabla 10.</b> <i>Calidad de vida auto percibida</i> .....                                               | 44 |
| <b>Tabla 11.</b> <i>Calidad de las relaciones interpersonales</i> .....                                    | 46 |
| <b>Tabla 12.</b> <i>Calidad De Las Relaciones Interpersonales (N = 18)</i> .....                           | 46 |
| <b>Tabla 13.</b> <i>Distribución por nivel de actividad física según ipaq</i> .....                        | 48 |
| <b>Tabla 14.</b> <i>Estadísticos descriptivos de met-min/semana – IPAQ</i> .....                           | 48 |
| <b>Tabla 15</b> <i>Distribución por nivel de actividad física</i> .....                                    | 49 |
| <b>Tabla 16.</b> <i>Estadístico descriptivo de met-min/semana – GPAQ</i> .....                             | 50 |
| <b>Tabla 17.</b> <i>Estadístico descriptivos de las panas</i> .....                                        | 51 |
| <b>Tabla 18.</b> <i>Estadísticos Descriptivos Del Erq</i> .....                                            | 52 |
| <b>Tabla 19.</b> <i>Estadísticos descriptivos del cuestionario FANTÁSTICO</i> .....                        | 54 |
| <b>Tabla 20.</b> Rangos interpretativos del cuestionario FANTÁSTICO y clasificación de la<br>muestra ..... | 54 |
| <b>Tabla 21.</b> <i>Síntesis de hallazgos</i> .....                                                        | 56 |

## Índice De Figuras

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1.</b> <i>Distribución de la edad actual (n = 18)</i> .....                  | 39 |
| <b>Figura 2.</b> <i>Distribución de la muestra según sexo biológico (n = 18)</i> ..... | 39 |
| <b>Figura 3.</b> <i>Nivel Educativo Alcanzado (N = 18)</i> .....                       | 40 |
| <b>Figura 4.</b> <i>Distribución De La Edad Al Diagnóstico (N = 18)</i> .....          | 41 |
| <b>Figura 5.</b> <i>Perfil Clínico</i> .....                                           | 43 |
| <b>Figura 6.</b> <i>Calidad de vida auto percibida</i> .....                           | 45 |
| <b>Figura 7.</b> <i>Calidad de relación familiar</i> .....                             | 45 |
| <b>Figura 8.</b> <i>Variables psicosociales y calidad de vida (n = 18)</i> .....       | 46 |
| <b>Figura 9.</b> <i>Perfil Clínico Y Psicosocial — Barras Apiladas (N = 18)</i> .....  | 47 |
| <b>Figura 10.</b> <i>Nivel y volumen de actividad física – IPAQ</i> .....              | 49 |
| <b>Figura 11.</b> <i>Nivel y volumen de actividad física</i> .....                     | 50 |
| <b>Figura 12.</b> <i>Afecto positivo y negativo - PANAS</i> .....                      | 51 |
| <b>Figura 13.</b> <i>Regulación emocional ERQ</i> .....                                | 53 |
| <b>Figura 14.</b> <i>Estilos de vida — Cuestionario FANTÁSTICO</i> .....               | 55 |

## **Índice De Abreviaturas**

AD: Actividad Deportiva

AF: Actividad Física

APA: Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association)

CONPES: Documento de política pública nacional

CRS: Comportamientos Relacionados con la Salud

DBT/TDC: Terapia Dialectico Conductual (Dialectical Behavior Therapy)

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición

EMA: Evaluación Ecológica Momentánea

ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional

FANTASTICO: Cuestionario de Estilos de Vida

GEIH: Gran encuesta Integrada de Hogares

GPAQ: Cuestionario para medir el volumen e intensidad de la actividad física enfocada en trabajo, transporte y tiempo libre

IPAQ: Cuestionario para medir el volumen e intensidad de la actividad física

NCS-R: Encuesta Nacional de Comorbilidad

OMS: Organización Mundial de la Salud

PANAS: Escala de Afectividad Positiva y Negativa

PRISMA: Método utilizado para realización de revisiones sistemáticas

SPA: Sustancias Psicoactivas

TMB: Terapia Basada en Mentalización

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TM: Trastornos Mentales

## Introducción

Los trastornos mentales (TM) según la OMS (2022) afectan campos vitales para el desarrollo de la persona, como aspectos sociales o laborales. Los TM se manifiestan en perturbaciones importantes en procesos mentales, gestión emocional o conducta del individuo. La influencia en la calidad de vida es significativa. Esto se debe tanto al trastorno mental mismo, sino también a la poca accesibilidad a tratamientos y atención eficiente; además del estigma y discriminación social que varias personas deben sobrellevar.

La American Psychiatric Association (2013) quién define el (TLP) trastorno límite de la personalidad como un trastorno caracterizado por alta fluctuación emocional. Las personas con TLP revelan dificultades para gestionar, entender y sobrellevar las emociones, resultando en una variabilidad constante de las mismas, como: tristeza, alegría, enojo o ansiedad, por nombrar algunas; que además influye en la autopercepción, lo que conlleva a que la identidad de la persona puede cambiar con facilidad, reflejando también una alta impulsividad en aspectos tanto interpersonales como intrapersonales con relaciones conflictivas, inestables y afectivamente oscilantes.

Los síntomas y rasgos del trastorno generan deterioro significativo en la salud mental y en la calidad de vida. En este sentido, Grambal et al. (2016) señalan que el TLP no solo afecta la salud mental, sino también diversas áreas de la vida cotidiana, como el ámbito laboral, la salud física, emocional y las relaciones interpersonales, en comparación con personas que no presentan este trastorno. La necesidad de generar tratamientos que aborden todas las aristas (no viéndose únicamente los síntomas) es de vital importancia para un adecuado proceso terapéutico donde se atiendan y entiendan las dificultades diarias para las personas con TLP.

Por lo anteriormente expuesto, el presente estudio sobre la caracterización de estilos de vida y factores psicosociales en personas con TLP en Bogotá resulta relevante debido a la naturaleza deletérea de este trastorno. La actividad física puede mitigar rasgos característicos del trastorno, como señalan Taylor et al. (1985), existe evidencia de que el ejercicio aeróbico y de resistencia mejorar el estado de ánimo, la imagen corporal y la autoestima, lo que a su vez contribuye a la reducción de estados de ansiedad, tanto temporales como persistentes.

Según Hötting y Röder (2013), la actividad física incide en la salud mental y cognitiva, ya que fomenta la neuroplasticidad en ciertas regiones cerebrales, lo que se traduce en un impacto positivo en funciones cognitivas como la percepción, la memoria y la atención.

Dada la importancia de la actividad física para la salud física, mental y cognitiva, esta puede considerarse una herramienta potencial. Su implementación podría mejorar la gestión cotidiana y bienestar de las personas que viven con TLP, complementando tratamientos existentes, tales como los farmacológicos, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la Terapia Basada en Mentalización (TBM) (Luque Patiño, 2023). Además de contribuir con la investigación y la práctica clínica del TLP que también ayuda a reducir el estigma asociado al trastorno.

Las investigaciones centradas en la AF y el TLP son limitadas, dándose por sentado el uso de las terapias anteriormente mencionadas y a continuación descritas:

Según Linehan (1993), la TDC fue desarrollada para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad (TLP). Esta intervención incluye estrategias orientadas a la identificación de patrones de conducta desadaptativos y a la resolución de problemáticas específicas, integrando técnicas de validación y mindfulness que favorecen a la aceptación de las emociones y de las situaciones actuales de la persona. Asimismo, su enfoque dialectico busca flexibilizar el pensamiento dicotómico característico del TLP.

La TBM, según Bateman y Fonagy (2006), es una psicoterapia basada en la metalización, entendida como la capacidad de interpretar y reflexionar sobre los propios pensamientos y sentimientos, así como sobre los de los demás. Esta habilidad resulta fundamental para la regulación emocional y el manejo de las relaciones interpersonales, especialmente en situaciones de alta intensidad emocional.

Los mencionados tratamientos pueden enfrentarse a diversas limitaciones. De acuerdo con O'Connell y Dowling (2014), al tratarse de terapias especializadas para el trastorno límite de la personalidad, requieren profesionales altamente capacitados para su adecuada implementación. Esto dificulta el acceso para personas que viven en ciudades descentralizadas o que cuentan con bajos recursos económicos. Asimismo, debido a que el TDV suele extenderse aproximadamente durante un año, puede presentarse una baja adherencia al tratamiento.

De acuerdo con Stoffers-Winterling et al. (2020), aunque la TDC y la TBM son las psicoterapias más estudiadas y relevantes para el tratamiento del TLP, aún existe una limitada replicación de los estudios, lo que dificulta con mayor confianza en los resultados que respaldan la evidencia de estas intervenciones.

En cuanto al uso de fármacos, Gartlehner et al. (2021) y Stoffers-Winterling et al. (2022) señalan que el tratamiento farmacológico tiene limitaciones, no siendo consistentes los resultados de su uso, dado que no son específicos para el trastorno.

No se hace mención del uso de la actividad o ejercicio físicos para el tratamiento del TLP en los tratamientos anteriormente descritos. Para el caso de Colombia, no existe una aproximación de los estilos de vida y factores psicosociales recogidos en un estudio para iniciar procesos de AF con personas con TLP acogiéndose a las necesidades de la población.

Se aborda una perspectiva teórica multidisciplinar, integrando enfoques de la psicología clínica, la medicina del comportamiento, las ciencias del deporte y la actividad física.

Por ello, se analizan los principales fundamentos teóricos que sustentan el trabajo como lo son:

La teoría biopsicosocial de Engel, del estrés y la regulación emocional de Gross, la teoría de la neuro plasticidad de Voss et al y la teoría del autocontrol y la autodeterminación de Deci y Ryan.

La teoría biopsicosocial de Engel (1977), critica de manera directa el modelo tradicional biomédico de las enfermedades. Argumenta que el tratamiento de las enfermedades y el mantenimiento de la salud requieren considerar múltiples factores. Además, el TLP implica una interacción compleja entre aspectos biológicos, patrones psicológicos desadaptativos y contextos sociales altamente estresantes. En este sentido, sería fundamental incorporar la actividad física (AF) como un elemento capaz de incidir simultáneamente en los niveles, asociándose con disminución de estrés, incremento del afecto positivo y mayor participación social.

La conexión existente entre la regulación emocional y la AF se ve fundamentada en La teoría del estrés de Gross (1998,2015), quien la define como los procesos mediante los cuales las personas influyen en sus emociones. Esto incluye determinar cuáles experimentan, cuándo las sienten y cómo las expresan. En el TLP, predomina un patrón de desregulación caracterizado por compulsividad y estrategias desadaptativas, antecedentes y respuestas. No obstante, se argumenta que la actividad física puede considerarse una estrategia para regular las emociones, especialmente en personas con trastorno límite de la personalidad.

A nivel neurológico, la Teoría de la neuroplasticidad (Voss et al., 2013) respalda y fundamenta estos beneficios. Se presentan los efectos positivos de la actividad física en la neuroplasticidad. El ejercicio físico estimula la creación de nuevas neuronas en el hipocampo (neurogénesis). También mejora la capacidad neuronal para formar nuevas conexiones lo que

sugiere que la AF podría ser un coadyuvante beneficioso en los diferentes tratamientos de poblaciones con TLP al favorecer la estabilidad emocional y cognitiva.

Por otra parte, la teoría del autocontrol y la autodeterminación Deci y Ryan (1985), aporta un marco motivacional relevante. Según esta perspectiva, la satisfacción de tres necesidades psicológicas se asocia con mayor motivación autónoma, mayor bienestar y mayor adherencia al ejercicio, mientras que su frustración se vincula a desmotivación y abandono (Teixeira et al., 2012; Xu et al., 2025) genera adherencia a la AF. Estas necesidades son: autonomía (control sobre las acciones), relación (conexión social), competencia (eficacia percibida). La satisfacción de estas necesidades no solo promueve el bienestar psicológico sino también incrementa la motivación intrínseca, en personas con TLP, estas condiciones podrían contribuir a aliviar la sensación de vacío al ofrecer experiencias significativas y autoelegidas, disminuir el miedo al abandono mediante la pertenencia a un grupo de AF estable y favorecer una autoimagen más coherente basada en logros corporales y funcionales, integrando así la dimensión motivacional con el trabajo clínico sobre el trastorno. Este enfoque podría ser muy importante ya que crearía una adhesión a la AF mejorando su calidad de vida desde una dimensión holística.

Es fundamental comprender que la salud mental es determinante en la calidad de vida de las personas, por esta razón se aclara este concepto y se abordan varios estudios que ayudan a profundizar más.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, s. f.) la salud mental se refiere a permanecer en un estado de bienestar que permite enfrentar diversas situaciones de la vida diaria, como el estrés. Sin embargo, que puede verse afectada por diferentes factores, como la falla en el sistema de salud.

Adicional, Los desafíos actuales incluyen el uso creciente de dispositivos electrónicos y la automatización de tareas físicas. A pesar de la amplia investigación sobre sedentarismo, poco se ha abordado su relación con la salud mental y la calidad de vida. Esto es especialmente preocupante en el caso de las personas con el trastorno límite de personalidad, ya que aquellas sufren consecuencias graves en el deterioro de su calidad de vida debido a la inactividad física.

En el TLP, la desregulación genera afectaciones en las relaciones interpersonales, conductas, identidad y cognición, sin embargo, la desregulación emocional es un síntoma central en el TLP, esta se constituye por cuatro características nucleares: sensibilidad emocional, afecto negativo elevado y lábil, insuficiencia de mecanismos de regulación

adecuadas y exceso de estrategias desadaptativas. Algunas de las estrategias desadaptativas frente a la desregulación emocional que tienen las personas con TLP pueden ser los comportamientos impulsivos, autolesivos y suicidas, rumiación y supresión de pensamientos, trastornos de conducta alimentarios, las compras impulsivas y el consumo de sustancias, entre otros (Carpenter & Trull, 2013).

Frente al panorama de la regulación emocional es un proceso psicológico esencial para preservar la salud. Por lo anterior Benítez y Marín (2025) concluyen que la práctica de ejercicio físico incurre en el manejo de experiencias emocionales, siendo una estrategia viable para mejorar el bienestar, asociándose con la disminución del estrés y la ansiedad. Por consiguiente, se hipotetiza que la AF podría funcionar como un coadyuvante complementario comprometedor para mitigar el impacto de los picos emocionales que usualmente tienen las personas con TLP, también como herramienta funcional acompañando otros tratamientos médicos.

Por lo tanto, la finalidad de este estudio fue examinar de forma sistemática la evidencia científica actual sobre el vínculo entre la RE y la Actividad Física en población adulta. Mediante una revisión cualitativa fundamentada en la metodología PRISMA, que seleccionó 10 estudios, que fueron evaluados bajo procesos de rigurosos de evaluación técnica y de relevancia. La evidencia demuestra que de manera recurrente la práctica de Actividad Física habitual favorece la salud mental, manifestándose en la reducción del estrés, disminución de la ansiedad, el fortalecimiento del estado de ánimo y el incremento de la autoeficacia en la gestión emocional. En conclusión, la Actividad Física se consolida en una intervención eficaz y alcanzable de alto impacto promoviendo el bienestar emocional en la edad adulta.

Por el contrario, el ejercicio físico reduce los síntomas y mitiga el impacto de los picos emocionales que suelen experimentar las personas con TLP en los diferentes escenarios sociales a lo largo de su vida. Es posible suponer que actividad física se puede presentar como una estrategia complementaria prometedora, que disminuya el impacto de los picos emocionales que suelen experimentar las personas con TLP. La AF se presenta como una herramienta que podría acompañar otros tratamientos médicos y psiquiátricos establecidos. Esto con el fin de sintetizar la información de los diferentes estudios que así lo demuestran, y aportar nueva evidencia sobre la urgencia de aplicar e incluir la actividad física en estos tratamientos.

De acuerdo con Schuch et al. (2018), la actividad física ejerce un efecto protector significativo frente a la incidencia de depresión, evidenciando en su metaanálisis mediante

una disminución del riesgo del 17% (RR = 0.83; IC 95% [0.76, 0.90]). Aunque la magnitud del ello puede considerarse reducida ( $d \approx 0.20-0.30$ ), su valor clínico es notable en términos de prevención a nivel poblacional. En este sentido, la evidencia sugiere que el ejercicio no solo disminuye la probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva, sino que también aporta al bienestar emocional y psicológico. Estos hallazgos resultan especialmente pertinentes para el abordaje del TLP, donde la sintomatología depresiva y la inestabilidad afectiva son frecuentes, lo que posiciona a la AF como una estrategia complementaria y realmente útil en las intervenciones.

Teniendo en cuenta los estudios posteriores, se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los niveles de adherencia a la actividad física en personas con TLP son inferiores a los de la población general en Bogotá.
2. La mayoría de las personas que tienen TLP no reconocen la actividad física, como una terapia complementaria a los procedimientos médicos ya establecidos para el tratamiento del TLP.
3. La actividad física realizada por las personas con TLP puede verse afectada por factores psicosociales como las relaciones interpersonales y la gestión emocional.

## Planteamiento Del Problema

La American Psychiatric Association, 2013, (p. 364) caracteriza el TLP de la siguiente forma: “Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos”. De acuerdo con esto, el TLP es un trastorno que incide diferentes aspectos de las personas que lo tienen; es decir, que es multidimensional, además de ser un factor recrudecido para la salud física.

En términos internacionales, meta-análisis y revisiones epidemiológicas indican que el TLP afecta aproximadamente al 1–2% de la población general, con estimaciones que pueden llegar alrededor del 5–6% según el estudio y los criterios diagnósticos empleados (Grant et al., 2008; Vega, 2023). Estudios poblacionales en Estados Unidos reportan una prevalencia puntual cercana al 1,6–2,7% y una prevalencia de vida de hasta 5,9%, mientras que en muestras clínicas la proporción aumenta de manera marcada, situándose en torno al en atención primaria ronda el 6%, y en la consulta externa el 10% de salud mental y entre el 15–28% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (Grant et al., 2008; Zanarini et al., 2024; MSD Manuals, 2025).

En Latinoamérica, la información epidemiológica es escasa y heterogénea, pero hay algunos trabajos relevantes que permiten dimensionar el problema y evidenciar el vacío de datos, especialmente en relación con actividad física. Una actualización clínica colombiana estima que el TLP afecta alrededor del 2% de la población total y entre el 15 y el 28% de los pacientes son ingresados en unidades psiquiátricas, cifras coherentes con la literatura internacional, y subraya la carga de sufrimiento, suicidabilidad y uso de servicios que implica el trastorno (Gallego & Ospina, 2021). En conjunto, estas cifras permiten justificar la importancia del TLP como dificultad de salud pública a escala global y regional, al tiempo que evidencian un vacío específico de investigación sobre la relación entre TLP y actividad física en Latinoamérica, más allá de extrapolaciones desde otros contextos geográficos.

Para poner en cifras estos porcentajes, se utilizarán los datos de Worldometer (s. f.), señala que la población mundial es de aproximadamente de 8.285 millones de personas, siendo que este sería el 100%, al realizar una regla de tres se evidencia que:

El 1.6% corresponde a 132.128 millones de personas con TLP de la población general.

El 5.9% corresponde a 487.222 millones de personas con TLP de población en atención médica de primera línea.

El 20% corresponde al 1651.6 millones de personas con TLP de la población en hospitalización psiquiátrica.

La Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS-R) 1, compara el porcentaje de comorbilidades de trastornos centrales en adultos estadounidenses con otros tipos de trastornos de la personalidad y de igual forma, el trastorno límite de la personalidad, evidenciando:

- El porcentaje de comorbilidad de un trastorno de ansiedad para cualquier trastorno de la personalidad es de 52,4%, mientras que para el TLP es de 60,5%.
- El porcentaje de comorbilidad de cualquier trastorno del estado del ánimo para cualquier trastorno de la personalidad es de 24,1%, mientras que para el TLP es de 34,3%.
- El porcentaje de comorbilidad de cualquier trastorno del control de impulsos para cualquier trastorno de la personalidad es de 23,2%, mientras que para el TLP es de 49,0%.
- El porcentaje de comorbilidad de cualquier trastorno por consumo de sustancias para cualquier trastorno de la personalidad es de 22,6%, mientras que para el TLP es de 38,2%.
- El porcentaje de comorbilidad de cualquier trastorno para cualquier trastorno de la personalidad es de 67,0%, mientras que para el TLP es de 84,5%.

De acuerdo con los datos mencionados anteriormente, se discrimina que las personas con trastorno límite de la personalidad tienen mayor tasa de trastornos simultáneos; estando en primer lugar la comorbilidad de cualquier trastorno con un 84,5%, seguido por cualquier trastorno de ansiedad siendo un 60,5%, en tercer lugar con cualquier trastorno del control de impulsos con un 49,0%, siguiendo con cualquier trastorno por consumo de sustancias con un 38,2% y no tan lejano, con un 34,3% para cualquier trastorno del estado del ánimo.

En Colombia, además de las estimaciones clínicas puntuales, la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 aporta un dato clave para dimensionar la magnitud de los rasgos límite en la población general adulta. El estudio de tamizaje de rasgos de personalidad realizado sobre la ENSM 2015 reporta que el 4,6% (IC 95%: 4,1–5,2) de la población colombiana de 18 años o más presenta 6 o más rasgos de personalidad límite, constituyendo el grupo con mayor concentración de rasgos maladaptativos dentro de los trastornos del grupo B, con distribución similar entre hombres y mujeres (Oviedo et al., 2016). El mismo análisis muestra que el 40,8% de los adultos tiene 1–2 rasgos límite y el 14,8% tiene entre 3 y

5 rasgos, de modo que solo el 39,8% no presenta ninguno, lo que sugiere que los rasgos asociados a impulsividad y desregulación emocional son relativamente frecuentes en la población colombiana (Oviedo et al., 2016).

Es importante subrayar que estas cifras corresponden a un tamizaje de rasgos mediante cuestionarios estructurados y no a diagnósticos clínicos completos de TLP, por lo que no se puede afirmar que el 4,6% tenga un trastorno límite establecido; sin embargo, la presencia de 6 o más rasgos se interpreta como una señal fuerte de vulnerabilidad y de posible TLP probable, que requeriría evaluación clínica detallada (Oviedo et al., 2016).

En relación con la afectación del TLP en los estilos de vida, salud física y factores psicosociales, Videler et al. (2019) exponen que muchas personas con TLP no logran integrarse a la sociedad, Esto se debe al pronóstico asociado al TLP en la adultez temprana. Este pronóstico conlleva resultados negativos a lo largo de la vida, incluyendo comorbilidades y mayor riesgo de enfermedades físicas., así mismo uso de atención médica, además de presentar menor esperanza de vida y menor calidad de vida; continuando con el argumento, Schaefer et al. (2025) exponen que se vincula un mayor riesgo de trastornos cardio metabólicos, se evidencian valores de tejido adiposo epicardio más elevados, que es un indicador de enfermedad cardiovascular, lo cual en comparación a la población en general hace que se reduzca la esperanza de vida en personas con TLP.

Lo anterior se argumenta también desde Barber et al. (2019), quienes hallaron que existe una asociación directa entre el TLP y el riesgo cardio metabólico, esto por medio de vías que podrían explicarlo.

Tales como: estilos de vida menos saludables, donde se evidencia un mayor consumo de sustancias, dieta poco saludable y baja actividad física entre otros; Mecanismos biológicos que se comparan con la depresión, como la desregulación del cortisol, inflamación sistémica y disfunción autonómica cardíaca, a diferencia de la depresión, el TLP presenta unos síntomas centrales que lo caracterizan, por ejemplo, la impulsividad que reduce la adherencia a hábitos saludables e incrementa las conductas de riesgo; hostilidad e irritabilidad que relaciona mayor reactividad cardiovascular; mayor vulnerabilidad a la desregulación emocional que ya se ha asociado a un peor perfil cardio metabólico; para finalizar los autores conjeturan que una mayor carga de síntomas lograría tener consecuencias acumulativas sobre el riesgo cardio metabólico.

En concordancia con estos hallazgos, las personas con TLP participantes de su estudio reportaron fumar con mayor frecuencia y bajos niveles de ejercicio físico en comparación con

los controles, Schaefer et al. (2025) concluyen con que es necesario incorporar medidas desde el comienzo del tratamiento cíclico del TLP, que se encaminen a la mejora de los hábitos de vida desfavorables.

Lazarus et al. (2014) señalan que en el Trastorno Límite de la Personalidad es central la disfunción interpersonal. Asimismo, los factores estresantes interpersonales en personas con TLP generan mayor reactividad emocional, evidenciándose deterioro en la confianza y cooperación social. Entendiendo esto como una respuesta a vivir en entornos invalidantes, negligentes y abusivos, factores que entorpecen el adecuado desarrollo e integración de la conducta social, repercutiendo directamente en una mayor dificultad para mantener relaciones interpersonales estables y significativas.

Dufour et al. (2025), en su revisión exploratoria acerca del beneficio del apoyo entre pares con TLP, se centra en los posibles beneficios, riesgos y desafíos al momento de emplearlo.

Un par es de acuerdo con Abdi y Simbar (2013), una persona que comparte intereses, antecedentes, edad y estatus social. Cumplen roles primordiales en el desarrollo psicosocial pues proporcionan ventanas de oportunidades que ayudan a establecer relaciones interpersonales, desarrollar comportamientos sociales y fomentar un sentido de pertenencia.

Siguiendo con el argumento de Dufour et al. (2025), se evidencia como parte de los resultados reportados que trae beneficios en cuanto a la disminución del retraimiento social o aislamiento, mejor regulación emocional, así mismo mayor esperanza y empoderamiento; no obstante, se frecuentaron desafíos relacionados al desgaste o agotamiento emocional, los roles indeterminados que llevan a confusión de estos, entre otros. Los autores concluyen que, a pesar de los beneficios psicosociales prometedores para personas con TLP en conexión relacional y gestión emocional, la evidencia es limitada debido a la escasez de modelos específicos de apoyo entre pares.

Yendo al panorama nacional, en Colombia, de acuerdo con el (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015, pp. 278, 280), la población colombiana mayor de 18 años tiene prevalencia de un posible TLP, teniendo 6 o más rasgos límite de la personalidad. Para el DMS-5 se debe cumplir con 5 de los 9 criterios diagnósticos para la determinación del trastorno límite de la personalidad. Lo cual indica que no hay evidencia de cuántas personas diagnosticadas existen a nivel nacional, que además presenta un panorama de subdiagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad.

Es un problema de salud pública el hecho de que no haya estimaciones de personas diagnosticadas correctamente con TLP en Colombia, dado que los índices de suicidio en la población con trastorno límite de la personalidad son inquietantes, cerca del 10% completa el suicidio y un 75% presenta intentos de suicidio, dado que la conducta suicida es habitual en personas con este trastorno (Black et al., 2004).

Asimismo, Montero Hernández et al. (2018) señalan que, en España, las cifras relacionadas con el suicidio en personas diagnosticadas con TLP deben interpretarse dentro de un contexto epidemiológico específico, reportándose aproximadamente 100.000 decesos acumulados por esta casusa. Adicionalmente, se estima que el 70% de esta población, especialmente entre la adolescencia y la mediana edad, ha realizado al menos un intento de suicidio; de estos, alrededor del 50% presenta recurrencia en dichas conductas, y entre un 8% y el 10% llega a consumarlo. Estas cifras confirman que las tasas de suicidio en el TLP son altas con relación a otros trastornos psiquiátricos como lo señala también Soloff et al. (2000).

A pesar de que existen investigaciones en personas con TLP en Colombia, no se encuentran investigaciones que relacionen los estilos de vida y factores psicosociales o que exploren la actividad física, el ejercicio físico o deporte con perspectiva de cuidado en la salud mental, hábitos saludables o como intervención en la mejora de relaciones interpersonales de esta población.

De acuerdo con los puntos mencionados, se evidencia un vacío de investigaciones desde la perspectiva de Licenciados en Deporte y carreras afines que aborden y relacionen la salud mental, la actividad física, las características de las poblaciones y las necesidades que presenten, esto con el fin de aportar a este campo, generando alternativas a los tratamientos y perspectivas existentes. Relacionado al bienestar físico y mental, la AF, según Mahindru et al. (2023), ofrece múltiples beneficios: mejora el autoconcepto e imagen corporal, regula el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y aumenta la calidad del sueño. Adicionalmente, se evidencian mejoras en diversos trastornos psiquiátricos.' tratando comorbilidades asociadas a los mismos.

Lo cual lleva a la pregunta de investigación del presente trabajo:

### ***Pregunta De Investigación***

¿Cuáles son las Características de los estilos de vida, niveles de AF y los factores psicosociales en una muestra de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad de la ciudad de Bogotá?

## Antecedentes

Como se ha mencionado anteriormente, el TLP afecta significativamente tanto a quien lo padece como a su entorno y red de apoyo. Dada esta premisa la presente revisión fue orientada en la caracterización y el análisis de evidencia relacionada al tema de investigación. Para la fundamentación teórica se realizaron búsquedas en bases de datos académicas en Science Direct, Pubmed, Google Académico y Scopus con el fin de identificar el número de artículos relacionados a Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Actividad física, Calidad de Vida, factores psicosociales y Salud Mental. Se logra evidenciar un vacío en la literatura que relacionen las variables mencionadas anteriormente, la poca evidencia al respecto y una síntesis de esta.

La búsqueda bibliográfica inicia al buscar el descriptor Borderline Personality Disorder arrojando un resultado aproximado de 18,052 artículos, con registros crecientes desde 1964, sin embargo, al agregar Physical activity (Actividad física) que es la variable de interés de este estudio, se encuentran 37 publicaciones en total a nivel global, iniciadas en el año 2004, iniciando su creciente de investigación en el año 2016; al aplicar el criterio de exclusión resultaron 8 documentos seleccionados con temporalidad 2015 a 2025 que relacionan el TLP con la AF. Es necesario recalcar que no se encontraron estudios en Latinoamérica ni en Colombia, evidenciando un vacío crítico en la evidencia local. Esto resalta la necesidad de estudiar estrategias alternativas para el manejo del TLP, como la AF, que se le ha venido dando atención en el mundo científico, siendo de total relevancia este estudio, ya que se aportara en este campo poco estudiado. St-Amour es posicionado como el autor más relevante para este proyecto, teniendo tres artículos que fueron elegidos bases para el estudio.

En el artículo St-Amour et al. (2022), tiene como objetivo por medio de una encuesta en línea para recopilar los patrones, preferencias y barreras de la AF en personas con TLP, se halla que las personas con este trastorno actividad física que la población general, donde las principales barreras para las personas con TLP es la falta de motivación, inestabilidad emocional y miedo al juicio social, por lo que prefieren actividades individuales a las grupales, como caminar.

Este estudio aporta información sobre qué tipo de actividad física prefieren las personas con TLP y sus principales barreras. Los hallazgos pueden generar nuevas líneas de investigación, ya que los participantes mostraron interés en ser asesorados en AF, además que no cuentan con direccionamiento por parte de los profesionales en salud a la aplicación de la actividad física de forma complementaria a los tratamientos típicos, demostrando que hay

falta de evidencia e investigación de la actividad física en personas con TLP, proponiendo intervenciones prolongadas, planificadas y estructuradas donde esta sea vista para la mejora de la calidad de vida de estas personas.

En el estudio de St-Amour et al. (2022), cuyo objetivo fue evaluar el impacto inmediato del ejercicio físico sobre el afecto negativo, (por ejemplo, ira y tristeza), en pacientes con trastorno límite de la personalidad, se implementó una sesión única de 20 minutos en ejercicio en bicicleta estática. Donde no se presentaron efectos adversos atribuidos al EF, aunque se observó una disminución en el nivel de afecto negativo. Sin embargo, los autores concluyen que una sesión de 20 minutos no genera disminución significativa. Sin embargo, los autores sugieren la necesidad de profundizar en variables como la duración, la intensidad y la frecuencia del ejercicio, así como en el análisis de efectos tanto agudos como sostenidos en el tiempo.

Es importante destacar que este trabajo corresponde a un estudio piloto, lo cual implica limitaciones metodológicas relevantes, como el tamaño reducido de la muestra, la ausencia de mayor poder estadístico y la limitada capacidad de generalización de los resultados.

El estudio anterior contribuye al presente trabajo al proporcionar un contrapunto útil para contrastar con otras investigaciones y resaltar la necesidad de determinar variables como duración, frecuencia y tipo de ejercicio, además presentar que el ejercicio con mayor frecuencia podría tener mayor beneficio para las personas con TLP, demuestra que hay investigación activa en este campo, aunque tiene resultados mixtos que justifica la revisión exploratoria.

El artículo St-Amour et al. (2024), tiene como objetivo analizar los efectos del ejercicio supervisado en las emociones en mujeres con TLP por medio de una EMA (Evaluación Ecológica Momentánea), se halló que el ejercicio supervisado aumenta las emociones positivas y disminuye las emociones negativas en esta población, además el ejercicio físico disminuye la reactividad a los estresores en personas con TLP.

Este estudio es importante para la investigación porque respalda por medio de datos fiables que la AF y/o ejercicio físico puede ser funcionalmente efectiva para disminuir la inestabilidad emocional en personas con TLP, demostrando menor reactividad a factores estresores al hacer ejercicio regularmente, evidenciando que ayuda al manejo del estrés diario confrontándolo de una forma no mal adaptativa.

El scoping review realizado por Petersen et al. (2025), es un estudio que tiene como objetivo hacer el primer mapeo a la literatura existente acerca del uso de la AF como

herramienta adicional en el manejo del TLP. Es un estudio importante para la investigación ya que logra identificar diferentes modalidades de AF y categorías de razones para incluir la AF en el tratamiento del TLP. Además de poner en el radar la importancia y validez de la actividad física, ya sea como posibilidad alternativa o como acompañamiento, también la necesidad de hacer más estudios desde un área interdisciplinar que relacione el TLP y la AF.

Grenyer et al. (2022), es un estudio longitudinal que tiene como objetivo principal investigar los factores de la vida cotidiana que predicen la recuperación funcional, viéndola como la capacidad para trabajar o estudiar y lograr mantener relaciones interpersonales estables; y clínica en reducción de síntomas como ideación suicida, desregulación emocional, autolesiones, entre otras, en personas con TLP. Este estudio es valioso para la investigación ya que tiene hallazgos importantes frente a que poder trabajar y tener relaciones estables son indicadores claves, siendo los factores psicosociales y los estilos de vida predictores cruciales para la recuperación, presentando que la disminución del estrés psicosocial y una mejora en la calidad de las relaciones se asocian a mejores resultados. Además de resaltar la importancia del funcionamiento en la vida diaria y no sólo en la sintomatología para evaluar el éxito y recuperación de una persona diagnosticada con TLP.

El estudio de Remeus et al. (2025), compone un recurso teórico y empírico fundamental para este trabajo, proporciona evidencia específica entre la el TLP y los diferentes estilos de vida.

En el marco teórico de los estilos de vida de personas con TLP, respaldada por el estudio de referencia, establece las relaciones solidas que vinculan el TLP con patrones desadaptativos de los estilos de vida. Estos patrones no constituyen solo consecuencias del trastorno, sino factores que interactúan bidireccionalmente con la psicopatología, exacerbando su curso crónico y aumentando la carga de la enfermedad, afectando no solo a quienes lo padecen si no a su alrededor, el estudio citado se basa en fundamentos teóricos puntuales, la vulnerabilidad somatico-psiquica que presenta el TLP la cual se asocia consistentemente con una mayor prevalencia de comorbilidades somáticas (enfermedades cardiovasculares, dolor crónico gastrointestinales) y una esperanza que se ve reducida considerablemente. Pero eso no está explicado solamente por la psicopatología, también por una trayectoria temprana de comportamientos relacionados con la salud (CRS) problemáticos.

El siguiente pilar del estudio es el modelo “Lifestyle Psychiatry” Los CRS, actividad física, ejercicio, deporte, sueño, alimentación entre otros, son reconocidos como moduladores

claves en la prevención, inicio, mantenimiento y pronóstico de los trastornos mentales. En el caso del TLP, dichos CRS suelen ser desregulados, expresando la desregulación emocional e impulsividad nuclear del trastorno. En síntesis, este estudio proporciona un sustento teórico internacional.

Cavicchioli et al. (2021) conceptualizan los estilos de vida no como hábitos simplemente sino como mecanismos de regulación emocional; donde se identifica que las personas que tienen TLP desarrollan enfermedades físicas crónicas a través de una vía conductual (el uso de sustancias o la mala alimentación).

Además, los autores resaltan la importancia clínica de la Terapia Conductual (DBT) y la habilidad PLEASE el cual prescribe la ruta para lograr la estabilidad emocional reduciendo la vulnerabilidad de cada persona.

Para el presente estudio el aporte de Cavicchioli et al. (2021) es fundamental ya que proporciona sustrato clínico para vincular a las variables de “estilos de vida”, Este aporte permite ampliar la comprensión de los hábitos de salud como indicadores biomédicos. Estos se conceptualizan teóricamente como mecanismos conductuales de regulación emocional. Entendiéndose que la persona que tiene TLP adopta estilos de vida desadaptativos, (sedentarismo, ingesta compulsiva, etc.), como estrategia de supresión experiencial del malestar.

Por consiguiente, se justifica el uso del cuestionario FANTÁSTICO para evaluar estilos de vida, ya que se demuestra que las conductas mencionadas son indicadores de la capacidad de gestión emocional de la persona. Además, la AF en el TLP no es una actividad opcional sino una intervención necesaria que está respaldada por modelos clínicos internacionales de romper el círculo entre el deterioro físico y la inestabilidad mental.

El estudio longitudinal de Keuroghlian et al. (2013) constituye un antecedente seminal y de largo alcance que fundamenta teórica y empíricamente la necesidad y pertinencia de la presente investigación, el mencionado estudio establece el nexo causal y longitudinal crítico, otros estudios como el mencionado anteriormente de corte transversal como el de (Remeeus et al., 2025) muestran asociaciones.

La presente investigación propone que las malas elecciones en estilos de vida no constituyen meras correlaciones con el TLP. Entre estas se incluyen el tabaquismo intenso, sedentarismo, consumo abusivo de sustancias psicoactivas, desórdenes alimenticios y uso problemático de alcohol o medicamentos. Estos factores están estrechamente ligados al pronóstico del TLP observado longitudinalmente.

La estrecha correlación evidenciada entre “nunca recuperarse” y una salud física deteriorada con conductas de riesgo, sustenta la hipótesis central de que los estilos de vida de las personas con TLP constituyen un dominio crítico y pronóstico de dicho trastorno y no un aspecto meramente secundario y con poca relevancia.

Además, el estudio expande el constructo “Estilo de vida” más allá de la AF y la alimentación, aporta una perspectiva más amplia e integral de los CRS, lo cual resulta de vital importancia para la tesis, identifica como problemáticos y pronósticos, el consumo de sustancias (tabaquismo 1 paquete diario, consumos semanales de alcohol), patrones de sueño farmacológicos (uso diario de medicación para dormir), manejo del dolor (uso excesivo de analgésicos), sedentarismo (falta o nulo ejercicio). Esto justifica ampliamente que la tesis de caracterización en la ciudad de Bogotá debe incluir estas áreas conductuales, además de la alimentación y actividad física, para obtener un perfil más integral y completo de la población con diagnóstico de TLP.

Asimismo, el artículo introduce la dimensión de la utilización de servicios y costos, no solo se limita a la salud y conducta individual, también vincula el TLP no recuperado con una utilización y un acceso más dispendioso y con un costo más alto de sistemas de salud (urgencias, hospitalizaciones, estudios de imagen avanzados). Esto refleja la necesidad y la relevancia socioeconómica de ampliar las investigaciones acerca de este tema. La presente tesis, al caracterizar estos estilos de vida en el contexto colombiano, más puntualmente en la ciudad de Bogotá, sentara bases para estimar el impacto económico y local, concientizar sobre las intervenciones integrales y no convencionales, al mejorar la salud física y los estilos de vida, podría reducir esta carga sobre el sistema de salud.

Para concluir, el estudio de Keuroghlian et al. (2013) servirá como un pilar fundamental que transforma la investigación de estilos de vida en el TLP de un área de interés a un dominio pronóstico esencial. Establece un respaldo teórico longitudinal para argumentar la caracterización de los estilos de vida en personas con TLP en Bogotá, ya que no solo es una descripción meramente conductual, sino un análisis de diferentes factores que modulan la trayectoria de la enfermedad, la calidad de vida, el funcionamiento y la carga económica. El presente estudio, será un esfuerzo por contextualizar estas asociaciones críticas en la realidad local, incorporando además la evaluación específica de los factores psicosociales que podrían medir en ellas.

Por otra parte, el estudio titulado “El sentido de la vida en personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad: una revisión sistemática”, desarrollado por Ribera-Martínez y

García-Alandete (2025), se llevó a cabo mediante el método PRISMA. En dicha investigación se seleccionaron nueve estudios enfocados en el análisis del sentido de la vida en personas con TLP. Desde una perspectiva humanista, los hallazgos evidencian que la ausencia de propósito vital se encuentra asociada con síntomas como el vacío crónico, fenómeno frecuentemente reportado en personas con TLP. El artículo justifica de esta manera la imperiosa necesidad de intervenciones que no traten únicamente la sintomatología del Trastorno Límite de la Personalidad, ya que el vacío existencial está directamente relacionado a síntomas latentes, como la inestabilidad de la identidad personal, el funcionamiento interpersonal, el mejoramiento de estos se verá impactado por tratamientos que den un sentido vital a la persona que lo toma; actuando como factor protector en oposición a la depresión, desesperanza y riesgo suicida.

El estudio de B. Thadani Cáceres (2021), de enfoque cuantitativo, compara un grupo clínico conformado por 97 mujeres diagnosticadas con TLP con un grupo control de 95 mujeres. La investigación tiene como propósito analizar el impacto de los rasgos patológicos de la personalidad en la calidad de vida. Asimismo, examina el papel de diversas variables psicosociales de carácter positivo, tales como la satisfacción con la vida, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social y el optimismo disposicional.

Los resultados evidencian que las mujeres con TLP presentan niveles significativamente más bajos de calidad de vida y funcionalidad en comparación con la población general. En las conclusiones, se señala que este deterioro no depende exclusivamente de la sintomatología clínica, sino, en mayor medida, de la carencia de recursos psicosociales, observándose en el grupo clínico menores niveles de apoyo social, menor optimismo y un predominio de estrategias de afrontamiento desadaptadas.

El aporte de este artículo al presente trabajo de investigación se da desde la demostración de que la calidad de vida en el TLP no debe definirse solo por la ausencia de síntomas psiquiátricos sino por la presencia de recursos como el apoyo social y las estrategias de afrontamiento, validando la necesidad de caracterizar estos factores en Bogotá. Por otro lado, es necesario resaltar que los tratamientos deben fomentar el desarrollo de variables psicosociales y fortalezas logrando una mejora más significativa desde el ejercicio físico como estrategia de afrontamiento activo, suprimiendo los patrones de evitación y pasividad que según (Thadani, 2021) llegan a ser nocivos y prevalentes en la población con TLP.

## Justificación

Los trastornos mentales (TM) según la OMS (2022) afectan aspectos fundamentales para el desarrollo de la persona, como el ámbito social o laboral, manifestándose en perturbaciones significativas en los procesos mentales, la gestión emocional o la conducta del individuo. El impacto en la calidad de vida de las personas no solo se debe a la enfermedad en sí misma (trastorno mental), sino también a la poca accesibilidad a tratamientos y atención eficiente, además del estigma y la discriminación social que muchas personas deben sobrellevar.

En este estudio se pretende ofrecer una visión más holística sobre el TLP y su relación con estilos de vida y factores psicosociales, abordando perspectivas que aún no se han considerado al hablar de esta problemática, como las características de la población con este trastorno. Identificarlas es importante y pertinente para sugerir o incentivar nuevos tratamientos no invasivos o farmacológicos. Esto resulta conveniente dada la escasa información local encontrada: en Colombia, específicamente en Bogotá, la capital, la información sobre las personas con TLP, así como las facilidades para acceder a tratamientos adecuados, son escasas Campo-Arias et al. (2014).

Además, las limitaciones y los retos cotidianos que enfrentan esta población no solo se ven determinados por los servicios de salud, sino también por la falta de conocimiento social. Instituciones como universidades y colegios carecen de lineamientos o protocolos eficaces para brindar ayuda oportuna o tratamiento a estas personas. Por ello, este trabajo contribuye al reconocimiento y la visibilización del TLP, así como a la investigación para que otros profesionales de diferentes disciplinas intervengan y construyan un conocimiento más integrador que favorezca el mejoramiento de las situaciones de vida de estas personas.

De igual forma, el mencionado estudio proporciona una base teórica y científica acerca de las características de las personas con TLP en su día a día. Puntualiza cuáles son las barreras y los accesos que tienen a la AF y al EF, sus preferencias y estilo de vida, analiza que tipos de problemáticas son las más recurrentes y las que se presentan con mayor dificultad. Se pretende llenar un vacío literario que existe entre la regulación emocional y los hábitos saludables relacionados con la AF, propiamente en el contexto colombiano. En contraste, en la literatura internacional ya se ha explorado estos vínculos de manera más profunda, En el artículo St-Amour et al. (2022) se ha aplicado este tipo de encuestas y otras en países europeos para mapear las barreras y acceso a la AF, por ello, este estudio permitirá constatar

si los perfiles de sedentarismo y los estados afectivos, que serán evaluados con instrumentos como PANAS y ERQ, se comportan de manera similar a los de la población local.

Cabe destacar que, la inclusión de la AF como eje del presente estudio no es arbitraria, sino que responde a un creciente cuerpo de evidencias internacional que respalda su eficiencia en el tratamiento de los TM. Recientemente, una meta revisión publicada en *World Psychiatry* (Vancampfort et al., 2025) analizo 256 ensayos clínicos controlados, concluyendo que la AF como tratamiento adjunto produce efectos de magnitud moderada a grande en la reducción de síntomas depresivos, ansiedad y mejora en la calidad de vida en diversos diagnósticos psiquiátricos. De hecho, el aeróbico de intensidad moderada a vigorosa se perfila como una intervención alterna eficaz para los síntomas centrales de al menos 11 trastornos mentales.

Sin embargo, la novedad y relevancia de esta investigación radica específicamente al TLP. A pesar de que las personas con este diagnóstico enfrentan una reducción de la esperanza de vida de 14 a 27 años, principalmente por suicidio y enfermedades cardiovasculares, la eficacia de la AF en esta población había sido prácticamente inexplorada. Una revisión de alcance publicada en *Psychiatry Research* (Petersen et al., 2025) identifico que, si bien la investigación es aún fragmentaria, siete categorías de beneficios justifican la inclusión de la AF en el manejo del TLP. Entre ellas, destacan, la regulación emocional (la más prominente), la mejora de habilidades sociales, la reducción de conductas desadaptativas y la recuperación de la "corporeización" (embodiment), es decir, la reconexión de la persona con su propio cuerpo, frecuentemente dañada por conductas autolesivas o disociación.

Además, mientras que en Europa y Norteamérica ya se están realizando estos rigurosos ensayos clínicos, en Colombia, y particularmente en Bogotá, no se tiene registro de estudios que hayan caracterizado los estilos de vida o factores psicosociales de esta población en relación con la AF. Por lo tanto, este trabajo no solo describirá el perfil de sedentarismo y regulación emocional de la muestra local, permitiendo contrastarlo con hallazgos internacionales, sino que sentará las bases teóricas y descriptivas necesarias para que, el futuro, se puedan diseñar y replicar intervenciones basadas en EF como coadyuvantes en el tratamiento del TLP en el sistema de salud local.

Por otra parte, los resultados de esta investigación no solo tendrán implicaciones terapéuticas o para el campo clínico, si no que abarcara el ámbito educativo, beneficiando a pedagogos, docentes y profesores (licenciados en educación física, deporte, recreación), puesto que contar con un fundamento teórico y literario acerca de las características, barreras

cotidianas y dinámicas emocionales de las personas con TLP, ayudará a comprender mejor a esta población para la planeación de clases, intervenciones o tratamientos para el campo educativo, ya que la labor educativa trasciende la simple actividad de transmisión de contenidos y se adentra en la formación integral del ser humano.

El estudio de Townsend et al. (2018) documenta que los docentes de aula reportan tener un conocimiento mínimo sobre el trastorno límite de la personalidad (TLP), se sienten mal equipados para responder adecuadamente y experimentan altos niveles de estrés cuando se enfrentan a estudiantes con estas características. Para un Licenciado en deporte, intervenir de manera efectiva y humana en un aula o comunidad es fundamental para su praxis. Para ello, debe contar con recursos teóricos y prácticos que lo ayuden a comprender el contexto, lo acerquen a las necesidades reales y a las características particulares de las poblaciones con las que interviene. En el contexto del TLP, esto implica ahondar más allá del estereotipo o del estigma que suele acompañar a esta población; es necesario reconocer al estudiante en su complejidad y su contexto particular.

Este fundamento de un acercamiento profundo y humanizante tiene su base teórica en la pedagogía de Paulo Freire. Freire (1970) nos sugiere abandonar la "educación bancaria", en la que el profesor es un simple depositario de información y el estudiante es un sujeto pasivo y oprimido. En contraste, el autor invita a una "educación liberadora", dialógica, problematizadora y basada en el respeto por el saber y la realidad del otro. Asimismo, el educador no puede ser un agente externo a la realidad del educando, sino que debe "estar con él" para comprender el mundo desde su perspectiva y, a partir de sus necesidades, problematizarlo.

Como el propio Freire (1970) dice: "él educador ya no es sólo el que educa sino aquel que, en tanto educa, es educado a través del diálogo con el educando, quien, al ser educado, también educa" (p. 79). Esta pedagogía basada en horizontales y en la comprensión mutua, es esencial al trabajar con poblaciones vulnerables o con condiciones específicas como el TLP, donde el estigma y la baja comprensión social suelen ser la norma. Así mismo, al visibilizar las características, limitaciones, barreras y retos de esta población, este estudio pretende dotar a los profesionales de la educación y el deporte de herramientas conceptuales que les permitan ejercer una pedagogía más crítica, empática e integral, que sea verdaderamente inclusiva y capaz de reconocer las capacidades y necesidades del otro más allá de su diagnóstico, para lograr una mejor formación.

Por otra parte, dicha investigación se alinea con el “Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 Colombia Potencia Mundial de la Vida” Presidencia de la República de Colombia (2022) el cual prioriza la seguridad humana y la justicia social, promoviendo en el bienestar físico y mental como base para una sociedad más equitativa e inclusiva. El estudio sobre el efecto de la AF en personas con TLP se vincula directamente con los objetivos del plan, en especial con Salud preventiva y predictiva (Catalizador 2.B.1), al aportar evidencia para intervenciones no farmacológicas en salud mental, ampliando cobertura en zonas limítrofes con poco acceso a fármacos de alto costo.

Deporte y recreación (Catalizador 2.C.1), reforzando estrategias para poblaciones vulnerables o de bajo recursos. Deporte y recreación (Catalizador 2.C.3), vinculando la AF y la AD a mejoras en la calidad de vida especialmente en personas con TLP.

Es importante destacar que la AF tiene beneficios en la construcción de habilidades sociales específicas y necesarias. Diversos estudios demostraron que los programas de AF estructurados y sistemáticos pueden incidir positivamente en el desarrollo de competencias socioemocionales fundamentales para poblaciones con dificultades en la regulación afectiva y las relaciones interpersonales, como en el caso de las personas con TLP.

En particular, la práctica frecuente y disciplinada contribuye al mejoramiento de la regulación emocional. Un estudio de intervención con adolescentes en entornos urbanos, que combinaba juegos de actividad física con el refuerzo sistemático de habilidades para la vida, encontró mejoras significativas en los problemas emocionales de los participantes, con un tamaño del efecto moderado ( $d = -0.70$ ), lo que indica una disminución relevante de este tipo de dificultades (Bustamante et al., 2017).

Este hallazgo es especialmente pertinente para el TLP, trastorno que se caracteriza por una marcada inestabilidad emocional. Los deportes de conjunto, en particular, parecen fundamentales para este fin, ya que por su propia naturaleza exigen una negociación constante entre la propia emocionalidad y la dinámica del grupo. Investigaciones en el campo de la psicología del deporte sugieren que las intervenciones basadas en movimiento corporal, especialmente aquellas al aire libre y con un enfoque en la relación con los demás, pueden mejorar la cooperación y la sociabilidad (Veiga et al., 2023).

Entre las habilidades específicas que se ven fortalecidas destaca la comunicación asertiva. Programas diseñados para enseñar y reforzar habilidades para la vida a través de juegos físicamente activos han identificado mejoras de la comunicación efectiva y en la conducta social, con un tamaño del efecto moderado (Bustamante et al., 2017). El desarrollo de la

comunicación asertiva en el contexto deportivo no solo aumenta el rendimiento y reduce los conflictos, sino que, y también fomenta la motivación y mejora la gestión emocional, al ofrecer a los participantes un marco para expresar sus necesidades y disentir de manera respetuosa, al contrario, de otros espacios donde se les dificulta socializar sus emociones y expresarse de manera genuina. Experiencias prácticas en el ámbito del deporte base muestran que, en deportes sin árbitros donde los jugadores deben resolver sus propias disputas, los adolescentes aprenden a conocer que existen diferentes perspectivas sobre una misma situación y que la comunicación de forma respetuosa y calmada combinada con un lenguaje respetuoso son fundamentales para convivencia (Outlook India, 2026).

Asimismo, la práctica deportiva fortalece lazos emocionales, tanto nuevos como existentes, una habilidad social indispensable para la población con TLP. En el deporte, especialmente en su dimensión comunitaria y de equipo, actúa como un facilitador para la construcción de un sentido de pertenencia crítico y apoyo mutuo. Las experiencias compartidas en el terreno de juego crean espacios emocionales seguros. Los participantes pueden mostrar vulnerabilidad sin vergüenza. Con el respaldo del profesor, se sienten respaldados tanto por él como por sus compañeros. Estos vínculos contribuyen a la formación de una red de apoyo social y emocional, la cual resulta crucial para quienes padecen este trastorno, ya que contrarresta la sensación de alienación y soledad que suelen experimentar.

Finalmente, la evidencia disponible respalda la noción de que la AF, el EF y el deporte, particularmente cuando son diseñados con una intencionalidad pedagógica que trasciende lo meramente físico, constituyen caminos y orientaciones privilegiados para el desarrollo de competencias emocionales, comunicativas y relacionales. Para un licenciado en deporte que trabaje con poblaciones con TLP, comprender estos mecanismos le permitirá diseñar intervenciones más efectivas y humanizante, en consonancia con los principios de una educación liberadora y verdaderamente inclusiva.

Por lo tanto, los objetivos planteados para esta revisión son los siguientes:

## **Objetivos**

### ***General***

Caracterizar los estilos de vida, niveles de actividad física y los factores psicosociales en una muestra de personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad de la ciudad de Bogotá.

***Objetivos Específicos:***

- Evaluar los estilos de vida en una muestra de personas con TLP de Bogotá.
- Describir el perfil de factores psicosociales en la muestra de estudio, utilizando instrumentos cuantitativos válidos y confiables.
- Determinar la relación entre las variables de estilos de vida y los factores psicosociales identificados en la muestra de personas con Trastorno Límite de la Personalidad

## **Marco Conceptual**

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5), el trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por inconsistencia en relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, con notable impulsividad (APA, 2014, p. 663). Se manifiesta desde inicios de la edad adulta. Las manifestaciones clínicas tienen mecanismos psicológicos específicos en la investigación que logra identificar, lo que señala que la evidencia actual muestra inestabilidad característica del TLP, dominada por 3 pilares, la dificultad de mentalización, desregulación emocional y la impulsividad, particularmente del tipo atencional. Estudios como el de Euler et al., (2019) demuestran que la hipo mentalización (dificultad para comprender estados mentales propios y ajenos) afecta las relaciones interpersonales de manera indirecta, lo cual predice directamente la gravedad de problemas racionales.

En el marco de su presentación clínica, para que el TLP sea diagnosticado debe manifestarse en mínimo 5 de los siguientes criterios: miedo intenso al abandono ya sea real o imaginado, las relaciones inestables e intensas, cambio de opinión y objetivos personales repentinos, tendencias suicidas o autolesivas, tienden a ser impulsivas, inestabilidad afectiva, tendencia a sentirse vacíos, dificultad para controlar la ira. Estos criterios pueden entenderse como manifestaciones observables de mecanismos ocultos mencionados anteriormente, que se tienen dentro del DSM-5 con los que es posible diagnosticar a un paciente con TLP.

Es importante aclarar que, para el presente estudio y en concordancia con los registros clínicos de la institución de salud colombianas basados en la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10 de la OMS), el término Trastorno límite de la Personalidad (TLP) se entiende como sinónimo y es el equivalente clínico del Trastorno de Personalidad Emocionalmente Inestable (TPEI).

La prevalencia mundial del TLP es del 1,6%, pudiendo aumentar hasta 5,9%. De aquí que la población que tiene TLP el 6% se presenta en atención primaria, el 10% acude a centros de salud mental, y el 20% requiere hospitalización psiquiátrica, esta alta demanda de servicios especializados impulsa el desarrollo de intervenciones basadas en evidencias.

Según Gunderson et al., (2011), “el TLP en los pacientes tiene una alta tasa de remisión, bajas tasas de recaída y deterioro grave”, 'esto se relaciona con las dificultades sociales, evidenciando el impacto del TLP en la salud pública. El TLP predomina su diagnóstico con mayor frecuencia en mujeres en un 75% de las personas con dicho trastorno, por otro lado, el

TLP se mantiene con mayor frecuencia en los familiares biológicos de directos que en la población en general, y mayor riesgo familiar desde trastornos por consumo de sustancias, reunido con trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares. (APA, 2018). La investigación clínica actual, como el estudio de Malogiannis et al. (2025), utiliza ensayos pragmáticos cuasiexperimentales para evaluar la efectividad clínica de los modelos de atención.

Los estilos de vida se refieren a patrones de conductas y hábitos cotidianos que afectan la salud. Incluyen alimentación, actividad física, sueño, consumo de sustancias, manejo del ocio y relaciones sociales y manejo del estrés. Según la OMS (1986,) el fomento de la salud “proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, incluyendo de manera central a los estilos de vida, ya que estas decisiones en los patrones inciden en el bienestar integral del ser humano.

Los componentes saludables de los estilos de vida incluyen factores que se desarrolla de manera saludable como la alimentación equilibrada, descanso adecuado, manejo del estrés tener redes de apoyo entre otras. La OMS (2020,) en la guía sobre actividad física y sedentarismo, habla de que estos componentes interactúan de manera conjunta ayudando a evitar enfermedades no transmisibles mejorando así la calidad de vida. Además, la salud mental forma parte de estos pilares esenciales en los estilos de vida, la OMS (2005,) define la salud mental como un estado de bienestar integral en el que se tienen presentes las capacidades de establecer relaciones, manejar emociones y afrontar retos diarios, dando a entender que un estilo de vida saludable no solo previene enfermedades físicas, sino que también mejora la resiliencia psicológica.

De igual manera, Nutbeam (2000) señala que el desarrollo de habilidades para la vida desde la toma de decisiones hasta la comunicación asertiva es fundamental para adoptar y mantener estos estilos de vida de manera saludable en cualquier contexto, pero mayormente en los de vulnerabilidad social. De este modo los estilos de vida pueden entenderse como un proceso que une las conductas individuales con los factores sociales, culturales y ambientales. En este sentido, los diagnósticos y la prevalencia del TLP permiten observar la forma en que este trastorno se relaciona con factores propios de la vida cotidiana, las relaciones interpersonales, consumo de sustancias etc.

La actividad física comprende cualquier movimiento físico producido por músculos esqueléticos que exija gasto energético (Schuch et al., 2018) De aquí que exista una relación de la forma de actividad física y beneficios para la salud. En la revisión sistemática de

Warbuton y Bredin (2017,) menciona que la relación no es lineal, reforzando que las personas inactivas comienzan con volúmenes pequeños de actividad y tiene beneficios relativos.

Manejando los mensajes de salud pública en alcanzar los 150 minutos semanales de actividad física, usándose como estrategia de atención primaria y secundaria varias condiciones medicas crónicas, demostrando un efecto protector significativo para la salud mental.

De este modo la actividad física llega a ser un componente beneficioso dentro del manejo del TLP, específicamente en relación con síntomas de desregulación emocional e impulsividad. El estudio realizado por Choi et al. (2019,) encontró que la actividad física medida objetivamente tiene un efecto protector significativo contra la depresión reduciendo el riesgo en un 26% por cada aumento en la actividad. Aunque el estudio no aborda directamente el TLP, la depresión comparte bases neurobiológicas con este trastorno, lo que sugiere, que bla actividad física ayude a estabilizar la inestabilidad emocional característica del TLP y es válido dentro de un enfoque de estilo de vida.

Por otro lado, el estudio de Schmidt, Benzing y Kamer (2016) sobre pausas activas en población infantil evidenció que el compromiso cognitivo durante la actividad y no únicamente el esfuerzo físico, constituye un factor determinante en la mejora de la atención focalizada. Este hallazgo resulta particularmente relevante para la comprensión de la impulsividad atencional característica del TLP, en la medida en que sugiere que los cambios en el afecto positivo median dicha mejora atencional.

No obstante, es importante explicar las limitaciones en la generalización de estos resultados, dado que el estudio fue realizado exclusivamente con población infantil en contexto escolar. Las diferencias en el desarrollo cognitivo, la regulación emocional y las necesidades contextuales entre niños y adultos limitan la extrapolación directa de estos hallazgos a personas adultas con TLP.

A pesar de estas limitaciones, el estudio mantiene una relevancia teórica significativa, ya que permite identificar mecanismos potenciales transferibles, como el papel mediador del afecto positivo y la importancia del componente cognitivo en la actividad física.

Además, la OMS (año) emite en sus guías (agregar nombre de guías) recomendaciones sobre el manejo de la Actividad física como tratamiento de enfermedades graves, haciendo importante notar que, mientras las investigaciones apoyan una relación donde la AF protege contra la depresión, por esto es necesaria más evidencia que genere una base científica sólida que justifique la planificación de intervenciones que sean dirigidas a las personas con TLP.

Los factores psicosociales son condiciones sociales y psicológicas que influyen en el bienestar y la salud. En el TLP, estos elementos constituyen componentes cruciales que incluyen dinámicas relacionales, ambientales y sociales que interactúan con vulnerabilidad individual. Un factor psicosocial dentro del TLP es el apego, el cual según Fonagy y Bateman (2008,) se desarrolla en el contexto de las primeras relaciones con cuidadores y configura la capacidad de mentalización, que se define como la habilidad para comprender conductas propias y ajena en términos de los estados mentales. El apego habla de un vínculo seguro que es fundamental para el desarrollo de la autorregulación efectiva.

En la población con TLP, la mentalización o hipo mentalización, predice directamente la gravedad de los problemas racionales, problemas interpersonales que se agravan por la hipo mentalización, la desregulación emocional y la impulsividad atencional. La promoción de la salud mental exige acciones intersectoriales y la implementación de programas que permiten a las personas adoptar y mantener estilos de vida saludables, incluyendo la organización de entornos o redes de apoyo.

De este modo los déficits centrales del TLP (desregulación emocional, impulsividad atencional e hipo mentalización) se manifiestan directamente en los patrones de estilos de vida del individuo, como la inestabilidad relacional y el consumo de sustancias. La alteración de la autorregulación afectiva son la base de los problemas interpersonales que afectan la capacidad de mantener estilos de vida saludables; es por esto que la actividad física se posiciona como una intervención de estilo de vida que puede modular los mecanismos centrales del TLP, teniendo estudios que demuestran que la actividad física no solo es protectora contra la depresión, sino que, cuando se aplica con compromiso cognitivo, actúa directamente sobre la impulsividad atencional del TLP.

La promoción de la salud mental, basada en la OMS y Nutbeam hablan de un desarrollo de mejora psicológica y conocimiento sobre el tema por lo que surge la necesidad de generar evidencia teórica que contribuya en las intervenciones desde la actividad física, mejorando la impulsividad atencional y la desregulación afectiva en la población con TLP.

## **Marco Legal**

El marco normativo es la base ética, política y legal que da validez y sustento a cualquier investigación. En este estudio en particular, este marco es fundamental porque establece las responsabilidades del investigador y protege los derechos de los participantes. Además, sitúa la investigación sobre la población con TLP, los estilos de vida y los niveles de actividad física dentro de las prioridades de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional. Esta justificación legal demuestra que los temas abordados son de interés público y están respaldados por leyes y políticas destinadas a la protección integral, la promoción de la salud y la garantía de los derechos de la población.

A continuación, presentaremos la normatividad que sustenta este trabajo, en las siguientes categorías:

### **Normativa Nacional De Salud Y Salud Mental**

Esta categoría de leyes establece el derecho fundamental a la salud mental y el marco de acción para los profesionales de salud en Colombia, siendo directamente aplicable al trato y la investigación con la población con TLP.

Ley 1616 de 2013: es el pilar de este estudio. Esta ley establece la salud mental como un derecho fundamental y responsabiliza al Estado de implementar estrategias para prevenir y tratar los trastornos mentales, además de promover la inclusión social y la rehabilitación de quienes los padecen. En este sentido, la investigación se justifica al caracterizar los estilos de vida de las personas con trastorno límite de la personalidad (TLP), lo cual se alinea directamente con los objetivos de prevención y promoción de la salud mental que la ley dicta.

Ley 2460 de 2025: Constituye la normativa de salud mental vigente en Colombia, la cual actualiza y modifica los lineamientos de la Ley 1616 de 2013. Esta ley refuerza el compromiso de estado con la prevención, la inclusión social y atención integral en salud mental, en la que se brinda un sustento legal actualizado para la caracterización de poblaciones vulnerables y la búsqueda de estrategias complementarias de bienestar como la actividad física.

La (Resolución 8430, 1993) establece las pautas técnicas, administrativas y científicas para la investigación en salud. En este estudio la resolución es esencial porque lo clasifica como de riesgo mínimo y proporciona las normas éticas para investigaciones que involucran a seres humanos. De esta forma, sirve como una guía procedimental para el diseño

metodológico de la investigación, garantizando que no haya riesgos físicos ni psicológicos para los participantes.

Ley 100 de 1993 implica el marco general del sistema de salud colombiano, estableciendo la estructura bajo la cual se prestan servicios de salud, incluidos aquellos de salud mental, contextualizando el entorno de acceso a servicios de la población de estudio (Congreso de la República de Colombia, 1993).

### **Normativa Nacional Sobre Actividad Física Y Estilos De Vida Saludable**

Las políticas públicas nacionales en torno a la AF y los estilos de vida saludables evidencian el interés del Estado colombiano por promover hábitos que contribuyan al bienestar integral de la población. En particular, el Consejo Nacional de Política Económica y Social (2018), a través del documento CONPES 3934, resalta la importancia de fomentar estilos de vida sostenibles, dentro de los cuales la AF se reconoce como un componente clave para la salud pública.

Políticas Públicas. Ley 1355 de 2009 (ley de obesidad): esta ley promueve la actividad física, la alimentación saludable y los estilos de vida sanos para prevenir enfermedades crónicas. Esto se relaciona de manera directa con la variable de 'niveles de actividad física' que busca caracterizar en la población con (TLP), dado que un estilo de vida saludable logra influir positivamente en la salud mental y física.

Política Nacional de Actividad Física (Coldeportes, 2012): esta política establece las directrices para fomentar la AF regular en Colombia, destacando sus beneficios tanto para la salud física como para la salud mental. Con esto, se respalda la investigación al subrayar la importancia de elevar y fomentar la AF en grupos específicos de población, como las personas con trastornos mentales.

Documento CONPES 3995 de 2020 (Política Nacional de Salud Mental): este documento de alto nivel establece estrategias para abordar la salud mental, enfocándose en la promoción, el autocuidado y la intervención en los determinantes sociales de la salud. El estudio se alinea con sus objetivos al analizar factores psicosociales y estilos de vida, ya que estos son considerados clave para el bienestar mental.

### ***Normativa Internacional Y Guías***

Los instrumentos internacionales ratificados por Colombia y las guías técnicas proveen un marco ético, universal y estándares de buenas prácticas para investigación

La declaración de Helsinki (2013) fija las pautas éticas fundamentales para la investigación médica en personas, abarcando aspectos como el consentimiento informado, el análisis de riesgos y beneficios, así como la protección de la confidencialidad. Constituye el principal marco de referencia internacional para asegurar la integridad ética de los proyectos de investigación.

Las guías del Ministerio de Salud y Protección Social (s. f.) sobre estilos de vida saludables son la base técnica y conceptual de la investigación. Estas guías permiten definir y medir de forma estandarizada variables clave como la nutrición, la AF y el manejo del estrés, esto asegura que la investigación se realice bajo un marco riguroso y uniforme.

El código de Nuremberg (Tribunal Militar Internacional de Núremberg, 1947) es reconocido como el consentimiento voluntario del sujeto, donde se expresa que debe ser absolutamente esencial, lo que implica que las personas que participen dentro de este proyecto deben tener el debido conocimiento de la naturaleza y propósito del estudio con el que se ejerce la libre elección sin coacción ni engaño.

Además, se garantiza que el diseño del estudio busca obtener resultados que no se obtienen por otros medios y que cada participante es libre de desligarse del proyecto en cualquier momento.

El informe de Belmont constituye uno de los pilares que son fundamentales para la bioética actual, en el que se establece el marco ético universal que guía la práctica de la investigación con seres humanos, teniendo en cuenta 3 principios fundamentales, donde se reconoce la autonomía de cada participante, el estudio se diseña bajo una relación de riesgo benéfica favorable y la elección de la muestra es equitativa (Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, 1979).

Declaración de Singapur (2010) se mantiene la integridad y la honestidad en todos los aspectos de la investigación, ofreciendo una documentación clara y precisa de los datos recolectados por medio de los instrumentos.

## **Protección De Datos Y Ética En Investigación**

Dada la sensibilidad de los datos de salud mental, este bloque normativo es crucial para garantizar la privacidad y el manejo confidencial de la información de los participantes.

“por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”. Esta ley exige obtener la autorización previa, expresa e informada de los participantes para el tratamiento de sus datos personales (incluidos aquellos sensibles, como los de salud mental). Informando la finalidad de la investigación y garantizando su derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos.

La resolución de 1995 de 1999 establece las directrices para el manejo de la historia clínica, regulando aspectos como la confidencialidad, la custodia y la administración de la información en salud. En caso de que una investigación requiera acceso a dichas historias, esta norma determina el marco ético y legal que debe cumplirse.

## **Marco Metodológico**

El siguiente estudio se enmarca bajo el paradigma de investigación empírico-analítico, en el cual las variables son: estilos de vida y factores psicosociales. De acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) se focaliza en la observación y experiencia como raíz esencial del conocimiento, donde se antepone la medición objetiva de variables y el análisis estadístico para determinar patrones y relaciones de causa y efecto. Se argumenta la elección de este paradigma para la investigación dado que se busca la obtención de datos medibles, confiables y generalizables de los estilos de vida y factores psicosociales de las personas con TLP. Siendo así que el paradigma permitirá minimizar la influencia de los investigadores en el fenómeno de estudio.

El enfoque de la investigación será cuantitativo, ya que permite medir variables por medio de instrumentos que se analizan por procesos estadísticos. El enfoque funge como ámbito para comprobar postulados imparciales observando la conexión entre las ya mencionadas variables (Creswell y Creswell, 2018). Se fundamenta la pertinencia de este enfoque al permitir y priorizar la recolección de información estandarizada y la aplicación de instrumentos de medición como encuestas en una muestra, este proceso facilitará cuantificar las características y generalizar los resultados obtenidos.

El diseño metodológico seleccionado para el presente estudio es de tipo no experimental. De acuerdo con Neil J. Salkind (2018), este tipo de diseño metodológico se caracteriza por el hecho de que el investigador observa los fenómenos en su contexto natural, para posteriormente analizarlos sin intervenir ni manipular las variables o condiciones. En este sentido, el enfoque no experimental permite una aproximación descriptiva y analítica de la realidad estudiada, garantizando que los datos recolectados reflejen fielmente las dinámicas propias del contexto; de corte trasversal apoyándose en León y Montero (2015) al realizar la recolección de datos en un solo momento para lograr describir las variables.

El alcance es de carácter exploratorio-descriptivo. Esto se justifica en la limitada investigación a nivel distrital de estudios que relacionen el TLP, la AF, los estilos de vida y los factores psicosociales. Tal como lo propone (Salkind, 2018) esto para lograr familiarizarse con el fenómeno, identificar las variables clave generando bases para estudios próximos que tengan un alcance más profundo. El objetivo específico del estudio es caracterizar sin realizar ningún tipo de manipulación o intervención en las variables. “Su objetivo no es determinar causas, sino describir sistemáticamente hechos y características de una población o situación de interés.” (Bisquerra, 2009, p.82).

La población objetivo estará conformada por personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad, que habiten en la ciudad de Bogotá.

### **Criterios De Inclusión**

1. Tener diagnóstico confirmado de TLP o TPEI bajo criterio clínico.
2. Ser mayor de 18 años.
3. Residir en la ciudad de Bogotá.
4. Firmar el consentimiento informado.

### **Criterios De Exclusión**

Encontrarse en un estado de crisis que requiera atención urgente en salud mental que dificulte la comprensión o respuesta a los instrumentos.

### **Muestra Y Muestreo**

Conociendo las características de la población y la dificultad para acceder a ella, se empleará un muestreo no probabilístico por conveniencia que es común en estudios de alcance exploratorio, para Salkind (2018), los investigadores seleccionan a los participantes en función de su accesibilidad y disponibilidad. La captación se realizará en instituciones hospitalarias con servicio de psiquiatría y fundaciones que se especialicen en salud mental, siendo así que el tamaño de muestra estimado es de  $n=25$  participantes, donde la prioridad será avalar la calidad y trascendencia de la información recolectada. Para hacer la recolección de datos se aplicarán instrumentos cuantitativos estandarizados que están validados, pudiéndose aplicar digital o en físico. Este proceso se realizará a elección del participante, que puede ser de forma remota a través WhatsApp, empleando dispositivos móviles y computadores para el diligenciamiento de consentimiento informado y formularios digitalizados o en un encuentro programado de forma presencial.

### **Instrumentos**

#### ***Ficha Sociodemográfica Y Clínica***

Este cuestionario será de elaboración propia basado en cuestionarios avalados en Colombia como la Gran Encuesta Integradora de Hogares (GEIH); donde se preguntará por la empleabilidad, educación, relaciones interpersonales (familia, amigos, pareja), SPA, sexualidad. Se agregarán específicamente preguntas dirigidas al ámbito clínico, por ejemplo: tiempo desde que recibió el diagnóstico, comorbilidad de trastornos, toma de medicamentos, actualmente lleva proceso de acompañamiento psicológico, hospitalizaciones psiquiátricas.

Este cuestionario proporciona un panorama clave de la vinculación de cada una de las personas que harán parte de la caracterización, y de esa manera, ampliar la caracterización del grupo etario.

***Cuestionario De Estilos De Vida (FANTASTICO):***

Evalúa comportamientos y hábitos relacionados con la salud en diversos ámbitos, como el sueño, el manejo del estrés y la nutrición, entre otros. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigaciones, evidenciando adecuados niveles de validez y aplicabilidad en contextos colombianos. En este sentido, Ramírez-Vélez y Agredo (2012) lo proponen como una herramienta practica y de fácil aplicación para la evaluación del estilo de vida en población adulta.

***Escala De Afectividad Positiva Y Negativa (PANAS):***

Es un cuestionario que mide los estados emocionales, afecto positivo (entusiasmo/energía) y el afecto negativo (angustia/irritabilidad), según Trujillo y Gonzales (2017), su aplicabilidad es breve y fácil, siendo ideal para el contexto local.

***Cuestionario De Regulación Emocional (ERQ):***

Mide las estrategias de regulación emocional, específicamente la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva, tiene alrededor de 10 ítems. Esta herramienta ya fue validada por Canales Ramírez et al. (2023), que dan confiabilidad para ser aplicada en el contexto colombiano.

***IPAQ– GPAQ:***

Ambas pruebas miden el volumen e intensidad de AF, sin embargo, el GPAQ está enfocado en tres puntos clave: trabajo, transporte y tiempo libre. El Ministerio de Salud y Protección Social (2017), ha validado el uso de ambos instrumentos en investigaciones colombianas.

Al ser un estudio de caracterización, no se contempla realizar intervención directa. El rol del profesional es evaluar los niveles de actividad física de la población por medio de los instrumentos para correlacionarlos con los estilos de vida y los factores psicosociales. Se busca entender como la AF se ve reflejada en las personas con TLP, por consiguiente, los resultados de investigación contribuirán a próximas investigaciones como línea base para futuras intervenciones físicas en la población.

La recolección de datos se lleva a cabo de manera remota o digital, según la disponibilidad de los participantes, para esto se realizará el envío de los formularios y

consentimiento informado para su diligenciamiento. Cabe aclarar que, aunque el estudio es de corte transversal, la aplicación de la batería de instrumentos no se realizará al mismo tiempo con toda la muestra. Todo se realiza de manera individual; esta medida es tomada como protocolo de seguridad de los participantes garantizando su derecho a la reserva de datos respaldada por la Ley 1581 de 2012, y de manera fundamental la seguridad clínica de cada participante.

### ***Análisis De Datos***

Teniendo en cuenta el enfoque cuantitativo y el alcance descriptivo-correlacional del presente estudio, los datos se exportaron a una hoja de cálculo y posteriormente importados al software JASP, previa verificación de la integridad de la base de datos y el correcto etiquetado de las variables (categóricas y continuas). En una fase inicial, se realizó un análisis descriptivo univariado de todas las variables sociodemográficas, clínicas, de estilos de vida, niveles de actividad física y factores psicosociales. Para las variables cuantitativas, se reportaron medidas de tendencia central y dispersión (media, desviación estándar, mediana y rango), mientras que para las cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y relativas. Adicionalmente, se exploró la distribución de las variables continuas mediante gráficos (histogramas y Q-Q plots) y estadísticos de forma (asimetría y curtosis), con el fin de orientar la selección de pruebas paramétricas o no paramétricas en los análisis.

### ***Consideraciones Éticas:***

El presente estudio declara la ausencia de conflicto de intereses al no incidir en ningún tipo de beneficio económico. Está fundamentado en el respeto y la dignidad humana de los participantes, así como en el reconocimiento que estos tienen frente a los estigmas clínicos, contando con aprobación del comité de ética institucional y la aplicación de consentimiento informado específico garantizando la autonomía de los participantes. Ya que las personas diagnosticadas con TLP, se consideran una población clínicamente vulnerable este estudio se acoge a las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS (2016) y al Informe Belmont (1979). De acuerdo con estas normativas la investigación con personas vulnerables está plenamente justificada desde la bioética teniendo un claro valor social y científico.

Del mismo modo el tratamiento de la información se rige por la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales asegurando el anonimato y la confidencialidad de cada uno. El presente trabajo es oportuno desde una perspectiva de derechos humanos, ya que busca visibilizar e influir de manera positiva en el estilo de vida de dicha población. Es necesario resaltar que en el artículo (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 52), se reconoce el

derecho que tienen todas las personas a la recreación, la práctica deportiva y el aprovechamiento del tiempo libre. Lo que hace que el presente trabajo adquiera un valor importante, en el cual se cumplen y satisfacen todos los lineamientos éticos y morales de las personas con TLP.

Este estudio se fundamenta en conductas concretas bajo los 4 principios de la bioética principalista aplicados en el contexto de la investigación en salud mental.

- **Principio De Autonomía.** según lo establecido en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964), se debe garantizar el consentimiento informado como un proceso libre, voluntario y externo de coacción. En este sentido, los participantes deben ser informados de manera clara sobre la naturaleza objetivos, riesgos y beneficios del estudio, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencia. Este principio resalta la importancia del respeto por la autonomía y la dignidad de las personas en la investigación con seres humanos.
- **Principio De Beneficencia.** Se pretende contribuir al beneficio colectivo en el que se abarca la salud mental y la salud física. Con el fin de generar bases teóricas en las que se sustente una futura creación de programas de AF, fortaleciendo el bienestar en esta población.
- **Principio De No Maleficencia.** bajo la premisa de no hacer daño y en concordancia con la Resolución 8430 de 1993, la cual clasifica las investigaciones según el riesgo, el presente estudio se categoriza como un riesgo mínimo. Esta clasificación se justifica en que no se realizarán intervenciones físicas ni manipulaciones experimentales, y los procedimientos se limitan a la aplicación de instrumentos psicológicos de autorreporte y/o entrevistas estructuradas, similares a los que se emplean en contextos clínicos habituales. De acuerdo con la resolución, se considera riesgo mínimo aquel en el que la probabilidad y magnitud de daño o malestar no son mayores a las que se encuentran en la vida cotidiana o en evaluaciones psicológicas rutinarias. Si bien la investigación involucra personas con TLP, se contemplan medidas específicas para mitigar los posibles riesgos emocionales, tales como la participación voluntaria, el consentimiento informado y la posibilidad de retiro en cualquier momento.

- **Principio De Justicia.** Se garantiza la selección de manera equitativa de las personas, se busca que el impacto y los beneficios futuros de esta caracterización sean importantes para las personas con TLP

Finalmente, el procesamiento de datos se rige bajo la Declaración de Singapur (2010), garantizando la honestidad, responsabilidad y la integridad científica al momento de digitalizar y analizar resultados en el software estadístico.

## Resultados

Los resultados son presentados desde la perspectiva de la actividad física y el deporte, con el fin de identificar oportunidades de intervención con la población. En consecuencia, se priorizó la descripción de los niveles, barreras y patrones de actividad física de la muestra, articulándolos con los factores psicosociales y de estilos de vida relevantes.

### Caracterización Sociodemográfica

#### *Edad*

La distribución de la edad actual presentó asimetría positiva, confirmada por la prueba de Shapiro-Wilk indicando no normalidad ( $W=0.82$ ,  $p=0.05$ ), por esta razón, se emplea la mediana y RIC como medidas de tendencia central más apropiados para describir este conjunto de datos.

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos de la edad actual (n=18)*

| Estadístico              | Valor                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| Media (M)                | 27.61 años                                                 |
| Desviación estándar (DE) | 7.00                                                       |
| Mediana (Mdn)            | 26.00 años                                                 |
| RIC (P25–P75)            | 24.00–27.75 años                                           |
| Mínimo                   | 20 años                                                    |
| Máximo                   | 45 años                                                    |
| Shapiro-Wilk (W)         | $W = 0.82$ , $p = .005 \rightarrow$ distribución no normal |

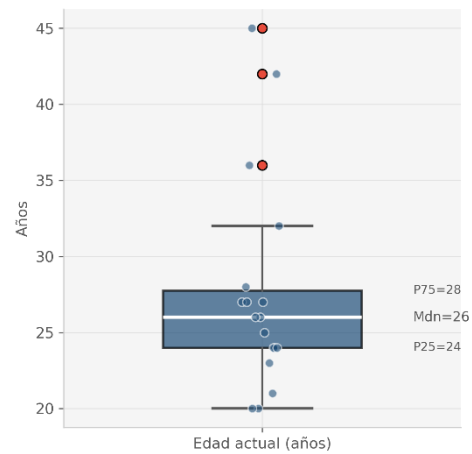
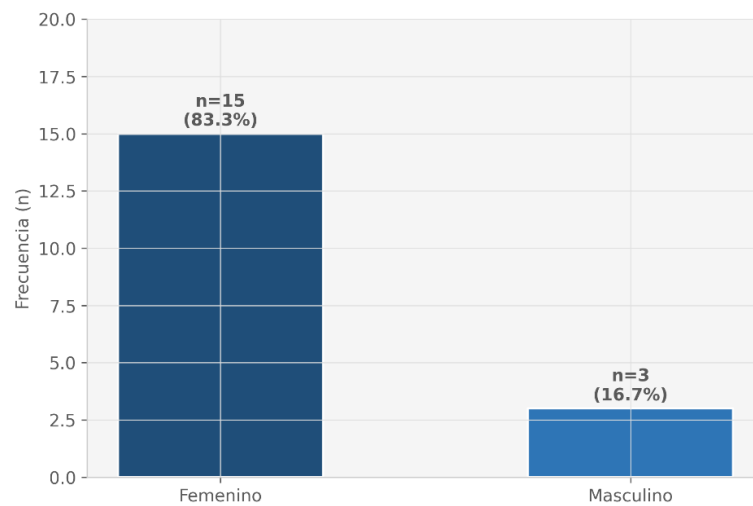
La edad mediana de los participantes fue de 26 años con un rango de 20 a 45 años. La media se vio influenciada por 3 participantes mayores de 35 años. El 75% de la muestra se concentró en un rango de 20 a 28 años, configurando un perfil predominantemente de adulto joven. La figura 4 ilustra la distribución de la edad actual, incluyendo la presencia de valores en el rango de 36 a 45 años.

#### *Sexo*

La muestra estuvo compuesta por 15 mujeres equivalente al (83.3%) y 3 hombres ósea (16,7%), como se observa en la figura 1. Esta distribución refleja la mayor frecuencia con que el TLP es diagnosticado en mujeres en entornos clínicos y debe considerarse al interpretar los niveles y preferencias de actividad física reportados por la muestra.

**Tabla 2***Distribución de la Muestra por Sexo de los Participantes*

| Sexo      | n  | %     |
|-----------|----|-------|
| Femenino  | 15 | 83.3% |
| Masculino | 3  | 16.7% |

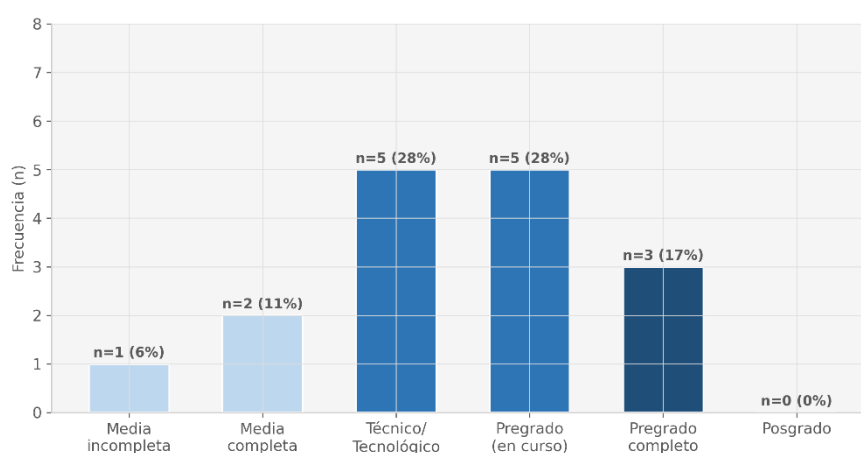
**Figura 1***Distribución de la edad actual (n = 18)***Figura 2***Distribución de la muestra según sexo biológico (n = 18)*

### Nivel Educativo

El nivel educativo fue heterogéneo. El 55.6% de los participantes tenía formación técnica o universitaria (completa o en curso): el 27.8% técnico/tecnológico, 27.8% pregrado incompleto o cursado y 16.7% pregrado completo. El 11.1% reportó media completa, el 5.6% media incompleta o cursando y el 11.1% posgrado. Tal como se muestra en la figura 2 y tabla 2, lo que puede reflejar tanto el perfil etario de la muestra como el acceso diferencial al diagnóstico formal del TLP en Colombia.

**Figura 3**

*Nivel Educativo Alcanzado (N = 18)*



**Tabla 3**

*Distribución por nivel educativo alcanzado (n = 18)*

| Nivel educativo                | n  | %     |
|--------------------------------|----|-------|
| Media incompleta o cursando    | 1  | 5.6%  |
| Media completa                 | 2  | 11.1% |
| Técnico/Tecnológico            | 5  | 27.8% |
| Pregrado incompleto o cursando | 5  | 27.8% |
| Pregrado completo              | 3  | 16.7% |
| Posgrado                       | 2  | 11.1% |
| Total                          | 18 | 100%  |

### ***Situación Laboral***

Algo más de la mitad de la muestra reporta actividad laboral activa. Dado que la inserción laboral tiene un impacto funcional preservado en parte de la muestra, aunque la estabilidad y condiciones del empleo no fueron reportadas uniformemente.

**Tabla 4**

*Distribución de los participantes según su condición laboral*

| ¿Trabaja actualmente? | n  | %     |
|-----------------------|----|-------|
| Sí                    | 10 | 55.6% |
| No                    | 8  | 44.4% |

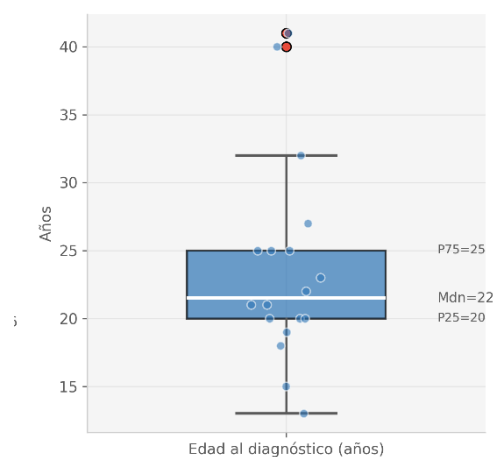
### **Perfil Clínico**

#### ***Edad de Diagnóstico***

La edad de recepción del diagnóstico de TLP/TPEI presentó una distribución con mayor variabilidad que la edad actual, evidenciando heterogeneidad en el tiempo de diagnóstico.

**Figura 4**

*Distribución De La Edad Al Diagnóstico (N = 18)*



El diagnóstico tiende a realizarse en la adultez temprana (Mdn = 21.5 años), aunque existe una amplia variabilidad (rango: 13-41 años). El valor mínimo de 13 años es clínicamente notable, dado que las guías internacionales recomiendan cautela en el diagnóstico de TLP en menores de 18 años.

**Tabla 5***Edad De Diagnostico*

| Estadístico              | Valor              |
|--------------------------|--------------------|
| n válidos                | 18                 |
| Media (M)                | 23.72 años         |
| Desviación estándar (DE) | 7.49               |
| Mediana (Mdn)            | 21.50 años         |
| RIC (P25 – P75)          | 20.00 – 25.00 años |
| Mínimo                   | 13 años            |
| Máximo                   | 41 años            |

**Comorbilidad**

El 44.4% de los participantes (n=8) reporta comorbilidad con al menos un trastorno psiquiátrico adicional, mientras el 55.6% restante (n=10) no reportan ninguna. Las comorbilidades mencionadas incluyen: trastorno de ansiedad mixta, depresión mayor, trastorno afectivo bipolar (TAB) y trastorno por uso de sustancias. Esta tasa es inferior a la reportada en muestras clínicas típicas (70%-80%), posiblemente reflejando un sesgo de subregistro o de autoinforme, la presencia de comorbilidades psiquiátricas es un factor para considerar en la prescripción y dosificación del ejercicio.

**Tabla 6***Comorbilidad De Los Trastorno*

| Comorbilidad                  | n  | %     |
|-------------------------------|----|-------|
| Sin comorbilidad              | 10 | 55.6% |
| Con al menos una comorbilidad | 8  | 44.4% |

**Tratamiento Farmacológica**

El 33% de la muestra utiliza actualmente medicación específica para el tratamiento del TLP, en tanto que el 66.7% no lo hace.

**Tabla 7***Tratamiento farmacológico*

| Usa medicación para TLP | n  | %     |
|-------------------------|----|-------|
| Sí                      | 6  | 33.3% |
| No                      | 12 | 66.7% |

### ***Historial de Hospitalización Psiquiátrica***

Dos de cada tres participantes reportan haber sido hospitalizados psiquiátricamente al menos en una ocasión, dato que señala la gravedad clínica predominante en la muestra y subraya la importancia de contar con estrategias complementarias de intervención, accesibles y de bajo costo, incluyendo la actividad física.

**Tabla 8**

#### ***Comorbilidad de los trastornos***

| Hospitalización psiquiátrica | n  | %     |
|------------------------------|----|-------|
| Al menos una vez             | 12 | 66.7% |
| Nunca hospitalizado          | 6  | 33.3% |

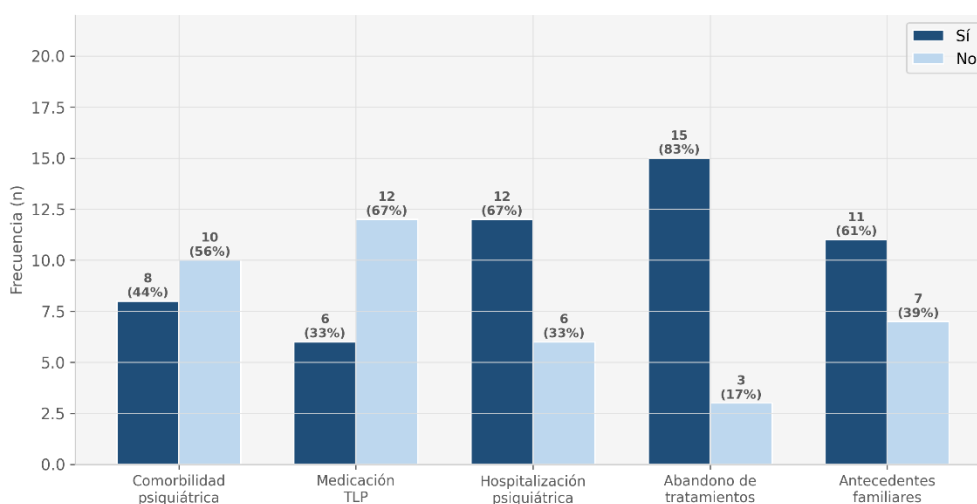
#### ***Abandono de tratamientos***

El hallazgo más relevante del perfil clínico es la alta tasa de abandono de tratamientos previos: el 83.3% de los participantes (n=15) ha abandonado al menos un tratamiento anterior ya sea farmacológico o psicoterapéutico, frente al 16.7% (3) no lo ha hecho.

La elevada tasa de abandono indica la necesidad de intervenciones complementarias de bajo costo y fácil acceso, como la actividad física estructurada, que puedan ofrecerse en paralelo a los tratamientos convencionales y que favorezcan la adherencia a largo plazo.

**Figura 5**

#### ***Perfil Clínico***



## Antecedentes Familiares De Trastornos Mentales

**Tabla 9**

### Antecedentes familiares

| Antecedentes familiares | n  | %     |
|-------------------------|----|-------|
| Sí                      | 11 | 61.1% |
| No                      | 7  | 38.9% |

El 61.1% reporta antecedentes familiares de trastornos mentales, (depresión, TLP, ansiedad y Trastorno Afectivo Bipolar), mientras que el 38.9% restantes niega dichos antecedentes. Este factor es contextualmente relevante para comprender el entorno psicosocial en el que se desenvuelven los participantes y sus posibles redes de apoyo.

## Factores Psicosociales Y Calidad De Vida

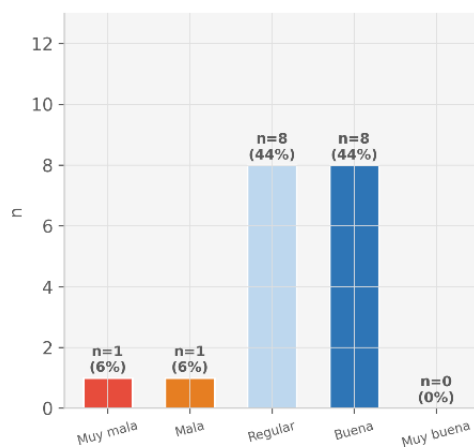
### *Calidad De Vida Auto Percibida*

En relación con la calidad de vida auto percibida los últimos seis meses, ningún participante la clasificó como “muy buena”. El 44.4% la clasificó como “buena” y el 44.4% como “regular”. Los dos casos restantes se distribuyen en “mala” con el 5.6% y el restante “muy mala” con el 5.6%. de ese modo, el 88.9% de la muestra describe su calidad de vida entre regular y buena, evidenciando una percepción moderada del bienestar que no alcanza el extremo positivo de la escala.

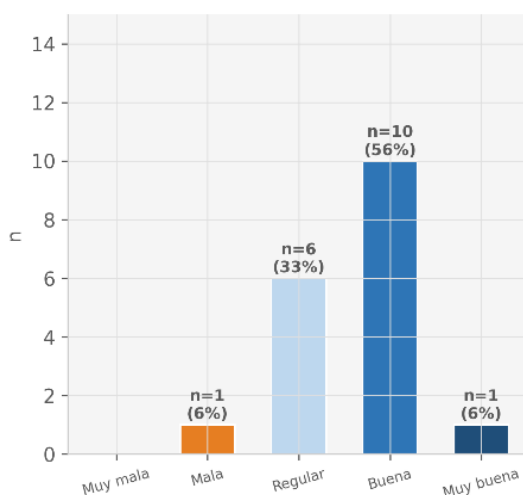
**Tabla 10**

### *Calidad de vida auto percibida*

| Calificación | n  | %     |
|--------------|----|-------|
| Muy buena    | 0  | 0.0%  |
| Buena        | 8  | 44.4% |
| Regular      | 8  | 44.4% |
| Mala         | 1  | 5.6%  |
| Muy mala     | 1  | 5.6%  |
| Total        | 18 | 100%  |

**Figura 6***Calidad de vida auto percibida****Apoyo Familiar y Redes de Apoyo***

El 72.2% de los participantes, reporta contar con apoyo familiar o social significativo, mientras que el 27,8% señala no tenerlo. El apoyo percibido como significativo puede constituir un factor facilitador para la adherencia a programas de ejercicio físico estructurado, en tanto que la ausencia de dicho apoyo puede actuar como barrera.

**Figura 7***Calidad de relación familiar*

**Tabla 11***Calidad de las relaciones interpersonales*

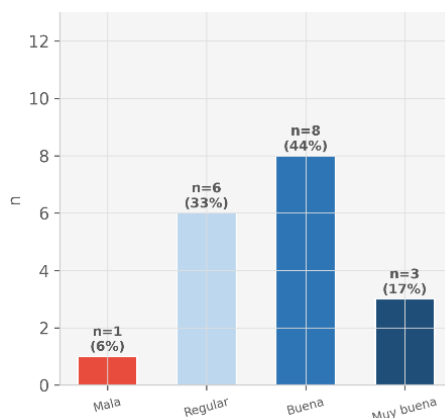
| Variable                              | Sí (n/%)   | No (n/%)   |
|---------------------------------------|------------|------------|
| Apoyo familiar o social significativo | 13 (72.2%) | 5 (27.8%)  |
| Discriminación relacionada al TLP     | 8 (44.4%)  | 10 (55.6%) |

La Tabla 4 presenta la distribución de la calidad de las relaciones familiares y de amistad, y la Figura 5 los ilustra de forma gráfica.

**Tabla 12***Calidad De Las Relaciones Interpersonales (N = 18)*

| Calificación | Relación familiar (n/%) | Relación de amistad (n/%) |
|--------------|-------------------------|---------------------------|
| Muy buena    | 1 (5.6%)                | 3 (16.7%)                 |
| Buena        | 10 (55.6%)              | 8 (44.4%)                 |
| Regular      | 6 (33.3%)               | 6 (33.3%)                 |
| Mala         | 1 (5.6%)                | 1 (5.6%)                  |
| Muy mala     | 0 (0.0%)                | 0 (0.0%)                  |

La mayoría de los participantes califica sus relaciones familiares (55.6%) y de amistad (44.4%) como "buenas", aunque una proporción relevante —33.3% en ambas dimensiones— las describe como "regulares". Esta variabilidad es coherente con la inestabilidad interpersonal que caracteriza al TLP como criterio diagnóstico central.

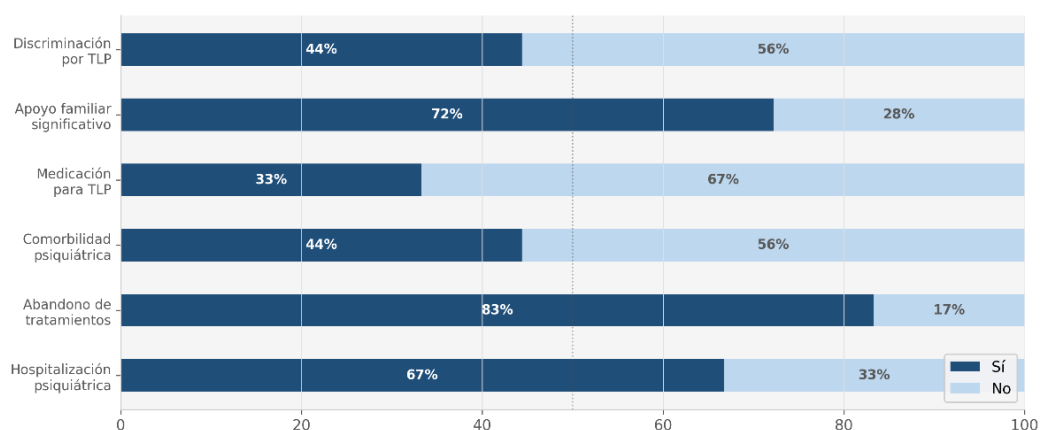
**Figura 8***Variables psicosociales y calidad de vida (n = 18)*

### ***Discriminación Social Por Trastorno***

El 44.4% de los participantes ( $n = 8$ ) reporta haber vivido situaciones de discriminación social relacionadas al TLP. Entre los tipos de discriminación referidos se encuentran el rechazo, el aislamiento social, el control o la coerción en relaciones y la discriminación en entornos médicos. La experiencia de discriminación puede operar como barrera para la participación en espacios deportivos y de actividad física colectiva. Este dato es consistente con el estigma documentado asociado a los trastornos de personalidad en contextos latinoamericanos.

### **Figura 9**

*Perfil Clínico Y Psicosocial — Barras Apiladas (N = 18)*



### **Niveles De Actividad Física**

#### ***Distribución De Niveles De Actividad Física (IPAQ)***

El Cuestionario Internacional de Actividad Física, versión corta (IPAQ-C) clasifica a los participantes en tres categorías según el volumen semanal de MET-min: bajo ( $< 600$  MET-min/sem), moderado ( $600-3,000$  MET-min/sem) y alto ( $> 3,000$  MET-min/sem). La Tabla 5 muestra la distribución por nivel de actividad física y la Tabla 6 presenta los estadísticos descriptivos de los MET totales. Los METs totales presentan una distribución no normal y alta variabilidad ( $CV > 100\%$ ), característica frecuente en medidas de actividad física autorreportada.

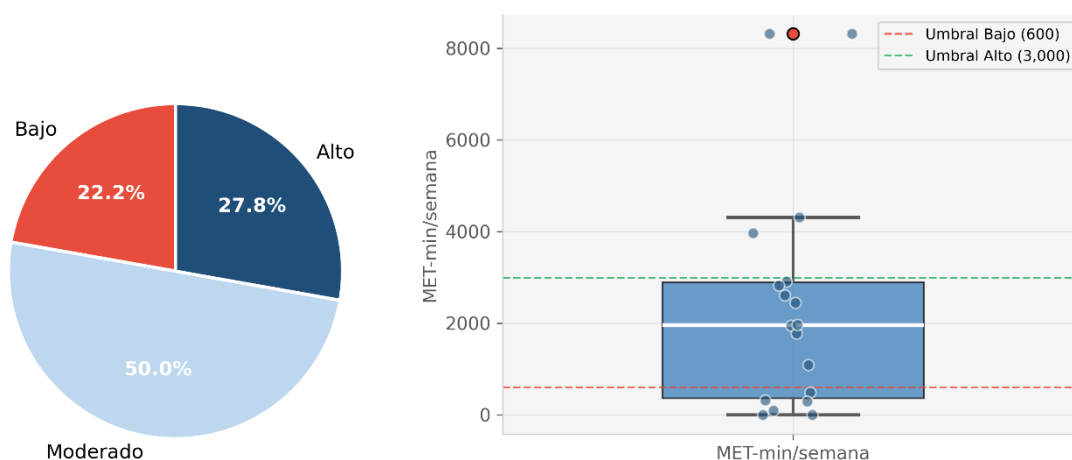
**Tabla 13***Distribución por nivel de actividad física según ipaq*

| Nivel de AF                      | n  | %     |
|----------------------------------|----|-------|
| Alto (> 3,000 MET-min/sem)       | 5  | 27.8% |
| Moderado (600–3,000 MET-min/sem) | 9  | 50.0% |
| Bajo (< 600 MET-min/sem)         | 4  | 22.2% |
| Total                            | 18 | 100%  |

**Tabla 14***Estadísticos descriptivos de met-min/semana – IPAQ*

| Estadístico — MET-min/semana (IPAQ) | Valor               |
|-------------------------------------|---------------------|
| n válidos                           | 18                  |
| Media (M)                           | 2,428.8 MET-min/sem |
| Desviación estándar (DE)            | 2,523.8             |
| Mediana (Mdn)                       | 1,959.0 MET-min/sem |
| RIC (P25 – P75)                     | 361.0 – 2,891.3     |
| Mínimo                              | 0 MET-min/sem       |
| Máximo                              | 8,316 MET-min/sem   |

La distribución de niveles de actividad física según el IPAQ-C indica que la mitad de los participantes alcanza un nivel moderado de actividad física. Sin embargo, el 22.2% (n = 4) reportó 0 MET-min/semana, correspondiente a inactividad física completa durante la semana de referencia. Esta fracción de inactividad total es especialmente relevante desde el punto de vista de la prescripción de ejercicio. La alta variabilidad (DE = 2,523.8 MET-min/sem; coeficiente de variación > 100%) refleja perfiles muy heterogéneos dentro de la muestra. La Figura 6 ilustra la distribución de niveles y el boxplot de METs para el IPAQ.

**Figura 10***Nivel y volumen de actividad física – IPAQ****Distribución del nivel de actividad física (GPAQ)***

El Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ) de la OMS desglosa la actividad en cuatro dominios: trabajo, desplazamiento, tiempo libre vigoroso y tiempo libre moderado. De los 18 participantes, 13 cuentan con datos completos para el cálculo del MET total (los 5 restantes presentaron datos incompletos en algún dominio).

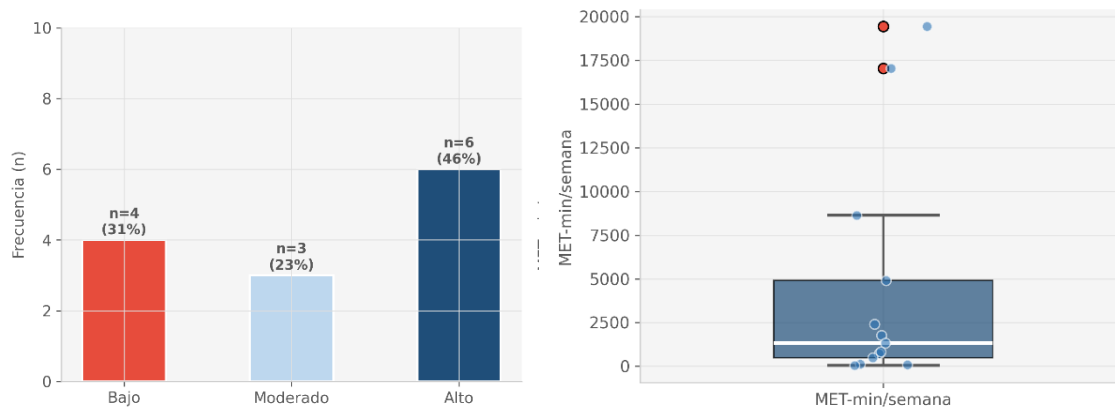
**Tabla 15***Distribución por nivel de actividad física*

| Nivel de AF (GPAQ) | n  | % (sobre 13 con datos) |
|--------------------|----|------------------------|
| Alto               | 6  | 46.2%                  |
| Moderado           | 3  | 23.1%                  |
| Bajo               | 4  | 30.8%                  |
| Total, con datos   | 13 | 100%                   |

**Tabla 16***Estadístico descriptivo de met-min/semana – GPAQ*

| Estadístico — MET-min/semana (GPAQ) | Valor               |
|-------------------------------------|---------------------|
| n válidos                           | 13                  |
| Media (M)                           | 4,445.2 MET-min/sem |
| Desviación estándar (DE)            | 6,597.4             |
| Mediana (Mdn)                       | 1,320.0 MET-min/sem |
| RIC (P25 – P75)                     | 480.0 – 4,920.0     |
| Mínimo                              | 40 MET-min/sem      |
| Máximo                              | 19,440 MET-min/sem  |

El GPAQ registra una mediana de MET – min/semana, considerablemente más baja que la media (1,320 vs 4,445 MET-min/sem), lo que indica una distribución fuertemente sesgada a la derecha, influenciada por valores extremos. El 46.2% de quienes completaron el instrumento clasifica en nivel 'alto', aunque la mediana del grupo sugiere que la distribución central corresponde a niveles moderados-bajos. La discrepancia con el IPAQ puede atribuirse a diferencias en los dominios evaluados y en la forma de registro del tiempo.

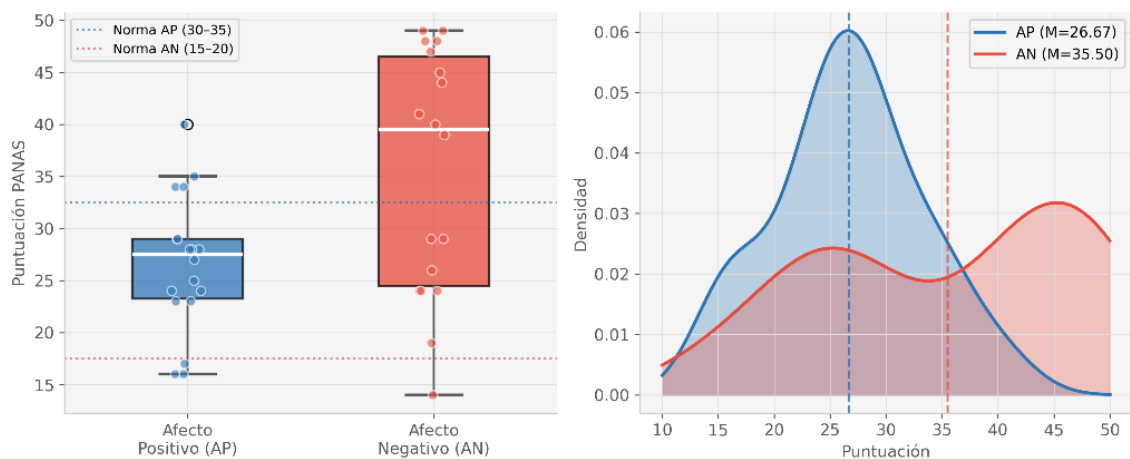
**Figura 11***Nivel y volumen de actividad física***Afecto Positivo Y Negativo (PANAS)**

La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988) evalúa el afecto como rasgo o estado mediante 20 adjetivos emocionales distribuidos en dos subescalas: 10 de Afecto Positivo (AP) y 10 de Afecto Negativo (AN), con rango teórico de 10 a 50 puntos por escala de Likert de 1 a 5.

**Tabla 17***Estadísticos descriptivos de las panas*

| Estadístico              | Afecto Positivo (AP) | Afecto Negativo (AN) |
|--------------------------|----------------------|----------------------|
| n válidos                | 18                   | 18                   |
| Media (M)                | 26.67                | 35.50                |
| Desviación estándar (DE) | 6.58                 | 11.73                |
| Mediana (Mdn)            | 27.50                | 39.50                |
| RIC (P25 – P75)          | 23.25 – 29.00        | 24.50 – 46.50        |
| Mínimo                   | 16                   | 14                   |
| Máximo                   | 40                   | 49                   |

La muestra presenta niveles moderados-bajos de afecto positivo ( $M = 26.67$ ,  $DE = 6.58$ ), por debajo del rango normativo referencial de 30–35 puntos. En contraste, el afecto negativo ( $M = 35.50$ ,  $DE = 11.73$ ) supera ampliamente el rango normativo de 15–20 puntos. El afecto negativo exhibe una variabilidad considerablemente mayor (coeficiente de variación  $\approx 33\%$ ) que el afecto positivo ( $CV \approx 25\%$ ), lo que refleja la labilidad emocional característica de la muestra.

**Figura 12***Afecto positivo y negativo - PANAS*

Los niveles de afecto positivo y negativo documentados en esta muestra son modulables a través de la práctica regular de actividad física, aspecto que se analizan en el capítulo de Discusión.

Interpretación referencial: En muestras normativas colombianas (Sandin et al., 1999; adaptaciones latinoamericanas), los valores normativos para AP se sitúan entre 30–35 y para

AN entre 15–20. Los valores de la muestra se desvían notablemente de estas referencias, con AP por debajo y AN significativamente por encima del rango normativo, consistente con la sintomatología del TLP.

### Regulación Emocional (ERQ)

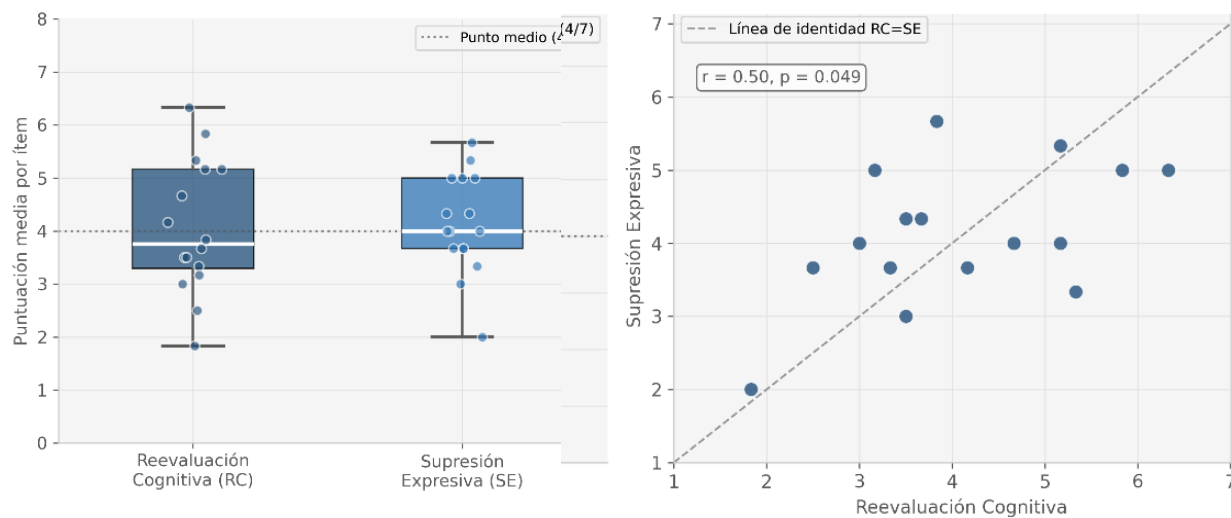
El Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross & John, 2003) evalúa dos estrategias de regulación emocional: Reevaluación Cognitiva (RC; 6 ítems) y Supresión Expresiva (SE; 4 ítems), en escala Likert de 1 a 7. Las puntuaciones se reportan como promedios por ítem. El instrumento fue aplicado a  $n = 16$  participantes; dos casos no completaron esta sección. Para la Supresión Expresiva se utilizaron 3 de los 4 ítems originales, dado que el ítem 2 presentó datos faltantes en toda la muestra. Ambas subescalas presentaron distribución normal (shapiro-Wilk RC:  $W = 0.97$ ,  $p = .87$ ; SE:  $W = 0.96$ ,  $p = .72$ ). La Tabla 10 resume los estadísticos descriptivos.

**Tabla 18**

*Estadísticos Descriptivos Del Erq*

| Estadístico              | Reevaluación Cognitiva | Supresión Expresiva |
|--------------------------|------------------------|---------------------|
| n válidos                | 16                     | 16                  |
| Media (M)                | 4.06                   | 4.12                |
| Desviación estándar (DE) | 1.25                   | 0.94                |
| Mediana (Mdn)            | 3.75                   | 4.00                |
| RIC (P25 – P75)          | 3.29 – 5.17            | 3.62 – 4.62         |
| Mínimo                   | 1.83                   | 2.33                |
| Máximo                   | 6.33                   | 6.00                |
| Shapiro-Wilk (W, p)      | 0.97, $p = .87$        | 0.96, $p = .72$     |

Las medias de ambas subescalas son moderadas y próximas al punto medio de la escala (RC:  $M = 4.06$ ; SE:  $M = 4.12$ ), sin predominio marcado de ninguna estrategia sobre la otra. Se destaca el amplio rango de variación de la Reevaluación Cognitiva (1.83–6.33), que indica la coexistencia de participantes con uso escaso y con uso frecuente de esta estrategia adaptativa. La correlación entre RC (1.83–6.33) y SE resultó positiva y estadísticamente significativa ( $r = 0.50$ ,  $p = .049$ ), indicando que hay participantes que emplean estrategias de regulación muy adaptativa más reevaluación cognitiva también tienden a utilizar más supresión expresiva, y otros con escaso uso de la reevaluación, dato relevante para el diseño de intervenciones.

**Figura 13***Regulación emocional ERQ*

El uso moderado de ambas estrategias indica que intervenciones basadas en ejercicio físico podrían fortalecer la reevaluación cognitiva y reducir la supresión expresiva como estrategia desadaptativa.

### Estilos De Vida (FANTÁSTICO)

El cuestionario FANTÁSTICO (Wilson & Ciliska, 1984; versión validada en Colombia por Ramírez-Vélez & Agredo, 2012) evalúa nueve dimensiones del estilo de vida mediante 25 ítems, con puntuación total entre 0 y 100. De los 18 participantes, 14 completaron el instrumento de forma válida; los 4 restantes presentaron datos incompletos. La Tabla 11 resume los estadísticos descriptivos de la puntuación total y la Tabla 12 describe los rangos interpretativos del instrumento

**Tabla 19***Estadísticos descriptivos del cuestionario FANTÁSTICO*

| Estadístico — Puntuación<br>FANTÁSTICO | Valor         |
|----------------------------------------|---------------|
| n válidos                              | 14            |
| Media (M)                              | 27.00 puntos  |
| Desviación estándar (DE)               | 4.74          |
| Mediana (Mdn)                          | 28.00 puntos  |
| RIC (P25 – P75)                        | 25.00 – 29.75 |
| Mínimo                                 | 17 puntos     |
| Máximo                                 | 37 puntos     |

Nota: Los puntajes disponibles para análisis corresponden a n = 14 participantes; 4 casos presentaron datos incompletos en el instrumento.

**Tabla 20***Rangos interpretativos del cuestionario FANTÁSTICO y clasificación de la muestra*

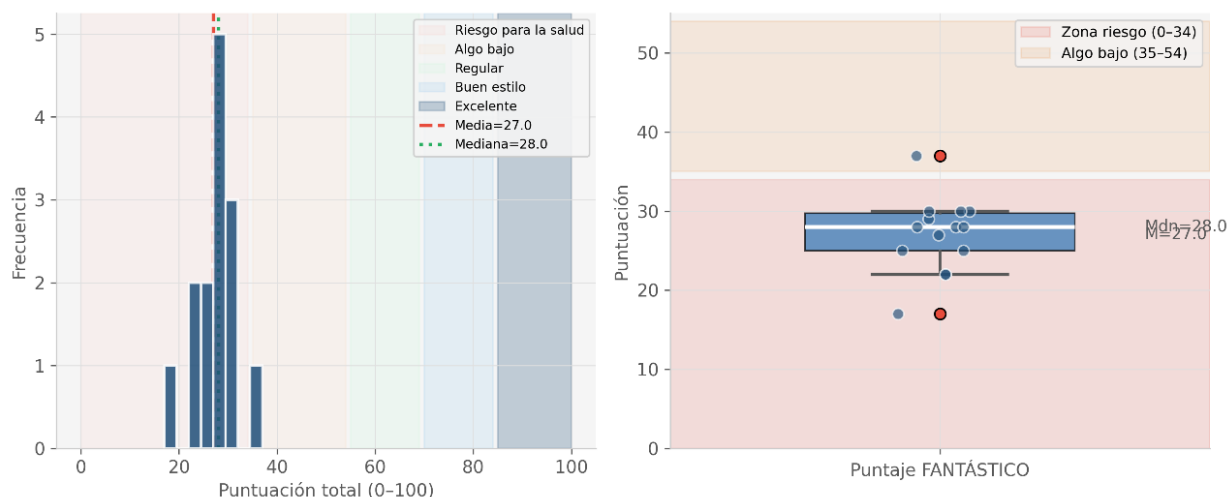
| Categoría                         | Rango de puntuación |
|-----------------------------------|---------------------|
| Excelente estilo de vida          | 85 – 100 puntos     |
| Buen estilo de vida               | 70 – 84 puntos      |
| Estilo de vida regular / promedio | 55 – 69 puntos      |
| Algo bajo, hay aspectos a mejorar | 35 – 54 puntos      |
| Existe riesgo para la salud       | 0 – 34 puntos       |

La puntuación media ( $M = 27.00/100$ ) ubica a la totalidad de la muestra en la categoría "Existe riesgo para la salud" (rango 0–34 puntos), resultado que señala una situación de alerta generalizada en los estilos de vida de los participantes. según los criterios interpretativos del instrumento. Ningún participante alcanzó la categoría "buen estilo de vida" ni "excelente". El participante con la mayor puntuación obtuvo 37 puntos, apenas por encima del umbral inferior de la categoría "algo bajo". El rango de variación (17–37 puntos) indica que incluso el participante con mejor puntuación apenas supera el umbral inferior de la categoría 'algo bajo'. Este resultado es coherente con la evidencia que asocia al TLP con comportamiento de riesgo de salud, dificultades en la alimentación, sueño irregular y consumo de sustancias. La muestra es relativamente homogénea en su situación de riesgo, sin dispersión hacia categorías

superiores. La Figura 10 presenta el histograma y el boxplot de la puntuación FANTÁSTICO, con las zonas de riesgo resaltadas.

**Figura 14**

*Estilos de vida — Cuestionario FANTÁSTICO*



## Síntesis De Hallazgos

Los datos obtenidos en el conjunto de instrumentos aplicados permiten trazar un perfil integrado de la muestra que resulta particularmente orientador para el diseño de intervenciones deportivas y de ejercicio físico estructurado. En síntesis, la siguiente tabla consolida los indicadores centrales de cada dimensión evaluada, permitiendo una lectura integrada del perfil de la muestra:

**Tabla 21***Síntesis de hallazgos*

| <b>Dimensión</b> | <b>Indicador Principal</b>   | <b>Hallazgo</b>                                     |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Sociodemográfica | Edad (Mdn)                   | 26 años; 83.3% femenino                             |
| Clínica          | Hospitalización psiquiátrica | 66.7% al menos una vez                              |
| Clínica          | Abandono de tratamientos     | 83.3% ha abandonado tratamientos previos            |
| Clínica          | Comorbilidad                 | 44.4% presenta al menos una comorbilidad            |
| Psicosocial      | Apoyo familiar significativo | 72.2% reporta apoyo familiar                        |
| Psicosocial      | Discriminación por TLP       | 44.4% ha vivido discriminación                      |
| Calidad de vida  | Percepción global            | Buena o regular: 88.9%; ninguno reporta 'muy buena' |
| AF — IPAQ        | Nivel predominante           | 50% Moderado; 22.2% Bajo (inactivo)                 |
| AF — GPAQ        | MET-min/sem (Mdn)            | 1,320 MET-min/sem (nivel moderado-bajo)             |
| PANAS            | Afecto Positivo (M)          | 26.67 — bajo respecto a norma (30–35)               |
| PANAS            | Afecto Negativo (M)          | 35.50 — alto respecto a norma (15–20)               |
| ERQ              | Reevaluación Cognitiva (M)   | 4.06 / 7 — uso moderado                             |
| ERQ              | Supresión Expresiva (M)      | 4.12 / 7 — uso moderado                             |
| FANTÁSTICO       | Puntuación (M)               | 27.00 / 100 — categoría 'riesgo para la salud'      |

En conjunto, los datos revelan un perfil de muestra con alta vulnerabilidad clínica (elevadas tasas de hospitalización y abandono de tratamiento), niveles de actividad física predominantemente moderados, pero con una fracción significativa en inactividad, afecto

negativo elevado, estrategias de regulación emocional moderadas y estilos de vida en zona de riesgo para la salud. Estos hallazgos fundamentan la pertinencia de intervenciones en actividad física como complemento terapéutico en personas con TLP.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio constituyen la primera investigación descriptiva y sistemática sobre el estilo de vida, el nivel de actividad física y los factores psicosociales en personas diagnosticadas con trastorno límite de la personalidad (TLP) en la ciudad de Bogotá, Colombia. Estos resultados concuerdan con los antecedentes en varios aspectos importantes y, al mismo tiempo, aportan conocimientos contextualizado, donde hasta ahora la existencia de estudios sobre esta población es mínima. No obstante, se analizan los principales resultados en cada una de las dimensiones estudiadas, comparándolos con los antecedentes de este estudio, señalando las similitudes, las diferencias y la contribución a los futuros licenciados en deporte.

### **Perfil Sociodemográfico Y Clínico**

El perfil de la muestra dio una notable participación de mujeres con el 83.3% con una media de 26 años, lo que se relaciona directamente con APA (2014), sobre la mayor frecuencia de diagnóstico de trastorno límite de la personalidad en mujeres dentro de los entornos clínicos. Sin embargo, en Colombia esta cifra puede llegar a evidenciar un sesgo de genero donde se llega a invalidar la vulnerabilidad emocional en los hombres, dificultando que se acerque a encontrar diagnostico alguno.

Por otro lado, ese 83.3% de los participantes que han abandonado sus tratamientos previos y el 66,7% llego a reportar una hospitalización psiquiátrica. Sí esto lo vemos como que dos de cada tres personas requieren hospitalización psiquiátrica hace evidente la aspereza del trastorno, caso que es visto por Keuroglan et al. (2013), demostrando que la interrupción de los procesos clínicos empeora de manera exorbitante el pronóstico.

Con los datos anteriores que no reflejan únicamente la dificultad de lo que es el trastorno, sino también las barreras estructurales que hay en el sistema de salud en Bogotá, donde acceder a psicoterapias especializadas suele ser costoso o demorado, desde la licenciatura en deporte se ve este trastorno como abandono desde la salud local, asimismo la actividad física planificada y dirigida pedagógicamente, surge no como un reemplazo sino como una estrategia coadyuvante, no farmacológica, de bajo costo y de alta accesibilidad, que puede unirse con la cotidianidad de la persona fomentando una adherencia que los tratamientos tradicionales se están perdiendo.

## Niveles De Actividad Física

Dentro de los niveles de actividad física mediante el cuestionario IPAQ, observando que, si bien la mitad de las muestras entra a ser clasificada dentro de un nivel moderado, hay una preocupante parte de las personas el 22,2% que reportaron inactividad completa, obteniendo 0 METS por minuto a la semana. Una tendencia que se deriva al sedentarismo agudizando la revisión de los datos del cuestionario GPAQ que se enfoca en el desplazamiento, el trabajo y el tiempo libre, su mediana fue de 1320 MET-min/sem. Los bajos volúmenes de actividad física confirman que las observaciones anteriormente mencionadas en el presente estudio que fueron de St-Amour et al. (2022), quienes señalan que la falta de motivación marca la inestabilidad emocional y el temor al juicio social siendo barreras enormes que alejan a las personas con TLP del ejercicio.

A nivel Bogotá, las barreras cobran un sentido local. Hacer que las personas se integren a espacios masivos de ocio típicos de la ciudad, como los parque, ciclovías o gimnasios barriales, genera un gran recelo a las personas y sentir la mirada del otro. Generando aislamiento o incluso incrementando el riesgo cardio metabólico. Tal como lo advirtió Barber et al. (2019) y Schaefer et al. (2025), la falta de actividad física en esta población acorta su esperanza de vida frente a la población general.

Frente a la inactividad de las personas, es necesario replantearse, ya que la literatura reciente, respaldada por la meta-revisión de Vancampfort et al. (2025), demuestra que el ejercicio planificado produce efectos de amplia magnitud en salud mental. Claramente debe construirse entornos seguros, con grupos pequeños o incluso sesiones personalizadas de manera inicial, donde el licenciado en deporte actúa como un facilitador que eliminando en cierta medida el componente de “rendimiento” en las prácticas. Permitiendo que sea beneficioso para todos, manteniendo los niveles de cada persona independientemente optimizando los beneficios del movimiento sobre su cuerpo y mente.

## Regulación Y Estado Afectivo (PANAS Y ERQ)

En la escala de afectividad positiva y negativa (PANAS) y el de regulación exponen de manera directa la tormenta emocional con la que permanecen las personas que hicieron parte de la muestra. El PANAS mostró niveles de afecto positivo (media de 26.67), mientras que el de afecto negativo fue en creciente llegando por encima de los rangos (media de 35.50), exhibiendo una variabilidad. Corroborando el núcleo teórico de Gross (1998.2015), definiendo el TLP por la dificultad crónica para atenuar o modificar el curso de las emociones negativas.

Revelando el comportamiento de las estrategias de regulación que son medidas por el ERQ. Además, se encontró que el uso de la Reevaluación cognitiva (adaptativa) y la Supresión Expresiva (desadaptativa) conviven en un nivel moderado y, es sorpresivo como guardan una correlación positiva significativa ( $r=0.50$ ). Esto sugiere un escenario de profunda sobrecarga mental: los participantes intentan reestructurar sus pensamientos al mismo tiempo que hacen esfuerzos grandes para ocultar e incluso reprimir lo que sienten. Es un proceso exhaustivo que, como lo explica Cavicchioli et al. (2021), suele derivar una conducta impulsiva para “apagar” ese malestar.

Aquí el componente cognitivo de la AF, estudiada por Schmidt et al. (2016), cobrando un valor invaluable. El licenciado en deporte está en la capacidad de utilizar disciplinas que mantengan un foco atencional (como el aprendizaje de un gesto técnico o deportes de colaboración u oposición) obligando a la mente a anclarse en el ahora, deteniendo la reflexión. Además, como lo demostró St-Amour et al. (2024), el solo hecho de completar una sesión de AF supervisada atenúa de manera intensa la reactividad emocional y también el afecto negativo. La sesión deportiva es convertida en un lugar seguro en donde la persona puede experimentar tensión y aprender a regularla, fomentando una reevaluación cognitiva exitosa y transferible a su vida diaria.

## **Estilos De Vida**

El dato más crítico y categórico de esta caracterización sea el resultado de cuestionario FANTASTICO ya que el 100% de la muestra válida se ubicó en la categoría de “riesgo para la salud”, con una media de 27 sobre 100. El hecho de que ningún participante lograra alcanzar un nivel de estilo de vida “bueno” o “excelente”, y que el puntaje mayor apenas llegara a los 37 puntos, es una alerta hacia la emergencia sanitaria. Dichos datos visibilizan que el sedentarismo, el mal patrón de sueño y la mala alimentación en esta población no son únicamente una cuestión de descuido o de pereza.

Para entender de cierto modo este riesgo crónico, es necesario observar el modelo de la Lifestyle Psychiatry propuesto por Remeus et al. (2025) y Cavicchioli et al. (2021). Ellos explican que estas conductas destructivas de cierta forma no son secuelas aisladas, sino mecanismos que realmente influyen sobre la “supresión experiencial”. Frente a la desregulación emocional que llega a ser intensa (como se demostró en el PANAS), las personas recurren a la comida, las sustancias o la inactividad como vías rápidas de satisfacción en modo de reprimir sensaciones. El estudio de Keuroghlian et al. (2013) ya

había advertido que el no modificar dichos patrones es el predecible más fuerte de que el trastorno no entrará alivio.

En el contexto de Bogotá, el intervenir en los estilos de vida es una urgencia que trasciende el consultorio psiquiátrico. El deporte no se conforma con mejorar una capacidad condicional; tendiendo al deber de reeducar el vínculo que tiene la persona con su propio cuerpo, lo que Petersen et al., 2024, llaman *embodiment* o “corporeización”). Restablece que el estilo de vida saludable mediante el movimiento es romper círculos viciosos entre el deterioro biológico y el colapso emocional, disminuyendo además la futura carga sobre el sistema de salud de la ciudad.

### **Factores Psicosociales**

La evaluación psicosocial nos dejó frente a una llamativa paradoja. Por un lado, casi el 90% de los participantes calificó su calidad de vida general entre buena y regular, y un 72,2% manifestó contar con un apoyo familiar significativo. Sin embargo, detrás de esta percepción de estabilidad relativa, un preocupante 44,4% relató haber sufrido discriminación directa, rechazo o aislamiento social debido a su diagnóstico de TLP. Esto último visibiliza el estigma que aun castiga a la salud mental en las instituciones, universidades y clubes deportivos de Bogotá, donde predominan la falta de empatía y de protocolos de acompañamiento.

La hostilidad del entorno refuerza la disfunción interpersonal nuclear del TLP señalada por Lazarus et al (2014) y explica por qué el tercio de la muestra califica sus relaciones más cercanas solo como regulares. Según Grenyer et al. (2022), reconstruir la calidad de las relaciones humanas es el mayor predictor de recuperación a largo plazo. Es justo aquí donde la justificación pedagógica de nuestra área adquiere todo su peso, apoyados en la filosofía de la educación liberadora de Paulo Freire (1970), afirmando que la enseñanza deportiva no puede ser un acto de jerarquías ni mucho menos bancarizado.

El licenciado en deporte tiene además la capacidad de transformar la clase en un espacio de diálogo transversal, donde el participante sea visto más allá de su diagnóstico psiquiátrico. Fomentando los deportes de equipo sin la presión de ser de alto rendimiento, o estar en organizaciones prácticas de apoyo entre pares (como sugiere Dufor et al., 2025), permite mitigar el aislamiento. La cancha, el parqueo o el coliseo se convierten en escenarios donde pueden poner en práctica la asertividad y la tolerancia a la frustración, tejiendo poco a poco nuevas y más saludables redes de apoyo social.

## **Aportes Al Contexto Colombiano**

El presente estudio confirma y atiende el vacío crítico de investigación que se planteó en la revisión de antecedentes donde la ausencia casi total de evidencia científica en Colombia y Latinoamérica que incluya los estilos de vida, los niveles de actividad física y los factores psicosociales en personas diagnosticadas con TLP. Nuestros datos permiten confirmar que el perfil de esta muestra en Bogotá está marcado por altos niveles de sedentarismo, un afecto negativo elevado y un estilo de vida generalizado en zona de riesgo; compartiendo así rasgos esenciales con los perfiles clínicos documentados en estudios de Europa y Norteamérica. Lo que demuestra que la inestabilidad emocional y conductual del TLP pasa los límites y que los hallazgos internacionales tienen una profunda relevancia para la realidad local.

Sin embargo, en el contexto colombiano se impone una realidad estructural muy particular que en la literatura de norte global no suele visualizar. Como ejemplo tenemos la alarmante tasa de abandono de tratamientos, encontrada en esta población. Una cifra que notablemente es superior a la de países con sistemas de salud mental más robustos, reflejando de este modo las barreras de acceso, la falta de continuidad y las demoras propias del sistema de salud local, para brindar terapias especializadas a largo plazo. Asimismo, el hecho de que un 61,1% de los participantes reporte antecedentes familiares de trastornos mentales, nos obliga a mirar el TLP no solo como una patología de manera individual, sino desde una dimensión sistémica y comunitaria profundamente consolidada en la historia y cultura. Adicionalmente este estudio hace un aporte metodológico al ser pionero en la aplicación de instrumentos validados en el país como el FANTASTICO, el PANAS, y el ERQ, específicamente para esta población.

Además, como futuros licenciados en deporte, el presente estudio sienta unas bases fundamentales para demostrar que el movimiento corporal y el ejercicio físico no son un lujo, sino una intervención tradicional que se pierde.

## **Limitaciones**

Este estudio de corte exploratorio descriptivo presenta diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta al momento de interpretar y extrapolar sus resultados. La limitación más evidente es el tamaño reducido de la muestra, lo que restringió significativamente el volumen estadístico e impidió hacer generalidades absolutas hacia la totalidad de la población diagnosticada con TLP en la ciudad de Bogotá; además al tratarse de un grupo poblacional de difícil acceso y con una alta vulnerabilidad emocional, la captación de un volumen masivo de datos resulta un desafío logístico para la investigación.

Por otra parte, la recolección de datos dependió de manera exclusiva de autoinforme obteniendo respuestas subjetivas. Comprendiendo que la inestabilidad emocional que caracteriza a las personas con TLP, algunos participantes pudieron sobreestimar su AF real o disminuirla en el momento de diligenciar la encuesta, la mirada de este estudio al ser de un único momento de diligenciamiento se documentó de manera precisa como conviven hoy en día a la inactividad y el deterioro psicosocial, sin asegurar de alguna forma que un factor puede desencadenar en el otro.

### **Sugerencias**

Este estudio abre líneas de investigación que pueden contribuir al avance del reconocimiento sobre la relación entre actividad física, estilos de vida y TLP en personas colombianas. Por ende, es recomendable incrementar la población y ampliar la mirada de la captación de las personas, con el fin de reducir sesgos de selección y aumentar la representación de los resultados.

Se recomienda también el diseño y evaluación de intervenciones piloto de AF estructurada, supervisada y adaptada a las necesidades de personas con TLP en Bogotá, midiendo resultados en salud mental, realizando una modulación del afecto negativo, la reevaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento. También hacerlo como estudio longitudinal que puede permitir evaluar esa evolución de estilos de vida, factores psicosociales y niveles de AF a lo largo del tiempo, identificando factores que predicen adherencia y recuperación funcional en personas con TLP en el contexto colombiano.

La presente investigación da un primer paso que es necesario para visibilizar el perfil de personas con TLP en Bogotá desde una perspectiva integradora que articula la actividad física, la salud mental y los factores psicosociales. Los hallazgos coinciden con la literatura internacional en sus aspectos centrales y aportan evidencia contextualizada que no es generalizada por las limitaciones mencionadas anteriormente, establece bases empíricas y conceptuales para el desarrollo de líneas de investigación e intervención en el campo de la Licenciatura en Deporte con poblaciones en condición de vulnerabilidad psicosocial.

## Conclusiones

El presente estudio logró caracterizar en primera medida dentro del contexto colombiano, los estilos de vida, los niveles de actividad física y los factores psicosociales en una muestra de 18 personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad en la ciudad de Bogotá. Además, los hallazgos obtenidos responden a los 3 objetivos específicos planteados aportando una base que no existía previamente en el país, permitiendo ver la magnitud del problema desde una perspectiva integradora que articula la salud mental, la actividad física y el bienestar psicosocial.

En el perfil sociodemográfico y clínico, la muestra estuvo conformada predominantemente por mujeres jóvenes adultas con diagnóstico en adultez temprana. La alta tasa de hospitalización psiquiátrica previa (66.7%) y especialmente, el abandono a tratamientos (83.3%) revelaron la discontinuidad en la atención a esta población en Bogotá, que supera los valores documentados en contextos internacionales con sistemas de salud mental más consolidados. Este hallazgo demuestra la urgencia de seguir indagando estrategias complementarias de bajo costo y alta accesibilidad que puedan sostenerse con mayor autonomía por parte de las personas con TLP.

La relación con los niveles de actividad física, la mitad de la muestra alcanzó un nivel moderado según el IPAQ, mientras que el 22.2% reportó inactividad física completa durante la semana. El GPAQ ubicó el perfil central de la muestra en un rango moderado bajo. La alta variabilidad en ambos instrumentos logra reflejar perfiles bastante heterogéneos dentro del grupo, lo que indica que las intervenciones de actividad física para la población se deberían diseñar de manera individual considerando las barreras emocionales y sociales que llegan a limitar la práctica regular.

El perfil afectivo revisado mediante el PANAS evidenció niveles de afecto positivo por debajo del rango normativo de referencia y los niveles de afecto negativo están significativamente elevados. Un patrón que constituye la expresión cuantificable de la desregulación emocional de Gross (1998, 2015). Además, los resultados del ERQ mostraron un uso moderado de la reevaluación cognitiva, así como de la supresión expresiva, lo que sugiere una sobrecarga regulatoria que puede derivar en conductas desadaptativas. Estos hallazgos sustentan la pertinencia de intervenciones de actividad física con componentes cognitivos que fortalezcan la reevaluación como estrategia adaptativa.

Desde la perspectiva de la licenciatura en deporte, el presente estudio logra sentar bases conceptuales y empíricas para una futura intervención con personas en condición de

vulnerabilidad psicosocial. Los resultados demuestran que la actividad física planificada y orientada pedagógicamente representa una estrategia coadyuvante de alto valor para la población, no como un sustituto de tratamientos clínico, sino como un complemento accesible, no farmacológico que puede contribuir a modular el afecto negativo, fortaleciendo la regulación emocional y reconstruyendo redes de apoyo social. El diseño de estos espacios exige a el licenciado en deporte una comprensión profunda del trastorno, una actitud de validación emocional y la capacidad de transformar la práctica deportiva en un entorno seguro e inclusivo que no se enfoque en la búsqueda del rendimiento.

Finalmente, el estudio confirma la existencia de un vacío crítico de investigación en Colombia y Latinoamérica sobre la relación entre el TLP, actividad física y factores psicosociales. Los hallazgos obtenidos, a pesar de las limitaciones propias de su carácter exploratorio y el tamaño de la muestra, se establecen precedentes metodológicos al aplicar instrumentos validados en el contexto colombiano, específicamente en esta población, que ofrecen una base descriptiva desde la cual construir estudios de mayor alcance, incluyendo diseños longitudinales e intervenciones controladas de actividad física en personas con TLP en la ciudad de Bogotá.

## Referencias

- Alberdi-Paramo, I., Montero-Hernández, G., Sáiz-González, M. D., Díaz-Marsá, M., & Carrasco-Perera, J. L. (2025). Clinical and Sociodemographic Variables as Risk Factors for Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: A Retrospective Study. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 54(1), 104-111.
- American Psychiatric Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.<sup>a</sup> ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford University Press.
- Benítez, P., & Marín, C. (2025). *Relación entre la actividad física y la regulación emocional en adultos: Una revisión sistemática* [Tesis de maestría, Universidad de las Américas].
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(4), 212-217.
- Canales Ramírez, L. P. (2020). *Validación del emotional regulation questionnaire (ERQ) en una muestra de adultos Colombianos* (Doctoral dissertation, Escuela de Posgrados).<https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/2333>Cavicchioli,
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 4(4), 336–344.
- Choi, K. W., Chen, C.-Y., Stein, M. B., Klimentidis, Y. C., Wang, M.-J., Koenen, K. C., & Smoller, J. W. (2019). Assessment of bidirectional relationships between physical activity and depression among adults: a 2-sample Mendelian randomization study. *JAMA psychiatry*, 76(4), 399-408.

Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). *Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*.

Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). (2010). *Declaración de Singapur sobre la integridad en la investigación*.  
<https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACIÓN-SINGAPUR.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 41.148.

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*.

Craig, C. L., et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381–1395.

Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches  
 Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). Sage Publications.

Nuremberg Code

Tribunal Internacional de Núremberg. (1947). *Código de Núremberg*. BioeticaNet

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.

Dufour, A.-S., Nadeau, L., & Cailhol, L. (2025). Is peer support beneficial for individuals with borderline personality disorder? Exploring its potential and challenges—a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1663685.

Ministerio de Salud de Colombia. (1993). Resolución 8430 de 1993: *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Ministerio de Salud de Colombia. Ministerio de Salud de Colombia

- Ellison, W. D., et al. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 561-573.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P., & Network, P. a. M. D. R. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177-193.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder—A mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4-21.
- Gallego, J. D., & Ospina, M. C. (2021). Trastorno límite de la personalidad: Actualización clínico-fenomenológica y terapéutica. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(2), 1–25.
- Gartlehner, G., Crotty, K., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., & Viswanathan, M. (2021). Pharmacological treatments for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs*, 35(10), 1053–1067.
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedláčková, Z., & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders—a cross-sectional study. *Patient preference and adherence*, 10, 1421-1433.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545.
- Grenyer, B. F., Townsend, M. L., Lewis, K., & Day, N. (2022). To love and work: A longitudinal study of everyday life factors in recovery from borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 16(2), 138-154.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & 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>
- Hernández, M. (2013). Hacia una mejor atención al paciente con trastorno mental. Ley 1616 en salud mental. *Monitor Estratégico*, 4, 93-95.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill.
- Hötting, K., & Röder, B. (2013). Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(9), 2243-2257.
- Hutsebaut, J., Videler, A. C., Verheul, R., & Van Alphen, S. P. J. (2019). Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(4), 309–316. <https://doi.org/10.1037/per0000341>
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of psychiatric research*, 47(10), 1499-1506.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553-564.

- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.
- Lohr, A. C. (2022). Tratamientos farmacológicos para el trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática y metaanálisis. *Boletín de Información Clínica*, 33(12), 89–90. [https://www.biclin.mx/index.php/informacion\\_clinica/article/view/1338/693](https://www.biclin.mx/index.php/informacion_clinica/article/view/1338/693)
- Malogiannis, I., Anagnostaki, L., Aspradaki, M., Aristotelidis, P., Karambela, K., Amperiadou, M.,...Stefanatos, P. (2025). Borderline personality disorder Athens study: a quasi-experimental pragmatic trial for the assessment of a public, psychodynamic, stepped care service for borderline personality disorder patients. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1493265.
- Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334.
- ME Psicólogos. (2021). El TLP y las amenazas de suicidio. <https://mepsicologo.com/blog/tlp-suicidio/>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Modos, condiciones y estilos de vida saludables*. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/habitos-saludables.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social, & Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015*. Tomo I. Ministerio de Salud y Protección Social.
- O’Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518–525.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10.a ed.).
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Osorio, H. D. (2018). Afectividad y apoyo social percibido en mujeres gestantes: Un análisis comparativo. *Revista Colombiana de Psicología*, 27(2), 105–118.  
<https://doi.org/10.15446/rcp.v27n2.65584>
- Oviedo, H. C., Campo-Arias, A., Herazo, E., & Zuluaga, D. (2016). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(Suppl. 1), 100–107.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002>
- Paredes Prada, E. T., Pérez Casanova, M. F., & Rodrigues, J. A. L. (2020). Actividad física en adultos: Recomendaciones, determinantes y medición. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(4), e3313. SciELO Cuba
- Petersen, J., Palic, S., Nyboe, L., Schuster, M., Videbech, P., & Midtgaard, J. (2025). Physical activity in the management of borderline personality disorder: A scoping review. *Psychiatry Research*, 116535.
- Ramírez-Vélez, R., & Agredo, R. A. (2012). Fiabilidad y validez del instrumento " Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. *Revista de salud pública*, 14, 226-237.
- Remeus, M. G., Silvius, J. A., Feenstra, D. J., Luyten, P., Hutsebaut, J., & Scholte, R. H. (2025). Physical activity, sleep and eating in young people with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 19(1), e70003.
- Ribera-Martínez, M., & García-Alandete, J. (2025). El sentido de la vida en personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad: Una revisión sistemática. *Escritos de Psicología (Psychological Writings)*, 18(1), 36.  
<https://doi.org/10.24310/escpsi.18.1.2025.20248>
- Schmidt, M., Benzing, V., & Kamer, M. (2016). Classroom-based physical activity breaks and children's attention: cognitive engagement works! *Frontiers in psychology*, 7, 1474.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S.,...Deslandes, A. C. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-

- analysis of prospective cohort studies. *American journal of psychiatry*, 175(7), 631-648.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Solmi, M., Basadonne, I., Bodini, L., Rosenbaum, S., Schuch, F. B., Smith, L., ... & Fusar-Poli, P. (2025). Exercise as a transdiagnostic intervention for improving mental health: An umbrella review. *Journal of psychiatric research*, 184, 91-101.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- St-Amour, S., Brunet, E., Cailhol, L., Baretta, D., Chevance, G., & Bernard, P. (2024). Effects of supervised physical exercise on emotions among adult women with a diagnostic of borderline personality disorder: A series of mixed method single-case experimental trials combined with ecological momentary assessment. *Asian Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4(2), 46-59.
- St-Amour, S., Cailhol, L., Lapointe, J., Ducasse, D., Landry, G., & Bernard, P. (2022). Pattern, preferences, barriers, and correlates of self-reported physical activity in adults with borderline personality disorder: An online survey in western countries. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.05.24.22275513>
- St-Amour, S., Cailhol, L., Ruocco, A. C., & Bernard, P. (2022). Acute effect of physical exercise on negative affect in borderline personality disorder: a pilot study. *Clinical Psychology in Europe*, 4(2), e7495.
- Stoffers-Winterling, J. M., Ribeiro, J. P., Kongerslev, M. T., Völlm, B. A., Mattivi, J. T., Faltinsen, E.,...Sales, C. P. (2022). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S.,...Callesen, H. E. (2020). Psychological therapies for people with

- borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2020(5), CD012955.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public health reports*, 100(2), 195.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 78.
- Thadani Cáceres, B. (2021). *Factores psicosociales relevantes en la calidad de vida de pacientes con trastorno límite de la personalidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)]. <https://oai.e-spacio.uned.es/server/api/core/bitstreams/208f6f31-6bf4-4a94-a352-8d447b7c6954/content>
- Townsend, M. L., Gray, A. S., Lancaster, T. M., & Grenyer, B. F. (2018). A whole of school intervention for personality disorder and self-harm in youth: A pilot study of changes in teachers' attitudes, knowledge and skills. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 17.
- Vancampfort, D., et al. (2025). Physical activity in the management of borderline personality disorder: *A scoping review*. *Journal of Affective Disorders*, 330, 120–129.
- Vancampfort, D., et al. (2025). The efficacy, mechanisms and implementation of physical activity as an adjunctive treatment in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 24(2).
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Schuch, F., Stubbs, B., Smith, L., Rosenbaum, S.,...Koyanagi, A. (2020). Sedentary behavior and depression among community-dwelling adults aged  $\geq 50$  years: results from the irish longitudinal study on ageing. *Journal of affective disorders*, 262, 389-396.
- Voss, M. W., Vivar, C., Kramer, A. F., & van Praag, H. (2013). Bridging animal and human models of exercise-induced brain plasticity. *Trends in cognitive sciences*, 17(10), 525-544.

- Warburton, D. E., & Bredin, S. S. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current opinion in cardiology*, 32(5), 541-556.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070.
- Wilson, D. M. C., & Ciliska, D. (1984). LIFESTYLE Assessment: Testing the FANTASTIC instrument. *Canadian Family Physician*, 30, 1863–1866.
- World Health Organization. (2012). Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): Analysis guide. WHO Press.
- World Health Organization WHO Expert Committee on Arterial Hypertension, & World Health Organization. (1978). Hipertensión arterial: Informe de un Comité de Expertos de la OMS [Se reunió en Ginebra, 13-21 de marzo de 1978].  
<https://iris.who.int/handle/10665/37027>
- Xu, X., et al. (2025). Basic psychological needs and autonomous motivation in exercise adherence: A systematic review. E-motion: *Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 25, 45–60.
- Yin, R. K. (2003). Case study research: Design and methods (3.<sup>a</sup> ed.). Sage Publications.
- Zamudio, L. E. V. (2023). los investigadores 2022-2026: Colombia, potencia mundial de la vida. *Apuntes del CENES*, 42(76), 7-13.
- Zanarini, M. C., et al. (2024). Longitudinal description and prediction of physical inactivity among borderline personality disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 169, 45–53.



## Anexos

### Anexo1. Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del estudio: Caracterización de los estilos de vida y factores psicosociales en una muestra de personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en Bogotá.**

El propósito de este documento es ayudarle a tomar una decisión informada para decidir participar o no en el estudio, por ello, antes de decidir lea cuidadosamente este formulario y haga todas las preguntas que tenga para asegurar que entiende los procedimientos, sus riesgos y sus beneficios, de tal forma que Usted pueda voluntariamente aceptar o denegar su participación. Si luego de leer este documento tiene alguna duda, pida al investigador responsable o al personal del estudio que le explique, sienta absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a despejar sus dudas y/o para aclarar los procedimientos a utilizar.

Una vez haya comprendido el estudio, si desea participar se le solicitará que firme este formato de consentimiento del cual recibirá una copia firmada y fechada.

##### 1. Propósitos del estudio:

Este estudio busca caracterizar los estilos de vida y los factores psicosociales en personas diagnosticadas con TLP en Bogotá. Las razones para realizarlo son:

Vacío de conocimiento: existe muy poca investigación, especialmente en Colombia y Latinoamérica, sobre cómo viven las personas con TLP, sus niveles de Actividad Física (AF) y los factores psicosociales que les afectan.

Buscar alternativas: explorar si la AF podrá ser una herramienta complementaria útil y accesible para mejorar el bienestar y la calidad de vida de esta población, junto con los tratamientos convencionales.

Criterios para participar:

- Tener diagnóstico de TLP confirmado bajo criterio clínico.
- Edad entre los 18 a 60 años.
- Residir en Bogotá.
- Firmar el consentimiento informado.
- Estar dispuesto/a/e a participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado.

##### a. Justificación

El TLP es un trastorno mental grave que afecta profundamente la calidad de vida, relaciones y la estabilidad emocional de quien lo padecen, los tratamientos actuales (terapias especializadas y de medicamentos) a menudo tiene limitaciones de acceso, costo y adherencia. Este estudio es relevante porque busca generar evidencia local sobre los estilos de vida y factores psicosociales de las personas con TLP en Bogotá, con el fin de explorar si la AF, sería una herramienta de bajo costo y alto acceso, ya que podría ser incorporada como una estrategia complementaria para mejorar su bienestar y manejo emocional.

##### 1. Objetivos:

Objetivo General:

Caracterizar los estilos de vida y los factores psicosociales en una muestra de personas

- diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en Bogotá.

Objetivos Específicos:

- Evaluar los estilos de vida (incluyendo niveles de actividad física) en la muestra.

- Describir el perfil de factores psicosociales (como regulación emocional y relaciones interpersonales) utilizando instrumentos válidos y confiables.
- Determinar la relación entre los estilos de vida y los factores psicosociales identificados.

a. Procedimientos:

Su participación implicará:

Responder cuestionario: se le aplicaran una serie de encuestas validadas para medir estilos de vida (actividad física, sueño, nutrición) y factores psicosociales (manejo de emociones, relaciones sociales, etc.).

- Duración: la participación tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos en una sola sesión.

Molestias potenciales: responder preguntas sobre su salud mental y experiencias personales, podría generar malestar emocional temporal o incomodidad. Es importante saber que puede omitir cualquier pregunta que no desee responder y puede retirarse del estudio en cualquier

- momento sin consecuencia alguna.

Aclaración: La serie de encuestas a realizar no sustituye un tratamiento o intervención profesional, así mismo, tampoco sustituye un estudio clínico.

a. Beneficios del estudio:

Científicos: contribuirá a llenar un vacío de conocimiento en Colombia, proporcionando datos valiosos para futuras investigaciones y el desarrollo de programas de AF adaptados a esta población.

- Sociales: los resultados podrían informar políticas públicas de salud mental y deporte, promoviendo intervenciones no farmacológicas más accesible.

Individuales: Si bien este estudio no ofrece un beneficio directo para usted, sin embargo, se encuentran los siguientes puntos que pueden ser de su interés:

- La visibilización de conductas y hábitos, esto es crucial para las personas con TLP para aprender más sobre si mismas.

La satisfacción personal al contribuir en el avance del estudio en cuestión, ya que brinda bases para futuras líneas de investigación enfocadas al TLP.

- Encontrar un espacio para la expresión de su experiencia, siendo valiosa para la realización de este estudio.

b. Riesgos asociados al estudio

Riesgo principal: malestar emocional o psicológico al recordar o hablar sobre experiencias relacionadas con su trastorno. Se minimizará este riesgo asegurando la confidencialidad, permitiendo omitir preguntas y ofreciendo información sobre donde puede buscar apoyo si lo

- necesita.
- Riesgos impredecibles: como en cualquier estudio que involucra a personas, podría presentarse riesgos desconocidos o no anticipados en este momento.

a. Confidencialidad y almacenamiento de la información

- Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial. Los datos se almacenarán de forma anónima (sin su nombre o seudónimo ni datos de contacto) en una base de datos electrónica protegida con contraseña. La información obtenida se utilizará exclusivamente con fines científicos (publicaciones en revistas académicas, presentaciones en congresos) y/o pedagógicos. En dichas publicaciones, nunca se revelará su identidad.

a. Protección de la identidad

Hecho con **forms.app**



Medidas de seguridad: los datos que puedan identificarlo (consentimiento firmado, listas de contacto) se guardaran separados de las respuestas de los cuestionarios, utilizando un código numérico para vincularlos. Solo los investigadores principales tendrán acceso a la clave de

- vinculación, la cual se destruirá al finalizar la investigación.

Acceso a los datos: solo el equipo de investigación identificado a continuación tendrá acceso

- a la información que potencialmente pueda identificarlo.

Divulgación: en ninguna publicación o divulgación científica se incluirá la información

- personal que pueda revelar su identidad.

b. Investigadores Principales:

Laura Daniela Márquez Fajardo

Alejandro Rivera Aguilera

Laura Sofia Valbuena Noguera

#### 1. Nombre completo

T

#### 2. Número de identidad

T

#### 3. Fecha

 MM/DD/YYYY

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación y certifico que he leído atentamente este formulario y aceptado participar libremente dando mi consentimiento con pleno conocimiento de la naturaleza y finalidad de los procedimientos, los beneficios que se puede esperar y las molestias o riesgos que puedan surgir durante el estudio. Además, autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

☐ estoy de acuerdo con [Términos y condiciones](#).

#### 4. Signature

Hecho con **forms.app**



## Anexo2. Cuestionario Fantastico

### Test de Autoevaluación - Estilo de Vida "FANTÁSTICO"

Contesta recordando tu vida en el último mes.

\* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Apellidos \*

---

2. Nombres \*

---

3. Edad \*

---

4. Genero \*

Marca solo un óvalo.

☐ Femenino

☐ Masculino

☐ Prefiero no decirlo

☐ Otros:

\_\_\_\_\_

#### F - Familia y amigos

Autoevaluación de Estilo de Vida

5. Tengo con quién hablar las cosas que son importantes para mí

Marca solo un óvalo.

☐ Casi siempre (2)

☐ A veces (1)

☐ Casi nunca (0)

6. Yo doy y recibo cariño

Marca solo un óvalo.

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

#### A – Actividad Física

7. Realizo actividad física (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, hacer jardín)

Marca solo un óvalo.

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Nunca (0)

8. Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido): 4 o más veces por semana, 1 a 3 veces por semana o menos de 1 vez por semana.

Marca solo un óvalo.

- ☐ 4 o más veces por semana (2)
- ☐ 1 a 3 veces por semana (1)
- ☐ Menos de 1 vez por semana (0)

#### N – Nutrición

9. Mi alimentación es balanceada

Marca solo un óvalo.

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Nunca (0)

10. A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra o mucha grasa:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Ninguna de estas (2)
- ☐ alguna de estas (1)
- ☐ Todas estas (0)

11. Estoy pasado de mi peso ideal:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Normal a 4 kilos más (2)
- ☐ 5 a 8 Kilos de mas (1)
- ☐ Más de 8 kilos (0)

#### **T - Tabaco**

12. Yo fumo cigarrillos

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ No en los últimos 5 años (2)
- ☐ No en el último año (1)
- ☐ He fumado en este año (0)

13. Generalmente fumo \_\_\_\_ cigarrillos por día:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Ninguno (2)
- ☐ 1 a 10 (1)
- ☐ Más de 10 (0)

#### **A - Alcohol**

14. Mi número promedio de tragos por semana es

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ 0 a 7 tragos (2)
- ☐ 8 a 12 tragos (1)
- ☐ Más de 12 tragos (0)

15. Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca (2)
- ☐ Ocasionalmente (1)
- ☐ A menudo (0)

16. Manejo el auto después de beber alcohol:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca (2)
- ☐ Sólo una vez (1)
- ☐ A menudo (0)

#### **S - Sueño / Estrés**

17. Duermo bien y me siento descansado/a:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

18. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

19. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

#### T - Tipo de personalidad

20. Parece que ando acelerado/a

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi nunca (2)
- ☐ Algunas veces (1)
- ☐ A menudo (0)

21. Me siento enojado/a o agresivo/a:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi nunca (2)
- ☐ Algunas veces (1)
- ☐ A menudo (0)

#### I - Introspección

22. Yo soy un pensador positivo u optimista:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

23. Yo me siento tenso/a o apretado/a:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi nunca (2)
- ☐ Algunas veces (1)
- ☐ A menudo (0)

24. Yo me siento deprimido/a o triste:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi nunca (2)
- ☐ Algunas veces (1)
- ☐ A menudo (0)

### **C - Conducción / Trabajo**

25. Uso siempre el cinturón de seguridad

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

26. Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Casi siempre (2)
- ☐ A veces (1)
- ☐ Casi nunca (0)

#### **O – Otras drogas**

27. Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca (2)
- ☐ Ocasionalmente (1)
- ☐ A menudo (0)

28. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Nunca (2)
- ☐ Ocasionalmente (1)
- ☐ A menudo (0)

29. Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína:

*Marca solo un óvalo.*

- ☐ Menos de 3 por día (2)
- ☐ 3 a 5 por día (1)
- ☐ Más de 6 por día (0)

### Anexo 3. Cuestionarios Psicosociales

#### CUESTIONARIO FACTORES PSCOSOCIALES Y ESTILOS DE VIDA

El siguiente cuestionario reúne una serie de preguntas que se encaminan a saber sobre su condición laboral, académica y relaciones sociales. Así mismo, se realizará una caracterización para reunir información sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable. (TPEI). Adicionalmente se aplicaran el IPAQ (Cuestionario Internacional de Actividad Física) y el GPAQ (Cuestionario Global de Actividad Física), herramientas para medir la actividad física. Medir escalas de afecto y regulación emocional por medio de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) y el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

\* Obligatoria

#### FICHA FACTORES PSCOSOCIALES Y CLÍNICA

El siguiente cuestionario tiene como objetivo caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de personas con (TLP) Trastorno Límite de la Personalidad, identificando aspectos del historial diagnóstico.

1

APELLIDOS \*

2

NOMBRES \*

3

EDAD \*

El valor debe ser un número.

4

Sexo \*

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Prefiero no decirlo

5

Pertenece a alguno de los siguientes pueblos étnicos \*

- ☐ Indígena
- ☐ Afrocolombiano/Afrodescendiente
- ☐ Rom/Gitano
- ☐ Raizal
- ☐ Palenquero
- ☐ Ninguna de las anteriores

6

¿Tiene alguna discapacidad? \*

puede seleccionar varias de ser necesario

- ☐ Sensorial
- ☐ Motora
- ☐ Cognitiva
- ☐ Mental o psicológica
- ☐ Ninguna de las anteriores

7

¿Está diagnosticado con Trastorno Limite de la Personalidad o Trastorno de la Personalidad Emocionalmente Inestable? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

8

¿A qué edad recibió el diagnóstico de TLP/TPEI? \*

El valor debe ser un número.

9

¿Tiene comorbilidad de trastornos? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

10

En caso de que haya respondido que sí, ¿Cuáles? \*

11

¿Toma algún medicamento para el tratamiento del TLP? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

12

En caso de que haya respondido que sí, ¿Cuáles? \*

13

¿Cómo calificaría su adherencia al tratamiento farmacológico? \*

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

14

¿Actualmente lleva un proceso de acompañamiento terapéutico? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

15

En caso de que haya respondido que sí, ¿Cuál?, ¿Es especializada en TLP? (TDC, TBM, etc.) \*

16

¿Por qué? \*

17

¿Ha tenido alguna hospitalización psiquiátrica? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

18

En caso de que haya respondido que sí, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado? \*

El valor debe ser un número.

19

¿Ha abandonado tratamientos anteriores? \*

Tratamientos: farmacológicos o psicoterapia

- ☐ Sí
- ☐ No

20

Especifique, ¿por qué? \*

21

¿Presenta antecedentes familiares de trastornos de salud mental? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

22

Especifique, quién o quiénes y cuál trastorno \*

23

¿Cómo calificaría su calidad de vida en los últimos 6 meses? \*

- ☐ Muy mala
- ☐ Mala
- ☐ Regular
- ☐ Buena
- ☐ Muy buena

24

¿Cómo calificaría su adherencia a la psicoterapia? \*

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

25

¿Cuenta con apoyo familiar o social significativo? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

26

¿Cómo considera su relación familiar? \*

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

27

Ahora, haga la misma valoración para su relación de amistad \*

- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Muy mala

28

¿Ha vivido situaciones de discriminación social relacionadas al trastorno? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

29

¿Qué tipo de discriminación social ha vivido? \*

- ☐ Rechazo
- ☐ Aislamiento social
- ☐ Prejuicio en entornos médicos
- ☐ Control o coerción en relaciones
- ☐ Prefiero no responder

30

¿Trabaja usted actualmente? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

31

¿Su trabajo es estable? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

32

¿Su trabajo cuenta con las condiciones de ley laboral? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

33

¿Ha vivido situaciones de desigualdad, acoso o discriminación laboral? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

34

¿Cuáles han sido las razones? \*

35

¿El TLP ha afectado su desempeño laboral? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

36

¿Cuál es su nivel académico alcanzado? \*

- ☐ Preescolar
- ☐ Primaria
- ☐ Básica
- ☐ Media incompleta o cursando
- ☐ Media completa
- ☐ Técnico
- ☐ Pregrado incompleto o cursando
- ☐ Pregrado completo
- ☐ Posgrado
- ☐ Doctorado
- ☐ Ninguna de las anteriores

37

¿Ha vivido situaciones de desigualdad, acoso o discriminación académica? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

38

¿Cuáles han sido esas situaciones? \*

39

¿El TLP ha afectado su desempeño académico? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

40

¿Se siente informado/a sobre su condición y las opciones de tratamiento? \*

- ☐ Sí
- ☐ No

## CUESTIONARIO INTERNACIONAL DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

Nos interesa conocer el tipo de actividad física que usted realiza en su vida cotidiana. Las preguntas se referirán al tiempo que destinó a estar activo/a en los últimos 7 días.

41

¿En cuántos realizo actividades físicas intensas, tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta? \*

Escriba un número de 0 a 7. Si no realizó ninguna actividad física intensa, escriba 0.

El valor debe ser un número.

42

Habitualmente, ¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días? \*

Escriba el tiempo en horas y minutos (por ejemplo: 1 h 30 min o 0 h 20 min).

43

¿En cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar a dobles en tenis? No incluya caminar. \*

Escriba un número de 0 a 7. Si no realizó ninguna actividad física intensa, escriba 0.

El valor debe ser un número.

44

¿Cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días? \*

Escriba el tiempo en horas y minutos (por ejemplo: 1 h 30 min o 0 h 20 min).

45

¿En cuántos días caminó por lo menos 10 minutos seguidos? \*

Escriba un número de 0 a 7. Si no realizó ninguna actividad física intensa, escriba 0.

El valor debe ser un número.

46

¿Cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días? \*

Escriba el tiempo en horas y minutos (por ejemplo: 1 h 30 min o 0 h 20 min).

47

¿Cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil? \*

Escriba el tiempo en horas y minutos (por ejemplo: 1 h 30 min o 0 h 20 min).



### Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ)

A continuación voy a preguntarle por el tiempo que pasa realizando diferentes tipos de actividad física. Intente contestar a las preguntas aunque no se considere una persona activa. Piense primero en el tiempo que pasa en el trabajo, que se trate de un empleo remunerado o no, de estudiar, de mantener su casa, de cosechar, de pescar, de cazar o de buscar trabajo [inserte otros ejemplos si es necesario]. En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco. Por otra parte, las "actividades físicas de intensidad moderada" son aquellas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco.

49

¿Exige su trabajo una actividad física intensa que implica una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como [levantar pesos, cavar o trabajos de construcción] durante al menos 10 minutos consecutivos? \*

- ☐ Si
- ☐ NO

50

En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo? \*

51

En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? \*

Escriba su respuesta

52

¿Exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa [o transportar pesos ligeros] durante al menos 10 minutos consecutivos? \*

- ☐ Si
- ☐ No

53

En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo? \*

54

En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿Cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? \*

55

Pregunta En las siguientes preguntas, dejaremos de lado las actividades físicas en el trabajo, de las que ya hemos tratado. Ahora me gustaría saber cómo se desplaza de un sitio a otro. Por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al mercado, al lugar de culto \*

¿Camina usted o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?

- ☐ Si
- ☐ No

56

En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos? \*

57

En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o yendo en bicicleta para desplazarse? \*

58

Las preguntas que van a continuación excluyen la actividad física en el trabajo y para desplazarse, que ya hemos mencionado. Ahora me gustaría tratar de deportes, fitness u otras actividades físicas que practica en su tiempo libre \*

¿En su tiempo libre, practica usted deportes/fitness intensos que implican una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como [correr, jugar al fútbol] durante al menos 10 minutos consecutivos?

- ☐ Si
- ☐ No

59

En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes/fitness intensos en su tiempo libre? \*

60

En uno de esos días en los que practica deportes/fitness intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? \*

61

¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar de prisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al voleibol durante al menos 10 minutos consecutivos]? \*

☐ Si

☐ No

62

En una semana típica, ¿Cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre? \*

63

En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿Cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? \*

64

La siguiente pregunta se refiere al tiempo que suele pasar sentado o recostado en el trabajo, en casa, en los desplazamientos o con sus amigos. Se incluye el tiempo pasado [ante una mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajando en autobús o en tren, jugando a las cartas viendo la televisión], pero no se incluye el tiempo pasado durmiendo. \*

¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico?

65

¿Practica o ha practicado algún deporte? \*

☐ Si

☐ No

66

¿Qué deporte? Especifique ¿con qué objetivos lo realiza? (por recreación, competitivo, aprender, socializar, etc.) \*

67

¿Qué barreras le han dificultado realizar deporte o actividad física? \*

Puede marcar más de una opción

- ☐ Falta de tiempo
- ☐ Falta de motivación
- ☐ Falta de acompañamiento
- ☐ Falta de conocimiento o direccionamiento
- ☐ Dificultades para relacionarse
- ☐ Falta de espacios adecuados
- ☐ Se siente observado, expuesto o juzgado por los demás
- ☐ Discriminación
- ☐ Condición de discapacidad física
- ☐ Condición de discapacidad sensorial
- ☐ Condición de discapacidad cognitiva
- ☐ Condición de discapacidad mental o psicológica
- ☐ No cuento con los recursos económicos
- ☐ Ninguna de las anteriores

68

Otras \*

### Escala de Afectos Positivos y Negativos (cuestionario PANAS)

El siguiente cuestionario es una encuesta de autoinforme diseñada para medir el afecto en dos dimensiones: positivo y negativo. Tiene como propósito apoyar la valoración de sus experiencias emocionales.

**Instrucciones:** A continuación te presentamos varias palabras que describen diferentes sentimientos y emociones que tu has sentido en esta último mes. Lee cada una de ellas y marca la alternativa que consideres conveniente. Recuerda que no hay respuestas correctas, ni incorrectas.

69

Usa la siguiente escala:

| ESCALA DE RESPUESTAS  |         |               |          |                |
|-----------------------|---------|---------------|----------|----------------|
| 1                     | 2       | 3             | 4        | 5              |
| Levemente o casi nada | Un poco | Moderadamente | Bastante | Extremadamente |

|                                 | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Interesado(a)                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Irritable                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Entusiasmado(a)              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tenso(a), con malestar       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Disgustado(a) / Molesto(a)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Fuerte; Enérgico(a)          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Orgullosa(a)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Temerosa(a) / Atemorizada(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Avergonzada(a)               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Inspirado(a)                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Nerviosa(a)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Estimulado(a)               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Decidido(a)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Atento(a)                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Miedosa(a)                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Activo(a)                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Asustado(a)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Culpable                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Alerta(a) / Despierto(a)    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Hostil                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

70

¿Qué probabilidades hay de que nos recomiende a un amigo o compañero?

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Nada probable

Muy probable

71

¿A pensando en la Actividad Física como una posibilidad complementaria para el tratamiento del TLP?

☐ Sí☐ No

72

Especifique, ¿por qué?

Este contenido no está creado ni respaldado por Microsoft. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario.

 Microsoft Forms