

FACULTAD: Psicología

PROGRAMA ACADÉMICO: Pregrado

FORMATO DESCRIPCIÓN TRABAJO DE GRADO

BIBLIOTECA
ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.

DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO			
Revisión Sistemática de literatura en Tratamientos psicológicos para Trastorno Límite de Personalidad			
SUBTÍTULO, SI LO TIENE			
AUTOR O AUTORES			
Apellidos completos		Nombres completos	
Ponce Mendoza		María Laura	
Rodríguez Urrea		María Fernanda	
Sánchez Arango		Juliana	
DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO			
Apellidos completos		Nombres completos	
Silva		Luis Manuel	
FACULTAD			
Psicología			
PROGRAMA ACADÉMICO			
Tipo de programa (seleccione con "x")			
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado
X			

Nombre del programa académico						
Psicología						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Martín Emilio Gáfaró Barrera						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
Psicóloga						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
NO						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá, D.C		2012			50	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con “x”)						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
		X				
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
<p>Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p>						
Ninguno						

MATERIAL ACOMPAÑANTE

TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO		
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?
Vídeo					Ninguno
Audio					Ninguno
Multimedia					Ninguno
Producción electrónica					Ninguno
Otro Cuál?					Ninguno

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS

Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).

ESPAÑOL	INGLÉS
Trastorno límite de Personalidad	Personality Limit Disorder
Meta-análisis	Meta-analysis
Revisión sistemática de la literatura	Literature systematic revision
Investigación psicológica	Psychological investigation
Terapia Psicológica	Psychological Therapy

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS

(Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)

Resumen

Esta investigación indagó el efecto de las terapias psicológicas para el trastorno límite de la personalidad en bases de datos que contienen literatura científica y artículos indexados a nivel mundial, entre los años 1984 y 2011. Se planteó como objetivo realizar una actualización sobre los avances en lo referente a dicho trastorno, incluyendo literatura

Anglosajona, Europea y Latinoamericana. Se realizó una sistematización de los resultados que permitan establecer el nivel del impacto de la investigación y el efecto que tienen las terapias psicológicas en pacientes con este trastorno. La información de los artículos fue recolectada y analizada en el programa SPSS con el fin de tomar medidas de impacto de las intervenciones descritas en los estudios. Los datos fueron discutidos y analizados en contraste con la bibliografía consultada.

Abstract

This investigation dug about the psychological therapies effect for the personality limit disorder (PLD) in databases containing scientific literature and indexed articles worldwide, between the years 1984 and 2011. The need to update the results about the achievement in advances regarding such disorder was set as an objective, including Anglosaxon, European, and Latinoamerican literature. A straight sistematization of the results was carried out; this allows to tell the research impact and the effect that psychological therapies have on patients with that particular disorder. The information from the articles was taken and analized with the SPSS program, with the purpose of being able to take impact measures on the mentioned interventions from the studies. The data was discussed and analized contrasting the reviewed bibliography.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
PARA TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

María Laura Ponce, Juliana Sánchez y María Fernanda Rodríguez

Director: Luis Manuel Silva

Facultad de Psicología

Pontificia Universidad Javeriana

Tabla de contenido

0. Introducción	3
0.1 Problema	4
0.2 Fundamentación Bibliográfica.....	6
0.3 Objetivos	18
0.3.1 Objetivo General	18
0.3.2 Objetivos Específicos	18
0.4 Categorías	19
1. Método	20
1.1 Método de investigación	20
1.2 Participantes	21
1.3 Instrumentos.....	21
1.4 Procedimiento	21
2. Resultados	21
3. Discusión.....	33
4. Bibliografía	44
5. Anexos.....	50

Abstract

This investigation dug about the psychological therapies effect for the personality limit disorder (PLD) in databases containing scientific literature and indexed articles worldwide, between the years 1984 and 2011. The need to update the results about the achievement in advances regarding such disorder was set as an objective, including Anglosaxon, European, and Latinoamerican literature. A straight sistematization of the results was carried out; this allows to tell the research impact and the effect that psychological therapies have on patients with that particular disorder. The information from the articles was taken and analized with the SPSS program, with the purpose of being able to take impact measures on the mentioned interventions from the studies. The data was discussed and analized contrasting the reviewed bibliography.

Key words: Personality Limit Disorder PLD (37760), Meta-analysis (30985), literature systematic revision (28580), psychological investigation (18650), Psychological Therapy.

Resumen

Esta investigación indagó el efecto de las terapias psicológicas para el trastorno límite de la personalidad en bases de datos que contienen literatura científica y artículos indexados a nivel mundial, entre los años 1984 y 2011. Se planteó como objetivo realizar una actualización sobre los avances en lo referente a dicho trastorno, incluyendo literatura Anglosajona, Europea y Latinoamericana. Se realizó una sistematización de los resultados que permitan establecer el nivel del impacto de la investigación y el efecto que tienen las terapias psicológicas en pacientes con este trastorno. La información de los artículos fue recolectada y analizada en el programa SPSS con el fin de tomar medidas de impacto de las intervenciones descritas en los estudios. Los datos fueron discutidos y analizados en contraste con la bibliografía consultada.

Palabras claves: Trastorno de Personalidad Límite (37760), Meta-análisis (30985), Revisión sistemática de la literatura (28580), investigación psicológica (18650), Terapia Psicológica (54190)

0. Introducción

Los diversos trastornos psicológicos afectan a un porcentaje importante de la población, dentro de estos se reconoce el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), como uno de los más incidentes y que trae consigo alteraciones importantes en el ámbito personal, social y económico.

El Trastorno Límite de Personalidad es entendido como una entidad que presenta un patrón de comportamiento interpersonal caracterizado por impulsividad e ira inapropiada, que imposibilita una integración o fusión entre pensamientos sentimientos y conductas, lo cual origina una fuerte presión de sufrimiento tanto en las personas que lo padecen como en su entorno sociofamiliar. (Gempeler, 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, esta investigación realizó una revisión y un análisis sistemático sobre los artículos elegidos de acuerdo a los parámetros de inclusión y exclusión, de manera que se realizó una actualización de la información que permitió dar cuenta del efecto de las diferentes terapias psicológicas en el tratamiento del TLP. Esto se considera de gran importancia en la medida en que hasta la actualidad, los consensos en la información sufren de los efectos de problemas metodológicos relacionados con la búsqueda de información, lo que lleva a que no se conozca cual es la terapia más efectiva para el tratamiento del trastorno, cosa que evidentemente afecta tanto a las personas que sufren el trastorno, como a la sociedad en su conjunto.

Teniendo en cuenta lo difícil que resulta el tratamiento de una persona con TLP, por los diferentes síntomas que presenta y por la comorbilidad con otros trastornos, se considera que la presente investigación puede aportar información relevante para el desarrollo de nuevas propuestas y planteamientos dentro de la psicología. Mediante esta investigación se enriquecen las conclusiones y los aportes a nuevas perspectivas relacionadas con el tratamiento de las personas diagnosticadas con TLP.

Así mismo, esta investigación tiene una relevancia importante a nivel social, porque como se explicará más adelante, las cifras y los costos que el tratamiento de las personas con trastornos psicológicos, y específicamente con TLP, resultan altos tanto para las familias,

como para el funcionamiento de la sociedad. A partir de esto, se puede entender que es importante poder establecer consensos que lleven a vislumbrar los tratamientos que en efecto son más eficaces o establecer nuevas propuestas que puedan contribuir a la efectividad del tratamiento, de manera que la persona pueda tener una mejor calidad de vida en un tiempo más corto, y que por ende su funcionamiento en los ámbitos sociales y laborales sea mucho más satisfactoria en plazo de tiempo más corto.

Finalmente se considera importante reconocer que dado que la presente investigación es llevada a cabo por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana es necesario tener en cuenta, que esta responde a ciertos parámetros establecidos por dicha institución en su misión y visión. La siguiente cita expone la misión de la universidad:

En el inmediato futuro, la Universidad Javeriana impulsará prioritariamente la investigación y la formación integral centrada en los currículos, fortalecerá su condición de universidad interdisciplinaria; y vigorizará su presencia en el país, contribuyendo especialmente a la solución de las problemáticas siguientes: la crisis ética y la instrumentalización del ser humano, el poco aprecio de los valores de la nacionalidad y la falta de conciencia sobre la identidad cultural, la intolerancia y el desconocimiento de la pluralidad y la diversidad, la discriminación social y la concentración del poder económico y político, la inadecuación e ineficiencia de sus principales instituciones, la deficiencia y la lentitud en el desarrollo científico y tecnológico, la irracionalidad en el manejo del medio ambiente y de los recursos naturales (Pontificia Universidad Javeriana, 1992)

Se puede afirmar que la presente investigación responde al impulso de la investigación en primer lugar, y a su vez responde a varios de los aspectos de la anterior cita. De esta forma, se evidencia la relevancia institucional que tiene la presente investigación, que sin duda busca aportar al crecimiento y desarrollo no solo de la psicología, sino también de la institución.

0.1 Problema

Teniendo en cuenta la revisión que hasta el momento se ha realizado sobre diversos estudios sobre el TLP, se considera oportuno y necesario plantear y analizar todo lo que aún es confuso en tan actual problemática. Este trastorno psicológico representa gran importancia

y relevancia a nivel social, económico y personal, debido a que se caracteriza por la presencia de síntomas que afectan de manera contundente la funcionalidad de las personas, lo que lleva a alteraciones en su medio social y económico.

Las últimas investigaciones internacionales señalan que aproximadamente 450 millones de personas presentan un trastorno psicológico, lo cual representa un costo económico del 3% al 4 % de PIB para los países desarrollados. (Builes & Bedoya, 2006). De esta manera, los datos epidemiológicos señalan una prevalencia del 5% del TLP en la población en general, el cual constituye el 30% - 60% de todos los trastornos de personalidad, posicionándolo como el trastorno de la Personalidad más frecuente y con alto riesgo de suicidio de aproximadamente del 20%- 50%. (Fossa, 2010). Estas cifras evidencian la importancia y pertinencia que tiene la actualización de la información obtenida frente a este trastorno psicológico, puesto que es claro que afecta a una porción importante de la población.

Por otro lado, y aunque no se tienen datos muy contundentes sobre la presencia del Trastorno Límite de Personalidad en la población colombiana, se conocen algunas cifras generales sobre el abordaje de los trastornos mentales en la población misma. Las cifras en Colombia indican una probabilidad del 41% de adquirir ó desarrollar un trastorno mental en algún momento de la vida, lo cual se encuentra asociado con la incapacidad ó poca funcionalidad para desarrollar diferentes roles en la sociedad. De igual forma, las medidas de protección y asistencia de salud mental evidencian limitaciones en la atención a este tipo de población, evidenciando que un 85,5%- 95,7 % de personas con algún trastorno mental en Colombia no acceden a los servicios del sistema de salud, debido a dificultades económicas, culturales, deficiencias en la autopercepción del estado de salud y una frecuente comorbilidad con otros trastornos psicológicos. (Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social, 2005)

Evidenciando la importancia y contundencia que tienen los trastornos mentales, y específicamente el TLP, es fundamental resaltar que, aunque es claro que es un trastorno que afecta a una porción importante de la población y que en efecto altera la funcionalidad en las diversas áreas de la persona, diversas terapias han mostrado algún impacto en el tratamiento de este trastorno, pero aún no es claro cuál o cuáles de ellas son las que producen mejores

resultados. Adicionalmente, las búsquedas en este sentido se han orientado a las contribuciones del mundo europeo y norteamericano, dejando de lado las investigaciones que sobre el tema puedan haberse conducido, por ejemplo, en Latinoamérica. Además, los únicos resultados consolidados sobre el asunto datan de 2005. Por estas razones, el presente proyecto considera como problema fundamental hacer una actualización de los hallazgos y de incluir literatura de lugares diferentes que han experimentado un gran crecimiento en la producción científica en los últimos años, para así poder dar respuesta a la pregunta de investigación que ha sido planteada, ¿Cuál es el efecto de las terapias psicológicas para el trastorno límite de la personalidad en bases de datos que contengan literatura científica y artículos indexados a nivel mundial, entre los años 1984 y 2011?

0.2 Fundamentación Bibliográfica

Trastorno Límite de la Personalidad: definición y epidemiología

Antes de hablar de los trastornos de la personalidad, se considera importante tener claro a qué se hace referencia cuando se habla de personalidad, teniendo en cuenta que a lo largo de la historia diversos teóricos han propuesto diferentes definiciones. En la presente investigación, se toma el concepto de personalidad como lo propuso Gordon Allport, quien plantea que la personalidad debe ser entendida como aquella organización dinámica que se da en el interior del individuo, en los sistemas neuropsíquicos que son aquellos que determinan conducta y el pensamiento. (Allport, 1986).

A lo largo de la historia se observa cómo diferentes psicopatologías emergen de la interacción de diversas variables de tipo social, psicológico y biológico, sin embargo el presente texto tiene como eje focal únicamente la psicopatología denominada Trastorno Límite de Personalidad. El texto pretende dar cuenta de una revisión teórica que consta de prevalencia e incidencia del trastorno, explicación sobre desarrollo de éste en diversas culturas, historia del trastorno, etiología, definiciones, diagnóstico y tratamientos.

Es posible ver que en la actualidad diferentes autores explican la incidencia del Trastorno Límite de la Personalidad, analizando factores como la educación, el ambiente familiar, los

rápidos cambios sociales y las rupturas familiares. En palabras de Leighton (1963, citado por Escribano, 2006) se hace referencia a un fenómeno de desintegración sociocultural el cual está asociado a una mayor prevalencia del dicho trastorno.

Así pues, con relación a la proporción de individuos diagnosticados con un trastorno de TLP, se puede evidenciar en los datos consignados en el DSM-IV-TR (Ronald, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005), que la prevalencia del trastorno es del 2% de la población en general. De igual forma, las últimas investigaciones sobre la epidemiología reportan una prevalencia del trastorno en la población de un 1,5 % y hasta un 20% de prevalencia en pacientes psiquiátricos (Stoffers et al., 2010)

Por lo tanto, el espectro que brinda la prevalencia sobre este determinado trastorno psicológico, permite corroborar las afirmaciones de diferentes autores los cuales postulan el Trastorno Límite de la Personalidad como uno de los trastornos de personalidad “más frecuentes hoy en día, afectando aproximadamente entorno al 30% y 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad.” (Escribano, 2006, p.10).

Los porcentajes mencionados anteriormente evidencian una gran prevalencia del TLP en la sociedad, lo cual podría suponer un problema de sanidad, el cual debe ser analizado y especificado por las diferentes áreas de la salud. (Cartwright, 2006). Sin embargo, los resultados de la proporción de individuos que presentan TLP, pueden llegar a ser más ilustrativos del panorama general que caracteriza a esta patología, cuando se consideran otros datos estadísticos de la población diagnosticada.

Con relación a lo anterior, es importante tener en cuenta que se ha encontrado una mayor cantidad de mujeres con este tipo de cuadro clínico, aproximadamente un 75% más que en los hombres. (Escribano, 2006). De igual manera los diversos estudios han encontrado que alrededor del 60% a 70% de los pacientes con TLP tienen intentos de suicidio. Así mismo, el porcentaje de suicidio como acto definitivo es mucho menor, el cual corresponde al 4% de los pacientes diagnosticados. (Stoffers et al, 2010) Sin embargo, el suicidio no es único componente que se añade a esta compleja psicopatología, pues se ha comprobado que las personas con este tipo de diagnóstico presentan usualmente coexistencia con otro cuadro clínico. De esta manera, los estudios que enfatizan que los pacientes diagnosticados con TLP

presentan además un trastorno del ánimo (39,2%), ó una depresión mayor (31,3%), ó distimia (16%), ó bulimia (30%) (Lerner, & Sternbach, 2007). Así mismo, otras investigaciones complementan el conocimiento de la comorbilidad en el trastorno de personalidad límite, añadiendo el trastorno bipolar, trastorno por estrés post traumático y abuso de sustancias, los cuales se pueden presentar de forma simultánea con el trastorno de personalidad (Binks et al., 2008).

De esta manera, al analizar todos los estudios epidemiológicos que establecen la prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad, se observa una tendencia a enfocar el estudio a una sociedad y cultura en particular. Por lo tanto, Selby & Joiner (2008) hacen un aporte bastante innovador frente a la generalizada necesidad de investigación y comprensión del TLP desde el punto de vista de diferentes culturas, como la caucásica, la hispánica y afro americana. Esto posibilita la identificación de qué características o componentes del TLP predominan en cada una de las culturas analizadas, permitiendo identificar las diferentes demandas y expectativas que cada cultura difunde en su población, y que por lo tanto sirven de material metodológico para el psicólogo clínico, para poder orientar y comprender a profundidad este tipo de trastorno de manera contextualizada.

Etiología y comprensiones por escuelas psicológicas y psiquiátricas

Siguiendo con los lineamientos del texto, es ahora pertinente comprender la etiología y las definiciones del trastorno límite de personalidad. La génesis del término borderline o patología límite de la personalidad, aparece por primera vez en 1884 con el psiquiatra inglés Hughes quien definía a estas personas como aquellas que pasan toda su vida de uno u otro lado de la línea. Rose, en 1890 los diagnosticaba cuando había síntomas neuróticos graves y habló de un territorio fronterizo (borderland) donde coexistían las obsesiones, fobias, histeria y neurastenia, y Bleuler citaba que la esquizofrenia latente podría ser el análogo de los estados fronterizos. Mientras Henry Claude hablaba de esquizomanías, Marco Merenciano para describir a este tipo de personas utiliza la terminología de “psicosis mitis”. En 1885 Kahlbaum llamó “hebidofrenia” a un cuadro presentado en jóvenes con trastornos de conductas y alteraciones de carácter. Por otra parte F. Alexander en 1927 los ubica dentro de un carácter neurótico. Stern en 1938 formaliza el término borderline haciendo referencia a una

hemorragia mental donde los enfermos tienen intolerancia al dolor y tiene el sentimiento permanente de estar heridos o lastimados. (Stingo, Zazzi, Avigo & Gatti, 2009)

Los mismos Stingo et al. (2009) continúan, en su recuento histórico, diciendo que en 1909, Pelman explica la existencia de zonas de intersección que constituían territorios fronterizos entre la razón y la locura. Asimismo Schmeideberg en 1947 hace énfasis en que los rasgos que caracterizan al paciente fronterizo no son sus síntomas sino la falta de sentimientos normales y el profundo trastorno de personalidad. En 1967, Grinker hace referencia al síndrome borderline y señala que sus características principales son la rabia como único afecto, anaclisis, inestabilidad y depresión sin sentimiento de culpa. Igualmente Otto Kernberg cita que dicha patología no trata de un estado transitorio, sino más bien estable con características neuróticas polisintomáticas como la debilidad yoica, regresión al proceso primario y operaciones defensivas como la escisión.

Es ahora conveniente explicar los aportes que de las distintas escuelas han pronunciado acerca del trastorno y los supuestos teóricos en que se basa cada una para describir dicha patología.

La escuela americana hace referencia que las personas borderline presentan labilidad yoica y difusión de la identidad, exhibiendo alteraciones en las funciones del yo como autonomía, autovaloración, agresión constructiva, tolerancia a la frustración, alteración en la regulación de los límites, integración, formación de conceptos y planeamiento realista. El trastorno se evidencia en la discontinuidad de las relaciones objetales que contribuyen a la integración del yo, el objeto se vive en función de las necesidades y no se logra alcanzar la carga psíquica de este. (Stingo et al., 2009)

En contraste, la escuela inglesa profundiza sobre la ansiedad psicótica y los mecanismos neuróticos entre los cuales vive el sujeto con relación al objeto. Winnicott (1968, citado por (González, Díaz-Marsá, Fuentenebro, López & Carrasco, 2006) se refiere a los pacientes borderline los cuales mantienen un núcleo de perturbación psicótico razón por la cual centra sus estudios en la importancia de los objetos transicionales en la primera infancia pues este tipo de pacientes no manifiestan la presencia de dichos objetos. Otros autores de la escuela británica Stone, M., Hurt, S., & Stone, D (1987) describen varios casos límite que compartían

una tendencia a la relación transicional, es decir atribuían características mágicas a quienes idealizaban.

En cuanto a la escuela francesa que considera como un trastorno dominante de los sujetos borderline los síntomas depresivos y considera que el trastorno aparece como un fallo en la estructuración neurótica o psicótica y en un impedimento para orientarse alguno de los dos polos. (González et al., 2006). Stingo et al. (2009) señalan que según algunos autores existe una falla en la posibilidad de estructuración neurótica y psicótica razón por la cual se hace uso del término a-estructuración señalando una no-estructura del desarrollo que puede inclinarse a uno de los dos polos, mientras no es ni lo uno ni lo otro.

A pesar de las diferencias encontradas entre las escuelas muchos otros autores influenciados por todas estas corrientes de pensamiento construyeron muchas de sus teorías acerca de dicho trastorno. Se pueden destacar autores como Mahler (1975, citado por González et al., 2006) quien hace una división entre los estados borderline bien adaptados y los que generalmente no consultan, citando que el miedo principal de estos pacientes es ser abandonados por la madre. Asimismo otros autores explican que la causa principal del trastorno es una presencia materna muy deficiente. (González et al., 2006)

En cambio Stone (1993) centra el periodo de la adolescencia como el origen de los conflictos de estos pacientes considerando que presenta una predisposición muy alta a las enfermedades afectivas. Gabbard (1994, citado por González et al., 2006), por el contrario aportó sus descripciones de los procesos intrapsíquicos que observaban durante sus entrevistas con estos sujetos. En cuanto Masterson (1976, citado por González et al., 2006) explica que todo intento de los pacientes por separarse de la madre, produce en ésta sentimientos de reproche y depresión incontrolables (González et al., 2006).

En cuanto a la denominación del término fronterizo existen autores que hablan de estados fronterizos, estructuras fronterizas u organizaciones fronterizas. Se plantean discusiones acerca de cómo referirse a dicha patología por lo cual Lerner y Sternbach (2007) citan que no hablan de “estado” porque esto alude a una cierta estabilidad y fijeza y por el contrario la patología es fluctuante y alternante. En cambio en término de organización se piensa en un funcionamiento fronterizo remitiendo situaciones centrales de la patología con déficit yoicos.

Dicho funcionamiento “no es un lugar intermedio, sino un lugar en sí mismo, con características propias. Esta afirmación no invalida que dentro de esas modalidades de funcionamiento psíquico haya un amplio espectro que va desde lo menos patológico (lo que antes se consideraba como más neurótico) a lo más patológico (lo que se considera como más psicótico). (Lerner & Sternbach, 2007, p.7)

Por otro lado, en los últimos años se han venido realizando estudios con el fin de poder identificar los factores etiológicos o marcadores de riesgo o vulnerabilidad en el desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad. En cuanto a los factores encontrados se pueden resumir en seis grupos; tres corresponde a la naturaleza medioambiental como: la separación en la infancia, compromisos o complicaciones prenatales y experiencia de abuso infantil; los otros tres restantes hace referencia a la naturaleza constitucional en este caso se encuentran el temperamento vulnerable, la tendencia familiar a padecer trastornos psiquiátricos y disfunción neurológica y bioquímica. Zanarini (1997, citado por Caballo, García, López-Gollonet & Bautista, 2009) Lo anterior sugiere que cualquier modelo de estudio con respecto a ésta patología debería ser multifactorial debido a la complejidad que dicho trastorno muestra. Por tanto se podría entender a los pacientes límites como producto de diversas combinaciones o interacciones como las anteriormente nombradas.

Pasando ahora al diagnóstico de dicho trastorno, se reconocen una serie de criterios según el DSM IV, y otros similares según el CIE 10. Del mismo modo, se reconoce y en el presente texto se plantea el diagnóstico según el enfoque psicoanalítico y el enfoque comportamental.

En el enfoque psicoanalítico, Otto Kernberg (1975, citado por Lerner & Sternbach 2007) fue el primero en sistematizar el cuadro clínico de personas con TLP, describiendo en detalle la sintomatología tan cambiante de los pacientes límites. En un principio los sujetos tienden a presentar síntomas de manera superficial que pueden encajar en los típicos cuadros de las neurosis, pero con el paso del tiempo se descubre que dichos síntomas ocultan las características propias del cuadro. Entonces, el diagnóstico está basado en la patología yoica, es decir, en los conflictos y déficits que impiden la estructuración de un yo que pueda hacerse cargo tanto de la realidad interna como externa.

Principalmente los elementos que permiten a la terapia psicoanalítica llegar a un diagnóstico de dicho trastorno son los siguientes: la ansiedad que suele presentarse como difusa y flotante unida a otras características es un punto importante de la personalidad fronteriza. La combinación de diferentes síntomas neuróticos como fobias, síntomas obsesivos-compulsivos, reacciones disociativas asociadas a perturbaciones de conciencia. Igualmente se presentan síntomas hipocondriacos y tendencias paranoides como características más frecuentes en estos cuadros. Es importante recalcar que ninguno de dichos síntomas por separado determina el diagnóstico de la personalidad fronteriza aunque siempre se debe tener en cuenta la presencia de varios de ellos.

Asimismo, las adicciones compulsivas como drogadicciones, juegos y cleptomanía muestran “como si el yo de estos pacientes buscara escaparse de una tensión yoica” (Lerner & Sternbach, 2007, p.12) Por otra lado se encuentra la sexualidad perverso-polimorfa ejemplificada en promiscuidad, elementos sádicos o masoquistas y tendencia al exhibicionismo. Finalmente otros síntomas como la labilidad emocional, la dependencia, conductas autodestructivas o automutilantes también hacen parte de esta patología borderline. Estos cuadros clínicos presentan alteraciones en la estructuración yoica producto de la labilidad del yo, entonces detrás de todos los síntomas enumerados anteriormente se esconde como base de la patología una inadecuada tolerancia a la ansiedad, dificultad para controlar sus impulsos que se ubican en pocas palabras en el área yoica. (Lerner & Sternbach, 2007).

En la literatura psicoanalítica estos pacientes tienden hacia el uso de pensamientos de proceso primario, característica que los ubica en el funcionamiento psicótico aunque el uso del proceso primario no es constante y generalmente suele aparecer como una respuesta que el yo vive como traumática, ya que el proceso de simbolización se encuentra ausente. Los mecanismos de defensa más habituales en estos sujetos se encuentran más ligados a la escisión que a la represión tales como la idealización, proyección, negación, omnipotencia y desvalorización. (Lerner & Sternbach, 2007)

Es posible decir entonces, que para aquellos psicoanalistas que han estudiado las organizaciones borderline están distantes en afirmar que un sujeto con dicho diagnóstico podría ser en algún momento dado neurótico o caer en la psicosis donde supuestamente el

sujeto lucha constantemente por la ambivalencia de estar fluctuando entre un estado y otro. Sin embargo, para estos psicoanalistas “la patología fronteriza es una organización independiente, de la cual podríamos decir que ha adquirido ciudadanía propia”. (Lerner & Sternbach, 2007, p. 14)

Por otro lado, el enfoque comportamental-cognoscitivo conceptualiza el TLP como una alteración dominante del sistema de regulación emocional. (Gempeler, 2008). Según Linehan (1991 citada por Gempeler, 2008), el TLP “es un trastorno en el que la disfunción biológica en el sistema de regulación emocional interactúa con un ambiente invalidante, desarrollando una disregulación emocional dominante, que se expresa en la inhabilidad para regular las emociones” (p.137). Partiendo del criterio expresado anteriormente se han propuesto diferentes terapias para abordar el TLP bajo los parámetros del enfoque comportamental-cognoscitivo.

De igual forma, Londoño & Ramírez (2005) amplían dicha definición del TLP, al indicar que supone la presencia de patrones de comportamiento, pensamientos y sentimientos inflexibles, que le impiden a la persona adaptarse a las demandas de la sociedad. Así mismo, especifican que es un trastorno diagnosticado principalmente en la adolescencia o adultez temprana y que perdura a lo largo del tiempo, ocasionándole sufrimiento al sujeto y a su núcleo cercano con el que se relaciona.

De este modo, este tipo de trastorno de la personalidad se caracteriza por presentar alteraciones en el pensamiento, en la medida en que el trastorno compromete la capacidad de conciencia y autorreflexión. Pues las investigaciones sobre distorsiones cognitivas, evidencian que este tipo de sujetos tienden a no comprender las causas por las cuales se comportan de manera inadecuada, no analizan cómo sus acciones pueden llegar a perjudicar a los otros y por último se les dificulta desarrollar diferentes alternativas para solucionar un determinado conflicto. (Beck, Freeman & Davis 1995, citados por Londoño & Ramirez, 2005) Por lo tanto, se pueden tipificar alguno de los pensamientos que presentan los sujetos con TLP como: “ciclos viciosos de secuencias auto-derrotistas, tales como la constricción protectora la distorsión cognitiva y la generalización comportamental.” (Londoño & Ramírez, 2005, p.97). Restringiendo las diferentes posibilidades para ampliar su repertorio conductual para

desarrollar distintas alternativas que le permitan enfrentarse a los conflictos y mantener cierta tranquilidad coherencia entre sus emociones y comportamientos en dichas situaciones de tensión.

El tratamiento que ha sido reconocido como el más eficaz frente a ésta problemática ha sido aquel planteado por Marsha M. Linehan, quien diseñó la reconocida Terapia Conductual Dialéctica, la cual propone una teoría biopsicosocial a partir de la cual desarrolla una propuesta de intervención (Gempeler, 2008). Esta terapia utiliza tres estrategias principales que son: el cambio comportamental, la aceptación y validación y la comprensión dialéctica. Estas estrategias a su vez usan las técnicas como entrenamiento en habilidades sociales, tareas comportamentales, escalas de síntomas y análisis del comportamiento, también estrategias de validación y aceptación, las cuales buscan un cambio conductual y transmitir la idea de que las personas diagnosticadas con TLP pueden ser aceptadas como son. Para poder desarrollar las estrategias planteadas anteriormente, se proponen cuatro modalidades de tratamiento que son: la terapia individual, contacto telefónico, consulta del terapeuta y entrenamiento grupal en habilidades.

Por otro lado, Turner (1994 citado por Caballo et al., 1994) expone su terapia cognitivo-conductual dinámica, la cual está centrada en el tratamiento de componentes impulsivos y de ira. Dentro de su propuesta plantea el uso de estrategias dinámicas, entrenamiento en solución de problemas e importancia de relaciones interpersonales. Así mismo Turkat (1990 citado por Caballo et al., 1994) denomina su propuesta como formulación clínica de caso y se centra en el déficit de solución de problemas que poseen las personas con TLP, y su propuesta se basa en entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en formación de conceptos, manejo de categorización, manejo de velocidad de procesamiento y aumento de dicha velocidad. Por otro lado, se presenta la terapia cognitiva de Beck (1990) la cual se centra en el cuestionamiento de los patrones de pensamiento disfuncionales atendiendo a los errores básicos del pensamiento. Dentro de su propuesta se plantea un tratamiento que favorece la alianza terapéutica, la disminución en la falta de adhesión al tratamiento, aumento en el control de las emociones, mejora en el dominio de impulsos y fortalecer la identidad del paciente (Caballo, García, López & Bautista, 2009).

Otra de las propuestas que se enmarcan en el enfoque comportamental es la terapia de esquemas de Young (2003 citado por Caballo et al., 2009) la cual toma como eje fundamental los factores etiológicos relacionados con experiencias traumáticas en la infancia. A partir de esto pretende identificar los esquemas desadaptativos que se configuran de manera temprana. Finalmente, se reconoce la terapia Icónica para la estabilización emocional, que se viene llevando a cabo desde 1997 en la Unidad Funcional TLP del Centro Asistencial de Málaga. Esta terapia se fundamenta en el distanciamiento emocional y mejora de la objetividad sobre el problema, competencia social, autoverbalizaciones, solución de problemas, esquemas cognitivos y aprendizaje de errores. (Caballo et al., 2009)

Las terapias nombradas anteriormente son algunas de las más reconocidas, aunque la investigación y las propuestas para este trastorno de personalidad aún no cesan. Es de anotar que tras la revisión teórica realizada, se presenta como conclusión de varios de los artículos, que dichas terapias aun resultan insuficientes para el tratamiento completamente eficaz del trastorno, así mismo se plantea la falta de estudios e investigaciones sobre el tema.

Funcionamiento neuropsicológico

Los aspectos neurocognoscitivos han sido desconocidos y relegados a un segundo plano cuando se ha tratado de analizar e investigar el TLP, sin embargo en las últimas dos décadas con los avances y el auge de la neuropsicología se ha empezado a ver la importancia y la necesidad de incorporar la neuropsicología y las alteraciones de orden neurocognoscitivo en el diagnóstico y tratamiento de las personas con TLP. (Daza et al. 2009)

De acuerdo con la investigación hecha por Daza et al. (2009) en donde se evaluó a 26 hombres y mujeres diagnosticados con TLP y a quienes se les aplicó una batería la cual estaba compuesta por diferentes pruebas que evaluaban: memoria (procesos de fijación, consolidación y de recuperación), evocación categorial, flexibilidad cognitiva, atención sostenida, velocidad de procesamiento, control de inhibición y memoria de trabajo. Para dicho fin se realizaron diferentes pruebas neuropsicológicas, las cuales permitieron evidenciar los siguientes resultados:

“el grupo de pacientes con TLP, presenta un déficit en la ejecución de las pruebas neuropsicológicas, especialmente en los procesos de recuperación de memoria inmediata y diferida, memoria de trabajo, atención sostenida y velocidad de procesamiento, fluidez verbal, control de impulsos, flexibilidad cognitiva, abstracción y planificación”. (Daza et al, 2009, p. 187).

Ampliando las publicaciones neuropsicológicas mencionados anteriormente, Haaland & Landr (2009) llevaron a cabo en un estudio comparativo entre pacientes con TLP y un grupo control, en donde se analizó las diferentes funciones cognitivas (memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas). Así pues, los resultados reportan que los pacientes con trastorno límite de personalidad presentan una distorsión patológica de una desviación estándar (1SD) por debajo del funcionamiento cognitivo al de los participantes del grupo control. De esta manera, los pacientes que presentaban el trastorno psicológico evidenciaron mayores alteraciones en el funcionamiento de la memoria de trabajo, la memoria verbal a largo plazo y en general en lo que se refiere al funcionamiento ejecutivo. (Haaland & Landr, 2008).

Tratamiento Farmacológico

Teniendo en cuenta las alteraciones que se dan en todos los ámbitos de la vida de una persona que presenta un TLP, se consideró pertinente hacer una aproximación a los planteamientos establecidos, en donde se expone la importancia del uso de fármacos como una herramienta adicional a la psicoterapia. Estos pueden contribuir en el tratamiento, específicamente en aspectos como la impulsividad, la inestabilidad emocional, síntomas psicóticos y depresión.

De acuerdo con los resultados encontrados en la revisión de ensayos clínicos controlados en el TLP hecho por Chávez, Ng y Ontiveros (2006), se evidenció que la fluoxetina en dosis de hasta 60mg/ día mejora el estado de ánimo y la ira, y reduce la irritabilidad y la agresividad. Así mismo, evidenciaron que la fluoxetina administrada con olanzapina administrada 2.5mg/día mejora mucho más los síntomas depresivos, la agresividad y la impulsividad.

Por otro lado, en cuanto a los antipsicóticos, el haloperidol dosificado en 4mg/día resultó ser útil en depresión, ansiedad, ira, la hostilidad y la impulsividad. En cuanto a los anticonvulsivantes, reportaron que la carbamazepina en dosis de 200 a 1200 mg/día resultó efectiva sobre la ira, la agresividad, violencia física, automutilación, amenazas, descontrol e intentos suicidas. En cuanto a los antidepresivos tri-ciclicos, se encontró que la amitriptilina, fenelzina y tranilcipromina son efectivos en ensayos doble ciego sobre síntomas como la ansiedad, la ira, despersonalización e ideas suicidas. Finalmente, en cuanto a las benzodiazepinas, se evidenció que el alprazolam dosificado de 1 a 6 mg/día produjo un mayor número de episodios de pérdida de control de impulsos. (Chávez, Ng & Ontiveros, 2006).

La conclusión del estudio expuso que no existe un psicofármaco específico que pueda establecerse para tratar el TLP, aunque se reconoce que se presentan algunas mejoras en síntomas específicos, como se expuso anteriormente.

Como se ha dicho, este trabajo se propuso realizar una revisión sistemática de la literatura sobre los tratamientos disponibles para el TLP. Teniendo en cuenta esto, se considera pertinente hacer una breve explicación sobre a qué se hace referencia cuando se habla de éste término.

Una revisión sistemática se define “como un estudio integrativo, observacional, retrospectivo, secundario, en el cual se combinan estudios que examinan la misma pregunta”. (Beltrán, 2005, p.62) Es importante precisar que una revisión sistemática tiene una serie de pasos que deben realizarse para que la misma pueda desarrollarse adecuadamente. Estos pasos son: definición de una pregunta a responder, definir criterios de inclusión y exclusión, extensa identificación de la evidencia posible, extracción de datos, evaluación de la calidad de los mismos, presentación de los resultados y análisis.

Teniendo en cuenta las dificultades antes mencionadas frente a cómo abordar eficaz y adecuadamente el TLP, y habiendo encontrado que existen diversas terapias, se creyó importante realizar una revisión sistemática que diera cuenta de diversos artículos e investigaciones que arrojaran información pertinente para evaluar el efecto de estas en el trastorno, con el fin de poder llevar a cabo una consolidación de la información que posibilite un avance en el tratamiento del mismo. Se consideró importante llevar a cabo esta revisión

debido a que esta arroja un número adecuado de informes de investigaciones que resultan relevantes, además aporta información consolidada que facilita el acceso de profesionales que necesiten la misma. Además “las revisiones sistemáticas pueden identificar las razones de las discrepancias o las contradicciones entre los resultados de las distintas investigaciones, impulsando a rediseñar los estudios con el objeto de mejorar la investigación clínica”. (Beltrán, 2005, p.61).

0.3 Objetivos

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente es pertinente tener claro el objetivo general, y los objetivos específicos que se establecieron para dar respuesta a la pregunta problema, y que direccionaron la investigación.

0.3.1 Objetivo General

Evaluar cuál es el efecto de las terapias psicológicas para el trastorno límite de la personalidad en bases de datos que contengan literatura científica y artículos indexados a nivel mundial, entre los años 1984 y 2011.

0.3.2 Objetivos Específicos

Realizar una actualización sobre los nuevos avances en el conocimiento referente al Trastorno Límite de Personalidad, incluyendo literatura Anglosajona, Europea y Latinoamericana.

Realizar una sistematización de los resultados encontrados en los artículos científicos que permita establecer medidas de impacto, las cuales den cuenta del efecto que tienen las distintas terapias psicológicas en el tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite.

0.4 Categorías

Partiendo de la anterior información, se establecieron una serie de categorías que direccionaron la investigación y la revisión de la información encontrada sobre el Trastorno Límite de Personalidad.

Año de publicación

Esta categoría da cuenta del año de publicación de cada uno de los artículos e información que fue consultada y revisada para la presente revisión sistemática.

Título

Esta categoría pretende dar cuenta del nombre dado por los autores a cada uno de los artículos y publicaciones que fueron revisadas.

Revista

Esta categoría da cuenta de los Títulos de la revista dónde se publicó originalmente el artículo.

Tamaño de la muestra

Esta categoría presenta el número de personas de la población general elegidas para el estudio.

Método de diagnóstico

Esta categoría presenta una descripción completa y suficiente de los procedimientos que se emprendieron para caracterizar la presencia del trastorno en la población objeto de estudio.

Método de tratamiento

Esta categoría presenta una descripción completa y suficiente de los procedimientos que se emprendieron para caracterizar el tratamiento en la población objeto de estudio.

Medidas del efecto

Esta categoría presenta el indicador cuantitativo que se utilizó para resumir el impacto de la intervención sobre la población objetivo.

Tamaño del efecto

Esta categoría presenta el valor cuantitativo, expresado según la medida del efecto elegida para cada artículo, que determina el nivel de impacto de la intervención.

1. Método

1.1 Método de investigación

El método de investigación del presente proyecto corresponde al denominado investigación documental. Este hace referencia a aquellas investigaciones que basan su trabajo en el análisis sistemático de información que ya existe sobre alguna temática en particular, que en este caso corresponde al Trastorno Límite de personalidad. Este análisis sistemático se da sobre la revisión de archivos y documentos de distinto orden que son elegidos bajo unos parámetros establecidos, que responden a los objetivos y las categorías determinadas para la investigación.

La investigación documental tiene diversos propósitos como por ejemplo, estudiar el estado, ritmo, evolución y dirección de los cambios en el conocimiento sobre un determinado objeto de estudio. De igual forma, pueden tener como propósito confrontar críticamente la consistencia de algún cuerpo teórico en particular y proponer nuevas hipótesis o modelos conceptuales, o también se puede realizar análisis de tendencias para entender situaciones presentes e intentar predecir situaciones futuras.

La investigación documental respondiendo a cualquiera de los propósitos mencionados, busca realizar una lectura crítica de un conjunto de documentos debidamente seleccionados, a partir del establecimiento de las categorías que direccionan la investigación, y metódicamente analizados con respecto a un marco de referencia conceptual que de sentido al procesamiento de dicha información. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

1.2 Participantes

Teniendo en cuenta que la presente investigación no trata con personas, se consideran como participantes aquellos estudios seleccionados de acuerdo con los criterios de inclusión, que aportan la información necesaria y pertinente para el desarrollo de la revisión sistemática.

Para la presente investigación, se incluirán únicamente los artículos publicados en bases de datos que describan una intervención psicoterapéutica en pacientes que tenga un diagnóstico de TLP, según una prueba técnica psicológica reconocida.

1.3 Instrumentos

Como instrumento para la presente investigación, se utilizará una tabla de registro donde se ubicarán los datos recogidos y serán organizados de acuerdo a las categorías expuestas anteriormente.

1.4 Procedimiento

Como se ha mencionado en otros apartes del documento, el procedimiento que se llevó a cabo para cumplir con los objetivos propuestos debe ser explicado adecuadamente, de manera que se pueda comprender la importancia del mismo. De esta manera, la presente investigación da cuenta de una revisión sistemática de literatura que se llevó a cabo a partir de los siguientes pasos: 1) Definición de pregunta a responder; 2) Definición de criterios de inclusión y exclusión; 3) Identificación de la evidencia, es decir búsqueda de la información que va a componer la revisión; 4) Proceso de extracción de datos; 5) Presentación de resultados; 6) Análisis de resultados; 7) Discusión y 8) Conclusiones. (Gisbert & Bonfill, 2004)

2. Resultados

Una vez realizada la búsqueda de literatura teniendo en cuenta los criterios de inclusión descritos anteriormente, se procedió a la lectura de los mismos, con el fin de obtener la información pertinente que pudiera arrojar datos significativos sobre las medidas de efecto de las diferentes terapias que fueron utilizadas en las investigaciones leídas. Posteriormente, La

información de los artículos se unificó y se resumió en una Tabla (Anexo 1), de manera que una vez organizada la información se pudo proceder al análisis de los mismos mediante una base de datos en SPSS, a partir de la cual se realizaron los análisis que permitieron tomar decisiones en cuanto a las medidas de impacto de las terapias.

A continuación, se expondrán las definiciones de cada una de las terapias que fueron usadas en el abordaje del TLP en los artículos revisados, para que así se tenga una mayor claridad frente a las diferentes opciones que hay para el tratamiento de este trastorno.

Psychotherapy vs psychoanalysis (PTVPS)

Este tipo de tratamiento concibe dos aspectos. Según Coderch (1990) la psicoterapia es aquel tratamiento que:

“1) Se efectúa sobre un sujeto que se presupone afecto de un conflicto psíquico; 2) llevado a cabo por un experto en el mismo; 3) con la intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto; 4) de acuerdo con una técnica previamente determinada por el psicoterapeuta, según sea el método que pretende aplicarse y los objetivos alcanzar; 5) realizado con explícito por ambas partes; 6) siguiendo unas pautas de sistematización, duración, frecuencia; 7) utilizando como único agente terapéutico la propia relación personal que se establece entre paciente y psicoterapeuta”. (Coderch, 1990.p. 55).

Este tipo de tratamiento con una metodología de investigación propuesta por Sigmund Freud en 1900 que desembocó en la construcción de una disciplina científica llamada psicoanálisis. Dicha disciplina expone dos hipótesis fundamentales donde plantea que todo acontecimiento o fenómeno psicológico está determinado por aquellos que le precedieron y que existen procesos psicológicos (probablemente su gran mayoría) de los cuales la persona no puede dar cuenta conscientemente. A partir de esta proposición freudiana, el psicoanálisis como disciplina científica ha crecido en su naturaleza, siendo explicada por Freud (1923) como un método de investigación de procesos psicológicos inconscientes, técnica de intervención de las neurosis derivadas de tal método y un conjunto de conocimientos

adquiridos en tal investigación. Así las cosas, el psicoanálisis asiste un diálogo constante entre la realidad observada y la teoría formulada al respecto.

Therapeutic community principles (TC)

Es importante aclarar que este término ha sido visualizado principalmente como un espacio o un tipo de institución que atiende especialmente a personas con problemas de drogas. Sin embargo, actualmente se sabe que las comunidades terapéuticas nacieron como una metodología ajena a las adicciones, las cuales estaban enfocadas para atender diferentes condiciones, incluyendo enfermedad mental, alcoholismo y abuso de sustancias.

Las comunidades terapéuticas emergen principalmente en Inglaterra como un medio para tratar a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial que regresaban con severas condiciones neuróticas (traumas post guerra), debido a las experiencias en combate o prisioneros de guerra. Este término fue inventado por Thomas Main (1946) quien estableció un modelo terapéutico que incluía terapia de enfoque psicoanalítico.

Actualmente, las comunidades terapéuticas aunque variadas en su metodología, se enfocan en producir cambios terapéuticos y educacionales con la mayor intervención asistencial posible. Esto con el fin de poder asistir a una comunidad cuyos perfiles son variados en cuanto a trastornos y problemas de comportamientos. (De Leon & , 2000)

Hospitalización parcial (TPHP)

El término hospitalización parcial o también conocido como tratamiento diario o atención hospitalaria diaria, surge en Rusia e Inglaterra y se expande a principios de 1960 al continente americano. En ese entonces, un grupo de clínicos empezaron a cuestionarse lo insatisfechos que se encontraban con el manejo que se le daba a los pacientes con problemas mentales en las instituciones de salud. Esta metodología era contrarrestada con la idea de que las personas con enfermedad mental aguda tenían una mejor recuperación, y podían adquirir un funcionamiento saludable si se les permitía continuar con su tratamiento en la comunidad en la que trabajan, fuera la escuela, el hogar etc., sin alejarse de sus relaciones familiares o afectivas.

Los programas de hospitalización parcial se enfrentaron con el reto de poder trabajar con pacientes con enfermedad mental aguda, bajo un mínimo de recursos económicos y por periodos de tiempo muy cortos. Entonces, 7 son los elementos que determinan el contexto de los programas de hospitalización parcial según Edmund Neuhaus (2006), miembro de la American Board of professional Psychology y presidente de los fellows de la universidad de Harvard. 1) El tipo de paciente, 2) la orientación teórica 3) objetivos del tratamiento 4) duración del tratamiento 5) intensidad del tratamiento 6) tipo de escenario (público o privado) y 7) financiamiento del tratamiento.

Cognitive Analytic Therapy/ Psicoterapia cognitivo analítica. (CAT)

La Psicoterapia cognitivo analítica es un modelo terapéutico desarrollado desde el año 1970, en Inglaterra, por Anthony Ryle. Este modelo se desarrolla a partir de la terapia psicoanalítica orientada a trabajar con los “esquemas personales” propuestos por Horowitz (1991 citado por Gómez y Martín 2010). De tal manera, el presente modelo aborda al ser humano desde una perspectiva integradora, tomando en consideración los aspectos interpersonales del ser humano, ya que en éstos es donde se focalizan los patrones relacionales que han sido aprendidos a lo largo de la vida, y que configuran en cierta medida el ser. (Gómez y Martín, 2010)

La psicoterapia cognitivo analítica se basa en la circularidad causal como uno de los recursos más importantes de éste modelo terapéutico, ya que es mediante ésta que puede establecer la relación que hay entre lo individual del ser y lo interpersonal y relacional del mismo. Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que éste modelo busca llevar a cabo intervenciones en donde se pueda realizar una integración intrasistema de los elementos componentes del problema, ya que sólo mediante éstos será posible generar una comprensión en los tres componentes básicos del comportamiento, que según éste modelo son, la cognición, el afecto y la conducta, para así poder aproximarse a una comprensión de los mecanismos íntimos del funcionamiento del ser humano. (Gómez y Martín, 2010)

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT)

La psicoterapia focalizada en la transferencia es un modelo propuesto por Otto Kernberg (1992, citado por García, 2007) la cual parte de una base psicodinámica que propone una relación activa entre terapeuta y paciente, en la cual se trabaja conjuntamente.

La psicoterapia está guiada por los siguientes puntos:

“1. Marco estable con definición de los límites del encuadre. 2. Actividad del terapeuta centrada sobre problemas de juicio de realidad, mecanismos proyectivos y distorsiones del tratamiento. 3. La transferencia negativa debe ser tolerada. 4. Intervenciones del terapeuta que establezcan puentes entre sentimientos y acciones. 5. Elaboración de comportamientos autodestructivos mediante confrontación y clarificación. 6. Los acting out deber ser bloqueados a través del establecimiento de límites sobre acciones potencialmente peligrosas para el paciente, otros y el tratamiento. 7. Intervenciones basadas en el “aquí y el ahora” (especialmente en las fases iniciales del tratamiento). 8. Atención a la contratransferencia como aspecto esencial del trabajo terapéutico”. (García, 2007, “Esta estrategia se encuentra manualizada y por lo tanto disponible para su aprendizaje y replicación,”).

La terapia focalizada en la transferencia aborda diferentes aspectos de la teoría psicoanalítica como lo son la transferencia y la teoría de las relaciones de objeto. Además, “El terapeuta debe centrarse en los patrones de relacionamiento que existen en el mundo interno del paciente a medida que se van desplegando en la transferencia, apoyándose más en los canales de comunicación no verbales y en la contratransferencia que en el canal verbal”. (Pérez, 2011.p.3)

Psicoterapia Grupal (PG)

La terapia grupal es un modelo de intervención que ha sido conocido desde hace décadas, sin embargo hasta 1923 Jacob Levy Moreno acuñó el término de psicoterapia de grupo. (Díaz, 2001) Con el avanzar del tiempo se han ido incluyendo diversos aportes de teóricos, psicólogos, médicos, psiquiatras entre otros, que han posibilitado el desarrollo de la terapia grupal. Se reconoce que la terapia grupal ofrece diversos beneficios, aunque es importante tener en cuenta que posiblemente no es la terapia adecuada para tratar algunos trastornos, y en

ocasiones como en el abordaje del TLP se aconseja llevarla a cabo junto con un proceso terapéutico individual.

La psicoterapia de grupo ofrece una serie de factores terapéuticos que resultan beneficiosos para el proceso, dentro de los cuales están: La disminución de la intensidad transferencial de los pacientes, además de la posibilidad de identificaciones múltiples que se generan dentro de los grupos; modificación de modelos de conducta desadaptativas, las cuales posibilitan que tengan una mayor conciencia de sus impulsos auto-agresivos, y una menor subjetividad de sus reacciones afectivas. De la mano con esto, se encuentran mejoras en el control de impulsos gracias al establecimiento de límites claros, y además este tipo de terapia ayuda en la creación de un espacio que posibilite la contención de sus impulsos y efectos disruptivos (Díaz, 2001).

Dialectical Behaviour therapy (DBT)

La terapia conductual dialéctica (TDC) ó en inglés Dialectical Behaviour therapy (DBT), surge a finales de los años noventa y es creada por la psiquiatra Marsha Linehan, como una nueva estrategia terapéutica que permite el manejo de pacientes difíciles ó crónicos, especialmente diagnosticados en los ejes I y II del DSM IV.

En este tipo de terapia se utilizan técnicas de otras terapias cognitivo-conductuales, como el entrenamiento en habilidades sociales, tareas específicas para el cambio de comportamientos problemáticos y escalas subjetivas sobre la percepción de los síntomas. Sin embargo, incorpora un componente dialéctico a la sesión terapéutica, el cual busca romper la rigidez de los sentimientos, comportamientos y del pensamiento. De este modo, este componente implica una concepción biopsicosocial del ser humano, que incorpora los tres pilares de la DBT: la aceptación, el cambio y la comprensión del comportamiento problemático de manera dinámica y holística a través de la confrontación, y el cuestionamiento del discurso que mantiene el paciente sobre su comportamiento durante las sesiones terapéuticas. (Gempeler, 2008).

Psicoterapia psicodinámica manualizada de Kernberg (PDMK)

En este caso, la psicoterapia psicodinámica se apoya en el manual de realizado por el médico psiquiatra Otto Friedemann Kernberg, en el cual se describe de forma concreta sesión por sesión, la técnica de la terapia psicodinámica aplicada de forma individual a diferentes pacientes con trastorno de personalidad.

Así pues, en dicho manual se describen, se confrontan y se interpretan los diferentes mecanismos defensivos primitivos y las características patológicas de las representaciones de la persona y el objeto. De este modo, el objetivo es poder integrar una representación más coherente de sí mismo y del objeto durante el desarrollo de la terapia psicodinámica. (Cuevas, Camacho, Mejia, Rosario, Parres, Mendoza & López, 2000)

Interpersonal Psychodynamic Psychotherapy (IPP)

Psicoterapia Psicodinámica Interpersonal, ó en ingles Interpersonal Psychodynamic Psychotherapy , ha sido desarrollada y redefinida por los últimos 30 años por R.F Hobson. De este modo, esta terapia tiene un sustento teórico basado en los principios psicodinámicos y adicionalmente se nutre de teorías humanistas y conceptos de intervención interpersonal. Su trabajo terapéutico se sustenta en la relación entre el paciente y terapeuta, la cual debe basarse un lenguaje de intercambio mutuo que evidencia cierto vínculo terapéutico.

Así pues, Hobson desarrolla este tipo de terapia como respuesta a la relación asimétrica que se establece entre el paciente y el terapeuta en el psicoanálisis, y por lo tanto plantea como una serie de fundamentos principales que son: una exploración simétrica de la relación paciente terapeuta durante el proceso analítico, un intercambio de conocimientos, el establecimiento y exploración mutua de sentimientos, una profunda comprensión de las dificultades del paciente, un trabajo arduo en la búsqueda o desarrollo del insight del paciente, un desarrollo continuo en la intervención analítica y el poder realizar cambios psíquicos en el paciente (Guthrie,1999).

Teniendo ya claridad sobre el significado de cada una de las terapias que se encontraron a lo largo de los artículos revisados, es importante ahora remitirse a la comprensión de los resultados obtenidos, para que así sea posible visibilizar la información que arrojó la búsqueda realizada.

Psychodynamic psychotherapy (PP)/ Psychoanalytically oriented psychotherapy (POS)

La psicoterapia de enfoque dinámico, se ocupa de comprender el efecto que producen experiencias específicas de la vida sobre el individuo. Según Bellak y Small (1980) “Intenta comprender la masa perceptible acumulada que afecta la percepción contemporánea”. Es decir, con esta metodología se busca modificar percepciones pasadas que al haberse mal adaptado suelen afectar sentimientos y comportamientos en la actualidad., además de las respuestas derivadas de ellos. (Bellak y Small,1980.p.38)

Dicha técnica busca que las “distorsiones del pasado se reestructuren por medio de la alianza del yo intacto del paciente y el papel técnico y humano del terapeuta, (...)después de que ayudamos a un paciente a perder sus problemas neuróticos, todavía tiene que lidiar con la civilización y con el descontento que esta trae consigo” (Bellak & Small, 1980.p. 38)

Si bien se trata de intervenciones que siguen un mismo paradigma teórico, la distinción entre ambas categorías obedece que, las primeras (Psychoanalytically oriented psychotherapy) sigue el encuadre psicoanalítico para intervenir aun cuando el objetivo es distinto al de un psicoanálisis como tal. Mientras que la otra mirada (Psychodynamic psychotherapy) sigue un encuadre distinto al psicoanalítico, varía por ejemplo en el número de sesiones, la duración de estas, la frecuencia a la semana, el lugar de encuentro y en que algunas sesiones se realizaban de manera grupal.

Es importante aclarar que por encuadre psicoanalítico se entiende lo siguiente: condiciones básicas que el terapeuta establece como un marco para la relación paciente-terapeuta, tales como los objetivos, la duración de las sesiones, el horario, la frecuencia, el pago, y ciertas pautas que se deben seguir para delimitar los roles de cada uno con el fin de favorecer el funcionamiento de la relación y además como sostenedor del proceso terapéutico (Coderch 1990).

Tabla 1

Indicadores numéricos que evidencian la efectividad de la terapia en el trastorno límite de personalidad

	Frecuencia	Porcentaje Valido
Indicadores observacionales	3	13,6
d de Cohen	1	4,5
No especificada	2	9,1
Prueba de Hipótesis	16	72,7
Total	22	100,0

La tabla anterior plasma los tipos de indicadores de los resultados que presentaron los artículos revisados. De tal manera, resume los indicadores numéricos en los que se reporta la efectividad de la terapia, así como también lo que éstos indicadores representan en el porcentaje total.

Tabla 2

Frecuencia de artículos revisados por país

	Frecuencia	Porcentaje Valido
Australia	3	13,6
EE.UU	10	45,5
Holanda	2	9,1
México	3	13,6

Noruega	1	4,5
Reino Unido	3	13,6
Total	22	100.0

Tal como se puede apreciar en la siguiente tabla, en Estados Unidos predomina el Trastorno al obtener una frecuencia absoluta de 10 veces sobre una muestra total de 22 datos, lo equivalente a una frecuencia relativa (frecuencia absoluta/cantidad de datos) o porcentaje de 45.5%; seguido por los países Australia, México y Reino Unido con una participación del 13.6% cada uno. No obstante, es importante tener en cuenta que estos resultados se pueden ver distorsionados por el tamaño de estos países, ya que existe mayor probabilidad de existir el trastorno en aquellas regiones con una mayor población, como es el caso de Estados Unidos. Por lo anterior, se destaca que de los tres países con igual porcentaje, Australia es el de menor población y se evidencia un gran número de manifestaciones de este tipo de trastorno, lo cual hace que este trastorno sea más representativo que otros países como México y Reino Unido que presentan el mismo número de manifestaciones del Trastorno de personalidad , pero con la variante que de que son países con un mayor número de población.

Tabla 3

Frecuencia en el uso de terapias en los artículos revisados

	Frecuencia	Porcentaje Valido
CAT	1	4,5
DBT	8	36,4
IPP	1	4,5
PDMK	1	4,5
PFT	1	4,5

PG	1	4,5
POP	1	4,5
PP	3	13,6
PTVPS	1	4,5
TC	2	9,1
TPHP	2	9,1
Total	22	100.0

Nota: CAT=Cognitive analytic Therapy; BDT=Dialectical Behaviour Therapy; IPP=Interpersonal Psychodynamic Psychotherapy; PDMK=Psicoterapia psicodinámica manualizada de Kernberg; PFT=Psicoterapia Focalizada en la Transferencia; PG= Psicoterapia de grupo; POP=psychoanalytically oriented psychotherapy; PP=Psychodynamic psychotherapy; PTVPS=Psychotherapy vs psychoanalysis; TC=Therapeutic community principles; TPHP=Terapia psicoanalítica con Hospitalización Parcial.

La Tabla 3 permite observar que dentro de los 22 estudios revisados la DBT fue la terapia que presentó una mayor frecuencia con relación a las demás terapias. También es posible ver que hubo tres terapias que tuvieron una frecuencia mayor a 1, dejando ver que la PP se usó en 3 de los estudios revisados, y la TC y TPHP fueron las dos terapias que cada una fue por dos estudios de los revisados. Esta tabla deja ver que existe variabilidad en las terapias usadas para abordar el TLP, evidenciando que hay una tendencia al uso de la DBT, ya que tuvo una frecuencia altamente significativa con relación a las demás.

Tabla 4

Indicadores de calidad de los estudios revisados

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido
Alta	9	40,9	40,9

Media	9	40,9	40,9
Baja	4	18,2	18,2
Total	22	100.0	100.0

Nota: Alta= corresponde a aquellos estudios que usaron una muestra de $30 \leq$ personas, usaron factores de control e indicadores estandarizados. Media= corresponde a aquellos estudios que usaron una muestra de $10 \leq 30$ personas y usaron indicadores estandarizados. Baja= corresponde a aquellos estudios que usaron una muestra ≥ 10 y reporta el uso de indicadores observacionales u otros no estandarizados.

La Tabla 4 permite dar cuenta de que hubo un porcentaje significativo de los estudios revisados que en términos metodológicos responde a una buena calidad. De tal manera, al tener un porcentaje bajo de estudios de baja calidad, es posible dar cuenta de que la presente revisión sistemática abordó estudios confiables, que se realizaron con procedimientos metodológicos estandarizados.

Tabla 5

Clasificación de estudios de acuerdo si hay o no comorbilidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido
No	12	54,5	54,5
Si	10	45,5	45,5
Total	22	100.0	100.0

La Tabla 5 explicita el porcentaje de estudios revisados que manifiestan haber tenido en cuenta si en la muestra de los mismos había o no comorbilidad con otros trastornos. De esta manera, es posible ver que la tabla evidencia un alto nivel de comorbilidades presentes en el TLP.

3. Discusión

Una vez realizada la revisión sistemática de artículos indexados en bases de datos Latinoamericanas y anglo sajonas, es posible identificar ciertas limitaciones que impidieron obtener resultados homogéneos y representativos de la población estudiada. Por lo tanto, en los resultados obtenidos se observa que los datos permiten hacer generalizaciones relativas, aunque siempre habrá, por supuesto, lugar para variaciones en diferentes lugares y contextos.

Con relación a lo anterior, se encontraron diversos factores que influyeron en los resultados obtenidos. En primer lugar, es pertinente señalar la dificultad que se tiene para determinar los criterios específicos para clasificar a una persona con éste tipo de trastorno de la personalidad, como se ha explicado en párrafos anteriores. En esta medida, se evidenció que en ciertos artículos utilizaban criterios estándares como los del DSM-IV. Sin embargo, la sintomatología de éste trastorno es muy compleja, no sólo porque puede estar asociada a múltiples comorbilidades. También, se identificaron diferencias en la manifestación sintomática, la cual guarda una estrecha relación con las características socioculturales de los participantes de cada investigación, y que influyen en el uso de determinada terapia, así como también influyen en la efectividad de las mismas.

Partiendo de lo anterior, cabe anotar que cada persona es un individuo único y particular, por ende las manifestaciones clínicas y sintomáticas son características típicas de cada persona. Esto hace que el diagnóstico se complejice y represente un gran reto para los investigadores en su labor de agrupar, seleccionar y clasificar un grupo homogéneo que cumpla con todas especificaciones de los manuales diagnósticos, y que tenga uniformidad en cuanto a sus características sociodemográficas. Esto sin duda representa dificultades a la hora de analizar los datos obtenidos, ya que la variabilidad del trastorno complejiza su abordaje, y presenta inconvenientes al tener que tomar muestras homogéneas para las investigaciones.

Por otro lado, no sólo se identifican complicaciones para establecer el grupo o población de estudio por las características del trastorno, sino también se observa que dado la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas que presentan estos pacientes, se da una gran

dificultad para seleccionar y utilizar instrumentos específicos, con los cuales sea posible obtener medidas estadísticas sobre la eficacia de los tratamientos terapéuticos empleados.

Se observa particularmente en los estudios que emplean un enfoque psicodinámico, que los reportes observacionales y las entrevistas subjetivas representan dificultades debido a que son susceptibles a sesgos de memoria y de interpretación por quienes las emplean. De esta manera, se observa que no existe concordancia y homogeneidad en los instrumentos que cada investigación utilizó para medir la eficacia de las diferentes terapias empleadas, evidenciando diferentes tipos de instrumentos con medidas distintas para cada característica de la población experimental. Adicionalmente, es pertinente señalar que en las investigaciones revisadas se encontró que en la mayoría los tamaños de las muestras son limitados, y por ende no son estadísticamente significativas. Al relacionar los tamaños de las muestras con la efectividad de cada tratamiento se encuentra que dado a que las muestras no son en su mayoría estadísticamente significativas, no se puede evidenciar en éstos un panorama global sobre el tratamiento más eficaz para el TLP. Es posible afirmar que los resultados encontrados en esta investigación confirman en muchos casos lo encontrado en la literatura revisada, los datos revelan buenos niveles de efectividad de los procesos terapéuticos, pues todos los artículos reportan algún tipo de efectividad en sus terapias. Sin embargo, podemos señalar que algunos reportes de efectividad encontrados en los estudios, en ocasiones no aparecen estar suficientemente basados en la realidad.

Como se puede ver en la Tabla 4, se llevo a cabo un procedimiento estadístico para determinar la calidad de los artículos revisados, en términos metodológicos. De acuerdo con los resultados que se observan en dicha tabla, es posible afirmar que más de la mitad de los artículos revisados se encuentran entre una calidad alta y media de acuerdo a los parámetros explicados anteriormente. Por tanto, es factible considerar que la presente revisión presenta una serie de artículos revisados que se enmarcan dentro de estándares metodológicos que determinan de manera preliminar, una buena calidad de la revisión. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en la revisión que se llevó a cabo, hubo un porcentaje bajo de estudios que presentan una baja calidad en términos metodológicos. En relación con esto, Francis (2012, citado por Gregory, Remen, Soderberg & Ploutz-Snyder, 2009) explica dicho fenómeno en la baja calidad de los estudios como una consecuencia al rechazar un gran

porcentaje de las hipótesis nulas, lo cual influye en los bajos niveles de efectividad de la investigación. Así mismo, plantea un mejor panorama en la metodología investigativa se debe aumentar el tamaño de la muestra de manera considerable, factor que puede producir un buen estimado del verdadero poder de los datos obtenidos, y por lo tanto puede representar de forma más unificada el fenómeno que se pretende estudiar. Así como el utilizar medidas o indicadores estandarizados con controles metodológicos que permitan identificar resultados estadísticamente significativos.

Como se ha hecho visible, los resultados obtenidos en la revisión sistemática se relacionan con diversos factores que deben ser tenidos en cuenta para poder hacer un análisis adecuado de los mismos. Además de los factores metodológicos y estadísticos explicados anteriormente, es importante relacionar los resultados de una manera más amplia, lo que permite realizar comprensiones frente a la complejidad que acarrea la realización de una revisión sistemática, y que trasciende los aspectos meramente metodológicos.

Se considera pertinente abordar ahora aquellos elementos, factores y variables que influyen en los resultados obtenidos en la revisión, desde una perspectiva contextual que posibilite el reconocimiento de limitaciones que se dan en el ámbito de la investigación y que influyen de manera importante en los resultados.

Es importante recordar que como se ha mencionado anteriormente, las revisiones sistemáticas ofrecen diversas ventajas y posibilidades que generan aperturas importantes para aportar desde diferentes puntos a la construcción del conocimiento. Una de las ventajas que ofrecen las revisiones sistemáticas, y en especial la presente, es que permite visibilizar cómo se está dando la producción del conocimiento frente al abordaje del TLP, en cuanto a dónde se está generando el conocimiento y a las relaciones que se dan entre las frecuencias de las producciones de los diversos países. La presente revisión, además permite realizar un análisis que posibilite el cuestionamiento frente a la literatura no leída y a la relación que se da entre ésta y diferentes aspectos como las transformaciones que se han dado en el mundo de las comunicaciones, el internet entre otros.

En primer lugar, es importante remitirse a la Tabla 2, en donde se hace explícito que EE.UU fue el país con mayor número de estudios revisados, lo que permite comprender que

según los términos cuantitativos que se expresan en la tabla, éste país es el mayor productor de conocimiento en el abordaje del tratamiento del TLP. Además, es importante resaltar que la frecuencia de los estudios producidos en EE.UU. fue bastante mayor a la de los demás países, incluso superando en hasta un 31,9% a Australia, México y el Reino Unido que fueron los países que tuvieron la segunda frecuencia de artículos revisados del presente trabajo.

Por otro lado, se considera importante remitirse a la Tabla 3 en donde se exponen todos los tipos de terapia que se abordaron en los diferentes estudios consultados. En ésta se puede ver un comportamiento de los datos similar al de la Tabla 2, en cuanto a que se da una superioridad bastante significativa en cuanto al uso de DBT en el abordaje del TLP. En ésta se hace evidente que ante la presencia de 11 tipos de terapias que se utilizaron en los estudios revisados, únicamente la DBT tuvo una frecuencia considerablemente superior frente a las demás, dejando ver que superó a la segunda terapia más usada PP, en un 22.8% y en un porcentaje mucho más amplio a las demás terapias.

Se considera importante establecer la relación que se da entre los comportamientos similares de los datos de la Tabla 2 y la Tabla 3, en términos de que EE.UU. fue el mayor productor de los estudios revisados, y que la DBT fue la terapia más usada en los mismos. Aparentemente se podría pensar que no existe relación alguna entre estos datos, sin embargo es importante exponer algunas ideas que permiten esclarecer la relación existente. De tal manera, cabe anotar que EE.UU. es el país precursor de la corriente conductual, la cual estuvo encabezada por John Watson, William James y Edward Titchener, y décadas después por B.F Skinner. La relación que se da entre el país y la corriente contiene en sí diversos factores, algunos de los cuales es pertinente abordar. Así, aproximadamente hacía 1930 el conductismo era el paradigma reinante en la comunidad de psicólogos de EE.UU., y con el pasar del tiempo y con los grandes esfuerzos y propuestas que expusieron Skinner ó sus colegas, dicho paradigma se arraigó aún más dentro de esta comunidad, sin embargo hacía la década de los 50's de la mano con la llamada revolución cognitiva, se dieron varios cambios en el afianzamiento del paradigma conductista. Sobre esto es importante resaltar que aunque la psicología ha avanzado con el tiempo, y de la mano han surgido nuevas propuestas y paradigmas, aún se considera la corriente conductual y sus derivaciones como una de las más fuertes dentro de la disciplina. Además, es claro que EE.UU. aún sigue sosteniendo y creando

espacios académicos e investigativos que impulsan los postulados conductistas, dejando ver que ésta sigue siendo una corriente poderosa y muy fuerte dentro de la producción del conocimiento en EE.UU. (Polanco, 2010)

Es posible visibilizar que en efecto existe una relación importante entre el hecho de que la DBT sea la terapia más usada y que EE.UU. sea el país con mayor producción de estudios frente al tratamiento del TLP.

Se igual manera, se considera importante abordar de manera breve cómo se están desarrollando las políticas de ciencia y tecnología en los diferentes países, puesto que en gran medida éstas están influyendo de manera contundente en el acceso que se tiene a la información y el conocimiento.

Es fundamental considerar las diversas variables que influyen, y que en gran medida pueden explicar los resultados obtenidos en las Tablas 2 y 3. Además de lo dicho anteriormente, se considera importante tener en cuenta aspectos como la inversión en investigación, las limitaciones que hay en los medios de publicación y difusión de conocimiento, entre otros.

Como expresa Rosa Sancho (1990) la ciencia y la tecnología día a día adquieren mayor importancia, ya que la influencia que éstas ejercen en el desarrollo económico, político y cultural de los países es cada vez más grande e importante. Teniendo en cuenta esto, ésta autora reconoce que en relación con lo anterior:

“ha surgido la necesidad de evaluar el rendimiento de la actividad científica y su impacto en la sociedad con el fin primordial de adecuar convenientemente la asignación de los recursos destinados a investigación y desarrollo, punto indispensable en la gestión y planificación científica de cualquier institución o país para conseguir una rentabilidad máxima en las inversiones en este campo”.

(Sancho, 1990. p. 77)

Frente a esto, es importante analizar la relación que hay entre los países que tienen una inversión de recursos importante en el ámbito de la investigación, ciencia y tecnología y las producciones de información y conocimiento publicadas, ya que es evidente que existe una

relación directamente proporcional entre éstos dos aspectos. Con respecto a esto, al aproximarse al ámbito latinoamericano se encuentra que “Las políticas de los años '80 encaminaron los destinos de esta situación en vías de "ganar la globalización y la gloria", de la cual, no solamente no hemos ganado gran cosa, sino que hemos perdido los rumbos que, como países en desarrollo, debimos de haber seguido. Peor aún, en el presente, nos rigen los criterios de calidad que rigen a los países desarrollados, con una desleal competencia, ya que en esos países se invierten grandes cantidades de financiamiento provenientes de los productos internos brutos (PIB) de los mismos y, en nuestra América Latina, se destinan cantidades mínimas (Quintanilla, 2008. p.2)

Partiendo de la anterior cita, es posible dar cuenta que en efecto en países como EE.UU. al haber una inversión importante de recursos al desarrollo de la ciencia, investigación y tecnología, existe también una producción proporcional desde la publicación del conocimiento. Sin embargo, en América Latina, por ejemplo, se hace evidente que existe un porcentaje de inversión muy bajo en éstas áreas, generando así una baja producción de investigaciones publicadas que puedan dar cuenta del conocimiento desarrollado. Es importante tener en cuenta cifras que vislumbran la diferencia tan grande que hay, por ejemplo, mientras en América Latina se invierte entre el 0,1 % y el 0.6% del PIB, en EEUU se invierte entre el 2% y 4% del PIB. (Quintanilla, 2008). Esto deja claro que en efecto existe una relación entre la cantidad de recursos invertidos en investigación y la cantidad de las producciones y publicaciones que genera un país. De esta manera, es posible evidenciar que una de las razones por las que posiblemente EE.UU. fue el país con mayor número de artículos revisados, está probablemente relacionado con que en dicho país exista una cantidad de inversiones importante en éste ámbito.

Por otro lado, al retomar la cita expuesta anteriormente, se debe resaltar un punto fundamental que hace referencia los criterios de calidad que rigen y califican las producciones referentes al ámbito investigativo. En términos generales se han establecido una serie de normas y criterios, las cuales otorgan el permiso para que una investigación sea publicada y avalada por la comunidad científica referente a cada disciplina. Por tanto, cada una de las investigaciones, artículos y escritos que se realicen, deben pasar por un proceso de calificación que determine si dicho producto es o no válido para publicarse en los diferentes medios que

son ya reconocidos por la comunidad científica. Una vez se lleva a cabo éste proceso, se pasa a un segundo momento en el cual se establece, de acuerdo al anterior, cuál es la productividad científica y en investigación de cada país, elemento que otorga estatus de evolución, de avance, prestigio y superioridad intelectual sobre los demás.

Se considera importante mencionar de manera breve algunas de las premisas y criterios básicos que rigen la evaluación de las producciones provenientes del área investigativa de cada país, de manera que se pueda establecer la productividad y avance intelectual que se da en cada país y en relación con el resto. Rosa Sancho (1990) expone algunos de estos criterios que son tenidos en cuenta para llevar a cabo éste segundo paso del proceso de evaluación de la producción de conocimiento y desarrollo de cada país. En principio afirma que los trabajos publicados constituyen el primer indicador del volumen de investigación producido por cada país. Como segundo criterio, expone que aquellos trabajos que fueron publicados en fuentes primarias, como revistas, libros, actas de congresos y patentes, entre otros, deben ser recopilados en bases de datos, las cuales constituyen un nivel superior, en cuanto a que las búsquedas que se dan en éstas se consideran como el método más apropiado para obtener información que ésta avalada por el campo científico. Como tercer criterio, expone que el número de veces que uno de estos trabajos es citado por el resto de la comunidad científica, evidencia un impacto mayor de dentro de éste ámbito. En cuarto lugar, manifiesta que es fundamental tener en cuenta el prestigio que tienen, dentro de la comunidad científica, las diferentes fuentes bibliográficas en las que se pueden publicar los resultados de la investigación, ya que éste indicador, evidencia nuevamente un impacto importante de la investigación en el medio. Como último criterio, expone que las referencias bibliográficas incluidas en los trabajos evidencian también el valor científico que tiene dicho trabajo, ya que en la medida en que éstas hayan sido usadas numerosas veces se relaciona directamente con el consumo de información, que representa un punto importante en el medio de las publicaciones.

Sumado a las dos variables que ya se han tenido en cuenta, y que evidenciaron tener una influencia importante en los resultados que se obtuvieron a lo largo de la revisión, se considera así mismo, importante hacer alusión a otras variables que posiblemente tengan relación con los resultados expresados en las Tablas 2 y 3. Por un lado, se debe tener presente que existe un

monopolio en el manejo de la información, ya que contrario a lo que se piensa en torno a que el conocimiento debería estar disponible para el desarrollo de la humanidad, existen limitaciones importantes para acceder a ciertas bases de datos, las cuales exigen inscripciones y cobran por el uso de los artículos que dentro de estas se encuentran publicados. Esto sin duda, presenta un obstáculo para llevar a cabo revisiones completamente rigurosas y que puedan contar con el acceso a la información de manera ilimitada.

El idioma es otro elemento que influye en los resultados obtenidos dentro de la investigación, ya que éste envuelve diferentes aspectos de corte cultural, con esto se hace referencia a que el Inglés ha venido catalogándose como el idioma por excelencia, llevando de esta manera a que el mundo se desarrolle entorno a éste. Esto ha implicado que muchas de las investigaciones que son realizadas en otros idiomas y que no sean traducidas, queden relegadas a un segundo plano obstaculizando el reconocimiento y el valor de estos trabajos.

De esta manera se hace evidente que al realizar una revisión sistemática deben tenerse en cuenta diferentes factores que aparecen a lo largo de la búsqueda, y que sin lugar a dudas se relacionan con los resultados que se encuentran en la misma. En este caso particular, es claro que los resultados que se obtuvieron en la revisión están fuertemente influidos por variables de tipo contextual, económico e incluso de desarrollo. Esto genera grandes cuestionamientos y aperturas, que dirigen la mirada a reconocer la importancia que hay en valorar y registrar los aportes que se hacen desde diferentes lugares del mundo, puesto que aunque en la Tabla 2 no sea posible visibilizar, por ejemplo, grandes aportes de Latinoamérica, tampoco es posible afirmar que en estos países no se están produciendo investigaciones en torno al abordaje del TLP, puesto que como se ha hecho evidente existen numerosos elementos y variables implicados que por razones diferentes dificultan y limitan el acceso a la información.

Se considera pertinente remitirse a la siguiente cita, la cual ilustra algunas de las problemáticas relacionadas con lo expuesto anteriormente y traza un camino hacia el cuestionamiento crítico de los resultados que abordan las revisiones sistemáticas:

“...la pregunta necesaria sería ¿para quién(es) estamos produciendo conocimiento? En el presente es claro que los resultados de las investigaciones en Latinoamérica se evalúan con base en el envío de las mismas a revistas

norteamericanas e inglesas que restringen la aceptación cuando los temas no son de su interés, y tanto en México, como en casi toda Latinoamérica, la mayoría de las revistas científicas que se están editando, están siendo financiadas total o parcialmente por universidades o instituciones de educación superior y/o investigación, las cuales tienen recursos limitados y requieren de grandes esfuerzos para poder mantener su vigencia y periodicidad. Sin embargo, las que sobreviven al agudo problema del financiamiento, enfrentan un segundo problema: el reconocimiento de las mismas, en muchos casos, a pesar de aprobar evaluaciones rigurosas a las que son sometidas. Los investigadores latinoamericanos están dejando de reconocer y de fortalecer nuestras revistas, enviando sus mejores contribuciones a revistas "internacionales", prevaleciendo además el uso del idioma inglés. ¿Por qué se ha venido diciendo que el idioma universal de la ciencia tiene que ser el inglés? En todo caso podría ser el latín”. (Quintanilla, 2008.p.19).

Lo expresado anteriormente expone aquellas dificultades que planteó la realización de la revisión sistemática, sin embargo es fundamental reconocer que a lo largo del proceso fue posible encontrar puntos positivos, que clarifican las fortalezas de la revisión sistemática del TLP.

Gran parte de la literatura revisada sobre el trastorno abarca estudios realizados principalmente en el mundo angloparlante, sin embargo fue posible encontrar datos que muestran, que actualmente se está produciendo conocimiento frente al abordaje de ésta problemática en Latinoamérica. La búsqueda en bases de datos arrojó dos artículos de origen Latinoamericano, pertenecientes a la Asociación Psicoanalítica Mexicana, y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente de México. Sobre estos es importante mencionar que aunque ambos estudios utilizan metodologías diferentes, ambos se enfocan principalmente en la población femenina.

De tal manera, se puede ratificar que estos artículos se convierten en un aporte bastante importante frente a la profunda necesidad de investigación y comprensión de este cuadro clínico en a población femenina latinoamericana. Además, los resultados de estas

investigaciones facilitan la identificación de qué características o componentes del trastorno predominan en la población, posibilitando formas de abordar el trastorno que puedan reducir la sintomatología y por lo tanto mejorar la calidad de vida de los pacientes. Otro aspecto importante frente a este hallazgo es que estos estudios señalan el tipo de método con el que se abordó ésta problemática, dando luces para poder identificar las diferentes demandas y expectativas que se están presentando en la cultura Latinoamericana frente al abordaje del TLP, y que por lo tanto sirven de material metodológico a nivel clínico para orientar y comprender a profundidad este trastorno de manera contextualizada.

Se puede afirmar entonces que es muy importante que esta investigación haya encontrado literatura latinoamericana, aun cuando sea poca, porque refleja que en estos países también hay actividad científica al respecto, y que a pesar de las dificultades que se expusieron anteriormente, con respecto a las limitaciones que se están dando con la producción del conocimiento, se están generando investigaciones que están aportando al conocimiento, la comprensión y el tratamiento del TLP. Sin embargo, no debe perderse de vista que aun siguen estando presentes diversos factores afectan las producciones investigativas y científicas de esta parte del mundo, como la poca validez que en otras latitudes le dan a los resultados investigativos obtenidos.

Por lo anterior, estos dos hallazgos son significativamente importantes pues permiten evidenciar que dicha problemática tiene una relevancia necesaria de considerar en éstos contextos, mostrando que posiblemente el TLP ha empezado a afectar con mayor fuerza otras poblaciones del mundo, trayendo consigo importantes cambios a nivel social. Además aumentando la prevalencia y los costos sociales y económicos que se generan por el manejo de personas con este diagnóstico.

La realización de una revisión sistemática y profunda de la literatura sobre TLP, fue pertinente teniendo en cuenta que existen muchas investigaciones en distintas partes del mundo, en las cuales se está analizando y estudiando grupos de personas que han sido diagnosticadas con este trastorno. La revisión de este material enseña la variabilidad comportamental de dicha patología entre las personas que la padecen y las diferentes miradas con la que se le aborda, mostrando así la tendencia a la cual se orientan los estudios.

Asimismo, el abordaje tan amplio en la búsqueda de la literatura permitió cumplir con los objetivos generales y específicos planteados en el trabajo, dando respuesta a la pregunta de investigación. De esta manera, fue posible realizar una actualización sobre los nuevos avances en el conocimiento referente al trastorno, incluyendo literatura Anglosajona, Europea y Latinoamericana. También establecer medidas de impacto con el fin de exponer la tendencia de los distintos estudios, es decir, hacia donde se están orientando los tratamientos del TLP.

A pesar de que las diferentes investigaciones arrojaron etiologías y etimologías del trastorno muy variadas que dependen básicamente de la orientación con que se comprende y se aborda esta enfermedad mental, se pudo corroborar en este estudio lo encontrado en la literatura, que el TLP es producto de diversos elementos que interactúan con diferentes aspectos de la realidad que circunda al individuo que la padece.

A su vez, es posible citar como una fortaleza en esta investigación el hecho que existen otras miradas con las que se comprende este trastorno, que igualmente son efectivas para plantear un tratamiento, dejando claro una vez más que la investigación y las propuestas para el manejo de esta problemática están lejos de cesar.

Finalmente, se puede afirmar que esta revisión sistemática genera aperturas importantes e invitaciones a pensar todos aquellos factores y variables que están influyendo en la construcción del conocimiento y en la difusión de éste, puesto que como se ha hecho explícito este tema supera los alcances del objetivo planteado en ésta investigación, pero aun así no deben dejar de ser considerados. Por tanto, es importante realizar un análisis de los datos obtenidos, no solo desde los aspectos cuantitativos y estadísticos, sino también de los contextuales, porque es allí donde más factiblemente se puedan encontrar las razones que argumenten los comportamientos de los datos.

Esta revisión es una invitación a repensar hacia dónde se están dirigiendo las producciones y conocimientos en torno al TLP, teniendo siempre presente que existe gran cantidad de información no leída, sin que esto signifique esencialmente que en diferentes países del mundo no se está produciendo conocimientos referente a ésta problemática.

4. Bibliografía

Allport, G (1986). *Personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.

Alarcón, M., Torija, J., Salcedo, M., Fernández, B. (2009). Estudio Comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud mental*, vol. 32 (3). 241-249.

Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (1990). Construction of circumplex scales for the inventory of interpersonal problems. *Journal of personality Assessment*, 55(34), 521-536.

Association for Ambulatory Behavioral Healthcare. Recuperado el día 56 de Mayo de 2012 de: <http://www.aabh.org/history>

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalización in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 10(156), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 36(158), 36-42.

Bellak, L., & Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax Mexico.

Beltrán. O. (2009). Revisiones sistemáticas de la Literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología.*, 20(1), 60-69.

Biagini, M., Torres, J., Carrasco, B., y Torruco, M. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de personalidad. estudio en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental.*, 28(1), 141-249.

Binks, C, Fenton, M, McCarthy ,L, Lee, T, Adams, C & Duggan, C.(2009). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Library*,1(3) 1-79.

Binks, C, Fenton, M., McCarthy ,L., Lee, T., Adams, C. & Duggan,C. (2008). Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. *La Biblioteca Cochrane Plus*,2(1), 1-28.

Buela, G. (2003). Evaluación de la calidad de artículos y de las revistas científicas: propuesta del factor de impacto ponderado y de un índice de calidad. *Psicothema*, 15(1), 23-35.

Builes, M & Bedoya, H .(2006). Psychoeducation as a narrative experience: postmodern understandings in approaching mental illness. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (2),463-476.

- Caballo, V., Garcia, A., Lopez-Gollonet, C., & Bautista, R. (2009). *El trastorno límite de la personalidad*. Madrid, España: Píramide.
- Cartwright, D. (2008). Borderline personality disorder: What do we know? diagnosis, course, comorbidity, and aetiology. *South African Journal of Psychology*, 38, 429-446.
- Chávez-León, E., Ng, B., & Ontiveros-Urbe, M. (2006). Tratamiento farmacológico del trastorno límite de personalidad. *Salud mental*, 29(005), 16-24.
- Coderch, J. (1990). “*Estructuración del acuerdo terapéutico. el marco de trabajo*”. En: Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona, España: Herder.
- Cuevas, P., Camacho, J., Mejia, R., Rosario, I., Parres, R., Mendoza, J., & López, D. (2000). Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Salud mental*, 23(06), 1-11.
- Daza, R, Díaz, M, López, C, Fernández, N, López, J y Carrasco, J. (2009) Alteraciones neuropsicológicas en el trastorno límite de personalidad: estrategias de detección. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 4, 185-190.
- De Leon, G., & , (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. (08 ed., Vol. 5, pp. 3-11). New York, USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Díaz, I. (2001). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax México.
- Escribano, T. (2006). Trastorno límite de la personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20.
- Freud, S. (1923). *Dos artículos de enciclopedia: psicoanálisis y teoría de la libido. en obras completas*. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Fossa, P. (2010). Organización límite de personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32-52.
- García, E. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite de la personalidad (tlp). *Clínica y Salud*, 18(3). 347-361.
- Gempeler, J. (2008) Terapia Conductual Dialéctica. *Revista Colombiana de psiquiatría* ,37, 136-148.
- Gisbert, J, Bonfill, X. (2004) ¿Cómo realizar, evaluar y utilizar revisiones sistemáticas y metaanálisis?. *Gastroenterol Hepatol*, 27, 3.129-149.
- Gómez, M., & Martin, C. (2010). Auto-observación de los estados mentales en psicoterapia cognitivo-analítica del trastorno límite de la personalidad. *Aperturas Psicoanalíticas Revista internacional de Psicoanálisis*. 35, 135-145.

- González, S., Díaz, M., Fuentenebro, F, López, J, Carrasco, J. (2006). Revisión histórica del concepto de trastorno limítrofe de la personalidad (*borderline*). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 336-343.
- Gregory, R., Remen, A., Soderberg, M., & Ploutz-Snyder, R. (2009). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: Six-month outcome. *American Psychoanalytic Association*, 57(199), 851–871.
- Guthrie, E. (1999). Psychodynamic interpersonal therapy. . *Advances in Psychiatric Treatment*, 5, 135-145.
- Haaland, V, & Landr, N. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119 (5), 383-392.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. Mexico: McGraw Hill.
- Hoffman, P., & Hooley, J. (1998). Expressed emotion and the treatment of borderline personality disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4(3), 39-54.
- Kern, R., Kuehnel, T., Teuber, J., & Hayden, J. (1997). Multimodal cognitive-behavior therapy for borderline personality disorder with self-injurious behavior. *Psychiatric services*, 48(9), 1131-1133.
- Knabb, J., Welsh, R., & Graham-Howard, M. (2011). Treatment alternatives for mentally disordered offenders a literature review. *Scientific Research*, 2(2), 122-131.
- Knight, M. (1995). Breaking down reimbursement barriers for partial hospitalization. *Behavioral Health Management*, 15(4), 25-46.
- Koons, C., Robins, C., Tweed, L., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, J., Bishop, K., & Butterfield, M. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Lazslo, A. (2009). Group of psychotherapy of psychosomatic outpatients – analysis of the ten first sessions. . *The Spanish Journal of Psychology*., 12(1), 192-203.
- Lerner, H. (2007). Clinica psicoanalitica convulsionada. *Fundep*, 1, 1-31.
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(999).
- Linehan, M., Armstrong, H., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12)

- Linehan, M., Armstrong, H., Tutek, D., Heard, H., & Armstrong, H. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151(12)
- Linehan, M., Dimeff, L., Reynolds, S., Comtois, K., Welch, S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M., Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, J., Kanter, J., & Comtois, K. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(999), 279-292.
- Links, P., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1998). Prospective follow-up study of borderline personality disorder: Prognosis, prediction of outcome, and axis ii comorbidity. *Can J Psychiatry*, 43(999)
- Lipton, D.S. (1998). Therapeutic communities: History, effectiveness and prospects. *Corrections Today*, 60(6), 160-168.
- Londoño, N y Ramirez, M. (2005). Creencias centrales en pacientes diagnosticados con trastorno del estado del ánimo depresivo en una muestra Colombiana. *Pensamiento Psicológico*. 1 (5), 95-105.
- López, D., Cuevas, P., Gómez, A., & Mendoza, J. (2004). Psicoterapia focalizada en la transferencia para el trastorno límite de personalidad. un estudio con pacientes femeninas. *Salud Mental*, 27(4), 44-54.
- Marcoux, GS., Valnicek, SM., Saskatchewan, S. (2000). Another Idea for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(4). 395-396
- Meares, R., Stevenson, J., & Comerford, A. (1999). Psychotherapy with borderline patients: I. a comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 467-472.
- Ministerio de Protección Social y Fundación FES Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Recuperado el día 24 de Mayo 2011 de http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Neuhaus, E. (2006). Fixed Values and Flexible Partial Hospital Program Model. *Harv Rev Psychiatry*, 14 (1), 1-14.
- Pérez., L. (2010). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista Psiquiátrica del Uruguay*, 75(1), 20-25.

- Polanco, F. (2010). Enfoques cronológico y analítico de la historia de la psicología conductista. *Revista Psiencia*, 2(1), 47-53.
- Pontificia Universidad Javeriana. (1992) *Misión*. Recuperado el 26 de mayo de 2011 de http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/PORTAL_VERSION_2009_2010/es_mision
- Quaytman, M., Sharfstein, S. (1997). Treatment for severe borderline personality disorder in 1987 and 1997. *Am J Psychiatry*, 154(8), 1139-1144.
- Quintanilla, A. (2008). La producción de conocimiento en america latina. *Salud Colectiva*, 4(3). 253-260.
- Ronald, C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of dsm-iv disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Sancho, R. (1990). *Inteligencia competitiva:Indicadores bibliometricos utilizados en la evaluación de la ciencia y tecnología. revisión bibliografica*. (pp. 77 - 107). España: Eureka Media SL.
- Schimmel, P. (1999). The psychotherapeutic management of a patient presenting with brief psychotic episodes. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 918-925
- Stanley, B., Ivanoff, A., & Oppenheim, S. (n.d.). Comparison of DBT and treatment as usual in suicidal and self-mutilating behavior . *New York State Psychiatric Institute*, 28, 1-1.
- Selby, E & Joiner,T.(2008). Ethnic variations in the structure of borderline personality disorder symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 3 (2), 115-121.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1999). Psychotherapy with borderline patients: Ii. a preliminary cost benefit study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 473-477.
- Stingo,N, Zazzi,M, Avigo,L, Gatti,C. (2009). Evolución del concepto. Clínica y patología. *El trastorno borderline. Revista argentina de clínica neuropsiquiátrica*, 1-10.
- Stoffers ,J, Völlm, B, Rücker, G, Timmer, A, Huband, N & Lieb, K.(2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review).*The British Journal of Psychiatry*.196,4-12.
- Stone, M., Hurt, S., & Stone, D. (1987). The pi 500:long term follow-up of borderline inpatients meeting DSM.III criteria i. *global outcome. Journal of Personality Disorders*, 1(4), 291-298.
- Rodríguez, C y Murias, E. (2006) Situación actual de los tratamientos en el trastorno límite de personalidad.*Psiquiatria.com*.10 (1),1-27.
- Verheul, R., Van Den Bosch, L., Koeter, M., De Ridder, M., Stijnjen, T., & Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder : 12-month,

randomised clinical trial in the netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182(999), 135-140.

Verheul, R., Van Den Bosch, L., Van den Brink, W., & Schippers, G. (2002). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder : 12-month, randomised clinical trial in the netherlands. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

Waldinger, R., & Gunderson, J. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal Of Psychotherapy*, XXXVIII(2), 190-202.

Wheelis, J., & Gunderson, J. (1998). A little cream and sugar psychotherapy with a borderline patient. *The American Journal of Psychiatry*, 155(1), 114-122.

Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, O., Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. *Nord J Psychiatry*, 52(3), 213-221.

Wildgoose, A., Clarke, S., & Waller, G. (2001). Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy. *British journal of Medical Psychology*, 74, 47-55.

ANEXO 1

Título	Año	Revista	Volumen	Número	Tipo terapia	Tam muestra	Comorb	Instrumento	Tipomedida	Valormedida	Observaciones
The psychotherapeutic management of a patient presenting with brief psychotic episodes	1999	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	33	918-925	PP	1	1	Therapeutic Community	999	999	
The PI 500: Long-Term Follow-up of Borderline Inpatients Meeting DSM-III Criteria I. Global Outcome	1987	Journal of Personality Disorders	4	291-298	POP	205	1	Global Assessment Scla (GAS)	Prueba de hipótesis	p<0.0001	
Comparison of DBT and treatment as usual in suicidal and self-mutilating behavior	999	New York State Psychiatric Institute	999	999	DBT	15	0	Assessment of Beck hopelessness Scale, Hamilton Depression Scale, Beck Depression Inventory, Global Assessment Scale	Prueba de hipótesis	p<.05	
Treatment Alternatives for Mentally Disordered offenders a literature Review	2011	Scientific Research	2	2	DBT	999	999	999	999	999	Esto es una revisión que habla de borderline junto con otras patologías
Treatment for Severe Borderline Personality Disorder in 1987 and 1997	1997	<i>Am J Psychiatry</i>	154	8	PP	1	1	Interview	999	999	El tratamiento parece haber funcionado
A little Cram and Sugar: Psychotherapy with a borderline patient	1998	American Journal of Psychiatry	155	1	PP	1	1	Interview	999	999	Beneficios en pacientes borderline con longterm treatment en terapia psicodinámica
Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts	1999	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	33	467-472	IPP	30	1	Number of DSM-III CRITERIA	Prueba de Hipótesis	p = 0.0007	
Psychotherapy with borderline patients: II. A preliminary cost benefit study	1999	Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	33	473-477	PP	30	0	Cornell index Australian Diagnosis Related Groups Definitions	Prueba de hipótesis	p=0.0005	Comprobaron que interrumpir la terapia antes del años es catastrófico para los pacientes
Complete Psychotherapies with Borderline Patients	1984	American Journal of Psychotherapy	38	2	PTVPS	78	1	Estimación de mejoría	999	50	
Outpatient group psychotherapy: A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study	1998	NORD J PSYCHIATRY	52	3	TC	179	1	(HSRS)	Prueba de Hipótesis	p<0.05	

Outpatient group psychotherapy: A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study	1998	NORD J PSYCHIATRY	52	3	TC	179	1	GSI	Prueba de hipótesis	p<0.05	
Treating personality fragmentation and dissociation in borderline personality disorder: a pilot study of the impact of cognitive analytic therapy	2011	British journal of medical psychology	74	47-55	CAT	5	0	MCMI-III	999	999	En el follow-up 2 participantes ya no tenían síntomas clínicamente significativos
Effectiveness of Partial Hospitalización in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial	1999	American Journal of Psychiatry	10	156	Terapia psicoanalítica con Hospitalización Parcial	38	1	Suicide and Self-Harm Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.008	
								SCL-90-R	Prueba de Hipotesis	p<0.05	
								Beck Depression Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Spielberger State-Trait Anxiety Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Social Adjustment Scale- Self Report	Prueba de Hipotesis	p<0.006	
								Inventory of Interpersonal Problems —circumflex version	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up	2001	American Journal of Psychiatry	36	158	Terapia psicoanalítica con Hospitalización Parcial	44	0	SCL-90-R	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Suicide and Self-Harm Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								The Beck Depression Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Spielberger State and Trait Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.05	
								Social Adjustment Scale	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Inventory of Interpersonal Problems—circumflex version	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder	2001	Behavior Therapy	32	999	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	20	0	Parasuicide History Interview	Medida de Efecto(Cohen's)	.06	

								Beck Scale for Suicide Ideation	Prueba de Hipotesis	p = .008	
								Beck Hopelessness Scale	Prueba de Hipotesis	p = .004	
								Beck Depression Inventory (BDI)	Prueba de Hipotesis	p = .012	
								Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)	Prueba de Hipotesis	p = .005	No se evidencian cambios en la depresion en el grupo de DBT
								Hamilton Anxiety Rating Scale(HARS)	Prueba de Hipotesis	p = .89	
								Spielberger Anger Expressior/Scale			
								Sub escala: Anger Out		p = .007	
								Sub escala: Anger In		999	No hubo cambios significativos
								Dissociative Experiences Scale (DES)	Prueba de Hipotesis	p = .018	
Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients.	1991	Archives of General Psychiatry	48	999	Terapia Conductual Dilalectica (DBT)	44	0	PHI Interview	Prueba de Hipotesis	p = .005	
								Scale for Suicide Ideators	Prueba de Hipotesis	p = .05	No se evidencia ningua interacción entre los cuestionarios y la efectividad del tratamiento
								Beck Depression Inventory (BDI)	Prueba de Hipotesis	p = .005	No se evidencia ningua interacción entre los cuestionarios y la efectividad del tratamiento
								Beck Hopelessness Scale	Prueba de Hipotesis	p = .05	No se evidencia ningua interacción entre los cuestionarios y la efectividad del tratamiento
								The reasons for living Inventory	Prueba de Hipotesis	p = .005	No se evidencia ningua interacción entre los cuestionarios y la efectividad del tratamiento
Naturalistic Follow-up of a Behavioral Treatment for Chronically Parasuicidal Borderline Patients.	1993	Archives of General	50	12	Terapia Conductual Dilalectica (DBT)	39	999	Global Assessment Scale (GaS)	Prueba de Hipotesis	p= < 0.05	

		Psychiatry									
Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients.	1994	American Journal of Psychiatry	151	12	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	26	0	State- Trait Anger Scale	Prueba de Hipotesis	p<0.01	
								Social Adjustment Scale- Longitudinal Interval-Follow Up Evaluation	Prueba de Hipotesis	p<0.05	
								Social Adjustment Scale- Interview	Prueba de Hipotesis	p<0.10	
								Longitudinal Follow Up Evaluation Interview	Prueba de Hipotesis	999	
								Global Assessment Scale (GaS)	Prueba de Hipotesis	p<0.01	
								Social Adjustment Scale- Self Report	Prueba de Hipotesis	p<0.10	
Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence.	1999	American Journal on Addictions	8	279	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	28	0	Global Adjustment Scale (GAS)	Prueba de Hipotesis	p<.001	
								State- Trait Anger Scale	Prueba de Hipotesis	p<.01	
								Global Social Adjustment (GSA)	Prueba de Hipotesis	p<.05	
Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder : 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands	2003	The British Journal of Psychiatry	182	999	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	58	0	Lifetime Parasuicide Count (LPC)	Prueba de Hipotesis		
								Su escala:Suicidal Behaviours		p=0.866	
								Sub escala:Self-mutilating behaviours		p=0.055	
								Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI)	Prueba de Hipotesis	p=0.315	
								European version of Addiction Severity Index	Prueba de Hipotesis		
								Suicidal Behaviour		p=0.029	
								Self-mutilating Behaviours		p=0.000	
Dialectical Behavior Therapy of borderline patients with and without substance use problems Implementation and long-term effects	2002	Addictive Behaviors	27	999	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	58	1	European version of the Addiction Severity Index	Prueba de Hipotesis		
								Item1		.34	
								Item2		.54	
								Item3		.73	
								Item4		.89	
								Item5		.17	

								Item6		.31	
								Item7		.47	
Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder.	2002	Drug Alcohol Depend.	67	1	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	23	1	Brief Symptom Inventory	Prueba de Hipotesis	p<0.002	
								Global adjustment Scale (GAS)	Prueba de Hipotesis	p<0.001	
								Global Social Adjustment (GSA)	Prueba de Hipotesis	.999	No hubo cambios significativos
Prospective Follow-Up Study of Borderline Personality Disorder: Prognosis, Prediction of Outcome, and Axis II Comorbidity	1998	Can J Psychiatry	43	999		El estudio no tiene como proposito ver los efectos de una determinada terapia.					
Expressed Emotion and the Treatment of Borderline Personality Disorder	1998	In Session: Psychotherapy in Practice	4	3	Terapia Conductual Dialectica (DBT)	No es un estudio experimental sino descriptivo y teorico					
Multimodal Cognitive-Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder With Self-Injurious Behavior	1997	Psychiatric services	48	9		No es un estudio experimental sino descriptivo y teorico					
Cognitive-Analytic Therapy for borderline personality disorder in the context of a community mental health team: individual and organizational psychodynamic implications	1999	British Journal of Psychotherapy	5	4	Cognitive-Analytic Therapy	No es un estudio experimental sino descriptivo y teorico					