

NÚMERO TEMÁTICO
PSICOLOGÍA
Y SALUD

THEMATIC ISSUE
PSYCHOLOGY
AND HEALTH

PSIENCIA REVISTA
LATINOAMERICANA
DE CIENCIA PSICOLÓGICA

PSIENCIA LATIN AMERICAN JOURNAL
OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

NOVIEMBRE 2012
NOVEMBER 2012

VOLUMEN 4
VOLUME 4

NÚMERO 2
ISSUE 2

ISSN 2250-5490
PUBLICACIÓN SEMESTRAL
SIX-MONTHLY JOURNAL
BUENOS AIRES - ARGENTINA

PSIENCIA. REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA

PSIENCIA. LATIN AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

NOVIEMBRE 2012 · VOLUMEN 4 · NÚMERO 2

NOVEMBER 2012 · VOLUME 4 · ISSUE 2

Revista científica semestral editada por la AACP, dirigida a investigadores, profesionales, docentes y estudiantes de psicología y áreas asociadas. Publica artículos relacionados con avances de la psicología a nivel científico y social, institucional y disciplinar que aporten conocimientos para su desarrollo estratégico en la región.

Six-monthly journal edited by the AACP, for researchers, professionals, teachers and students from psychology and related areas. Publishes articles related to advances in psychology at a scientific and social, institutional and disciplinary levels that contribute with knowledge for its strategic development in the region.

Incluida en Catálogo Latindex. Indizada por DIALNET, PSICODOC, IMBIOMED, DOAJ y e-Revistas.

Integrates Latindex Catalog. Indexed by DIALNET, PSICODOC, IMBIOMED, DOAJ and e-Revistas.

An extended abstract of all journal articles is translated to English and available at www.psiencia.org

EDITOR

Ezequiel Benito - Universidad Maimónides (Argentina)
editor@psiencia.org

COMITÉ EDITORIAL EDITORIAL COMMITTEE

Ángel Elgier - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Luciano García - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Fernando Polanco - Universidad Nacional de San Luis (Argentina)

COMITÉ CIENTÍFICO PERMANENTE PERMANENT SCIENTIFIC COMMITTEE

Rubén Ardila - Universidad Nacional de Colombia (Colombia)
Mario Bunge - McGill University (Canadá)
José Dahab - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Cristina Di Doménico - Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)
Héctor Fernández Álvarez - Fundación Aiglé (Argentina)
Juan Carlos Godoy - Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
Eduardo Keegan - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Hugo Klappenbach - Universidad Nacional de San Luis (Argentina)
Guido Korman - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Pablo López - INECO / Instituto de Neurociencias - Universidad Favaloro (Argentina)
Leonardo Medrano - Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)
Alba Mustaca - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Roberto Polanco-Carrasco - Asociación Chilena de Revistas Científicas de Psicología (Chile)
Enrique Saforcada - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Ana Talak - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Sebastián Urquijo - Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)
Marcelo Urra - Universidad de Artes y Ciencias Sociales (Chile)
Julio Villegas - Universidad Central de Chile (Chile)

COMITÉ DE REDACCIÓN PROOF-READING COMMITTEE

Mariana Elmasian - Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Florencia Giuliani - Universidad Nacional de Mar del Plata (Argentina)

Versión con acceso abierto al texto completo en / Full text open access version at www.psiencia.org

Los artículos publicados son responsabilidad de sus autores / Published articles are their authors' liability.

ISSN 2250-5490 (Impresa - Print) · ISSN 2250-5504 (En línea - Online)

©2012 Departamento de Publicaciones - Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica
Av. Nazca 1425 1ºB (C1416ASD) · Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Teléfono/Telephone: (54-11) 4584-8675 · E-mail: publicaciones@coband.org

ASOCIACIÓN PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA PSICOLÓGICA

ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

La AACP es una organización científica sin fines de lucro formada por investigadores, profesionales, docentes y estudiantes que promueven el desarrollo científico, social y estratégico de la psicología en Argentina.

The AACP is a nonprofit scientific organization integrated by researchers, professionals, teachers and students who promote the scientific, social and strategic development of psychology in Argentina.

COMISIÓN DIRECTIVA BOARD OF DIRECTORS

Presidente/President: Ezequiel Benito (Buenos Aires)	Vocales/Members:
Vicepresidente/Vice president: Fernando Polanco (San Luis)	Leandro Casari (Mendoza)
Secretaria/Secretary: Milagros Martínez (Córdoba)	Rocio Cataldo (Mar del Plata)
Prosecretaria/Prosecretary: Celeste Bogetti (Mar del Plata)	Julieta Echeverría (Mar del Plata)
Tesorera/Treasurer: Mariana Elmasian (Buenos Aires)	Esteban Knöbl (Buenos Aires)

El portal web puede visitarse en / Web portal is available at www.cienciapsicologica.org

PSIENCIA. REVISTA LATINOAMERICANA DE CIENCIA PSICOLÓGICA

PSIENCIA. LATIN AMERICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE

NOVIEMBRE 2012 · VOLUMEN 4 · NÚMERO 2

NOVEMBER 2012 · VOLUME 4 · ISSUE 2

CONTENIDOS CONTENTS

EDITORIAL	Psicología y salud social Psychology and Social Health <i>Ezequiel Benito</i>	64-65
INVESTIGACIONES ORIGINALES RESEARCH PAPERS	Encuesta a profesionales de la salud mental sobre el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad Mental Health Professionals Survey About BPD Diagnosis <i>Pilar Regalado, Pablo Gaglioli</i>	66-75
	Recepción y desarrollo de la psicología positiva en la UBA (1998-2008) Reception and Development of Positive Psychology at the UBA (1998-2008) <i>Luciana Mariñelarena-Dondena</i>	76-83
REVISIONES REVIEW PAPERS	Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina Resilience. Conceptualization and Research in Argentina <i>Analia Verónica Losada, María Inés Latour</i>	84-97
ARTÍCULOS ARTICLES	Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo Health Psychology. Achievements and Questions After Four Decades of Development <i>Francisco Morales Calatayud</i>	98-104
	La psicología positiva en América Latina. Desarrollos y perspectivas Positive psychology in Latin America. Developments and Perspectives <i>Alejandro Castro Solano</i>	108-116
	Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas Sanitary Psychology. History, Basics and Perspectives <i>Enrique Saforcada</i>	120-130
ARTÍCULO DE DISCUSIÓN DISCUSSION PAPER	Ley de Salud Mental 26.654. Antecedentes y perspectivas 26,654 Mental Health Law. Background and Perspectives <i>Ana María Hermosilla, Rocio Cataldo</i> Comentadores: Leonardo Gorbacz, Ricardo Rodríguez Biglieri	134-140
RESEÑA BOOK REVIEW	La Pizarra de Babel. Sebastián Lipina & Mariano Sigman (Eds.) The Blackboard of Babel. Sebastián Lipina & Mariano Sigman (Eds.) <i>Angel M. Elgier</i>	149-150

ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

MENTAL HEALTH PROFESSIONALS SURVEY ABOUT BORDERLINE PERSONALITY DISORDER DIAGNOSIS

Pilar Regalado¹ · Pablo Gagliesi²

Resumen: El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el más estudiado del Eje II en la actualidad. Se estima que el TLP afecta al 2% de la población, al 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y al 20% de los pacientes internados. Es uno de los trastornos con los que se lidia con frecuencia en la práctica clínica y uno que genera gran confusión en los profesionales de la salud mental. En relación a los pacientes, existe la hipótesis de que el tratamiento con personas TLP genera "burnout" en los terapeutas, es decir, los deja emocionalmente cansados, despersonalizan a los pacientes y como consecuencia empiezan a considerarlos difíciles de tratar. Con la intención de alejarnos de mitos y acercarnos a lo que comúnmente piensa el profesional de salud mental, se ha realizado una encuesta acerca del TLP y su tratamiento. El objetivo del presente estudio consistió en explorar la experiencia clínica y personal de los profesionales con pacientes TLP y las ideas y creencias que tienen sobre el trastorno. Se realizó una encuesta en 216 profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) que recoge información acerca de distintos aspectos del desorden mental: diagnóstico y pronóstico, abordaje terapéutico, adherencia al tratamiento, conocimiento bibliográfico, experiencia clínica y experiencia personal con pacientes con TLP.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad – Encuesta – Experiencia profesional

Abstract: Borderline personality Disorder (BPD) is currently the most studied of axis II disorders. It is estimated that BPD affects 2% of the population, 10% of psychiatric outpatients and 20% of hospitalized patients. It is one of the disorders that generates considerable confusion and burden in the mental health professionals, when dealt with in clinical practice. In relation to patients, there is the hypothesis that treatment with BPD "burns out" psychotherapists, that is, leaving them emotionally tired, depersonalizing their patients and as a result they begin to consider them difficult to treat. In an effort to bridge the gap between research and clinical practice, a survey about BPD and its treatment has been carried out with a sample of Argentine mental health professionals. The objective of the present study consisted on exploring clinical and personal experience, as well as general knowledge regarding BPD and patients. A total of 216 mental health professionals (psychologists and psychiatrists) contributed with information about various aspects of the mental disorder: diagnosis and prognosis, therapeutic approach, adherence to treatment, bibliographical knowledge, clinical experience and personal experience with patients with BPD.

Keywords: Borderline personality disorder – Survey – Professional experience

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de personalidad más estudiado en la actualidad. Se estima que el TLP afecta al 2% de la población, al 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y al 20% de los pacientes internados (Skodol

et al., 2002). La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2000) describe al TLP como un cuadro de la personalidad caracterizado por un patrón persistente de inestabilidad, conflicto en las relaciones interpersonales, en la autoimagen, poco control de los impulsos y causa un malestar

Recibido/Received: 28/3/2012 · Aceptado/Accepted: 15/07/2012

¹ Coordinadora de Investigación. Fundación Foro para la Salud Mental (Argentina)

² Director. Fundación Foro para la Salud Mental (Argentina)

E-mail: regpilar@gmail.com (Pilar Regalado)

significativo en la vida del individuo y sus allegados. Se manifiesta con comportamientos autodestructivos, autolesivos y con alta prevalencia en intentos de suicidio y suicidio consumado. Muestra un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, con constante intercambio entre la admiración y la devaluación. Los lazos afectivos se presentan constantemente inestables, ambivalentes e iracundos. Además, se caracteriza por una alteración de la identidad, síntomas crónicos de vacío, aburrimiento y un esfuerzo frenético por evitar el abandono real o imaginado. El TLP es uno de los trastornos con los que se lidia con frecuencia en la práctica clínica, generando gran confusión en los profesionales de la salud mental. Aparentemente, el TLP implica algún conflicto, ya sea entre profesionales o en relación al tratamiento. A nivel profesional, encontramos polémica respecto a su clasificación diagnóstica, si pertenece o no a los trastornos de la personalidad, al espectro bipolar o a trastornos del control de los impulsos (Smith, Muir & Blackwood, 2004). Así mismo, existen diversas teorías explicativas sobre su origen, mantenimiento y diferentes tipos de intervención. Además, su frecuente comorbilidad resulta en una dificultad para ser correctamente diagnosticado. En relación a los pacientes, existe la hipótesis de que el tratamiento con personas TLP genera "burnout" en los psicoterapeutas (Linehan, Cochran, Mar, Levensky & Comtois, 2000), es decir, los deja emocionalmente cansados, despersonalizan a los pacientes y como consecuencia empiezan a considerarlos difíciles de tratar. Incluso, es frecuente que en la práctica profesional se refiera a este tipo de pacientes como conflictivos, problemáticos y reacios al tratamiento (Cleary, Siegfried & Walter, 2002; Oldman, 2004).

Contextualización. En los últimos 10 años las terapias basadas en la evidencia científica han tomado gran importancia en Argentina en el tratamiento de trastornos mentales. Respecto al TLP, se le ha prestado especial atención a la terapia dialéctico comportamental de Linehan (1993a), especializada en tratar el trastorno de desregulación emocional. Este tipo de intervenciones han puesto en evidencia la falta de conocimiento y entrenamiento que los profesionales de salud mental tenemos sobre el TLP en general,

salvo cuando un profesional está especializado en el tratamiento de este trastorno.

Con la intención de alejarnos de mitos y acercarnos a las ideas y significados del profesional de salud mental, se ha realizado una encuesta acerca del TLP y su tratamiento. Existen encuestas de esta naturaleza en diversos países (Ogrodniczuk, Kealy & Howell-Jones, 2009; Cleary, Siegfried & Walter, 2002), incluido Argentina (Leiderman, Buchovsky, Jiménez, Nemirovsky et al., 2004; Corsaro, 1990), a los que hemos tomado como punto de partida. De ellos sabemos que el TLP es considerado un trastorno difícil de tratar, debido a la constante labilidad afectiva y la gravedad de las crisis repentinas, y que muchos profesionales prefieren atender a otro tipo de pacientes debido a estas características. Sin embargo, no conocemos la experiencia del profesional ni su reacción emocional a este tipo de pacientes. El objetivo del presente estudio consistió en explorar con mayor detalle la experiencia clínica y personal de los profesionales con pacientes TLP y las ideas y creencias que tienen sobre el trastorno. El objetivo final es lograr una visión actual sobre el tema, identificar posibles cambios para mejorar la experiencia entre el profesional y el paciente con TLP, tener una mirada autocrítica, evaluar nuestro conocimiento sobre el tema. Para este fin, se desarrolló un cuestionario que recoge información acerca de distintos aspectos del desorden mental: diagnóstico y pronóstico, abordaje terapéutico, adherencia al tratamiento, conocimiento bibliográfico, experiencia clínica y experiencia personal con pacientes que sufren TLP, dirigido a psicólogos y psiquiatras.

MÉTODO

Participantes. Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal que contó con la participación de 216 profesionales de salud mental, psicólogos y psiquiatras, que acudían a diferentes instituciones de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires y diversas provincias del interior del país. La recolección de muestra fue de tipo "bola de nieve", sin establecer control sobre cuáles instituciones tendrían mayor participación. Por un lado, se difundió la encuesta vía email a la

base de datos de profesionales que han acudido a la Fundación de Salud Mental desde el cual se realizó el estudio. Por otro lado, se realizó una búsqueda de los colegios de psicólogos y de asociaciones de salud mental de Psiquiatría y Psicología a lo largo de Argentina. En ambos espacios de convocatoria enviada se alentó a que los profesionales reenviaran la encuesta a círculos de profesionales cercanos, difundiendo así la petición de participación.

Características de la muestra. La muestra de 216 profesionales de salud mental contó con una media de edad de 37,5 años ($d.t.=11,08$), la mayoría de los cuales eran mujeres (77,7%). El 82,4% eran psicólogos y el porcentaje restante médicos psiquiatras. Gran parte de la muestra indicó tener experiencia clínica (81%) con una media de 10,3 años ($d.t.=9,36$) de ejercicio de la profesión. El 19% del total de los participantes formaban parte de la Fundación de Salud Mental desde la cual se realizó el estudio (situada en la Ciudad de Buenos Aires); algunos de los cuales eran integrantes de los equipos clínicos y otros estudiantes de posgrados de la institución. El 81% restante pertenecían a hospitales, asociaciones de psicología y psiquiatría y a clínicas y/o consultorios privados de diferentes ciudades del país. En concreto, del total de la muestra el 45,7% residía en Buenos Aires y el resto en el interior del país.

Tabla 1. Diagnóstico TLP

	%
Utiliza diagnóstico TLP	
Sí	87,4 %
No	12,6 %
Criterios diagnóstico empleados	
DSM IV	77,4 %
Psicodinámico/Psicoanalítico	9,7 %
Ambos	12,9 %
Comunica el diagnóstico	
Al paciente	
Sí / en ocasiones	82,8 %
No / nunca	19,2 %
A los familiares	
Sí / en ocasiones	89,9 %
No / nunca	10,1 %
Con experiencia en TLP	
Sí	81,4%
No	18,6%
Material psicoeducativo	
Sí	71,6 %
No	28,4 %

Instrumentos. El cuestionario auto-administrado fue elaborado ad hoc para esta encuesta. Está conformado por 21 preguntas cerradas con opción de respuesta categórica y de escala. Las preguntas abarcan siete áreas de información: características demográficas, abordaje terapéutico, diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, tratamiento, experiencia personal con pacientes TLP y conocimiento sobre el trastorno mental (ver instrumento en ANEXO I, en línea).

Procedimiento. Se realizó una versión digital del cuestionario, el cual fue enviado vía correo electrónico a diferentes instituciones y asociaciones de salud mental, tanto públicas como privadas. La solicitud de participación consistió en un correo electrónico con una introducción sobre la participación individual en el estudio. Se explicó que se trataba de una encuesta a profesionales de salud mental sobre su conocimiento y experiencia a cerca del trastorno límite de la personalidad. Además, se requería que el profesional ejerciera en el ámbito clínico al momento de la encuesta.

De los resultados se obtuvieron estadísticos descriptivos y de frecuencia sobre cada una de las áreas de información. Además, se analizaron los datos buscando diferencias de grupo y correlaciones entre variables. El análisis de datos se realizó con pruebas paramétricas y no paramétricas en el programa SPSS para Windows (versión 16.0).

Tabla 2. Tratamiento TLP

	M (DS)
Abordaje terapéutico	
Cognitivo	2,33 (1,27)
Conductual	1,93 (1,29)
Sistémico	1,54 (1,33)
Psicoanalítico	1,23 (1,28)
Interpersonal	0,84 (1,05)
Gestáltico	0,60 (0,92)
Modalidad de tratamiento	
Psicoterapia Individual	3,73 (0,79)
Tratamiento Farmacológico	2,76 (1,46)
Psicoterapia Familiar	2,37 (1,38)
Grupo de entren. en hab.	1,53 (1,72)
Grupos de psicoeducación	1,54 (1,64)
Psicoterapia grupal (hom./het.)	0,56 (1,11)
Grupos de autoayuda	3,73 (0,79)
Recibe tratamiento farmacológico	71,4%
Mejora en tratamiento	
Conductas impulsivas	2,77 (0,73)
Relaciones interpersonales	2,61 (0,69)
Labilidad afectiva	2,42 (0,77)

Tabla 3. Experiencia con pacientes TLP

	M (DS)
Sentimientos y emoc. del prof.	
Ganas de ayudar	3,10 (0,89)
Desafío	2,96 (0,96)
Preocupación	2,90 (0,97)
Comprensión	2,82 (1,04)
Cansancio	2,54 (1,22)
Frustración	2,44 (1,08)
Esperanza	2,32 (0,99)
Confusión	2,15 (1,16)
Confianza	1,92 (1,05)
Sentirse manipulada/o	1,71 (1,15)
Sentirse paralizada/o	1,46 (1,17)
Bronca	1,45 (1,12)
Lastima	1,44 (1,29)
Sentimientos negativos	
Intensidad	2,1 (0,99)
Frecuencia	1,7 (1,007)
Sentimientos negativos	
Mayor con pacientes TLP	64,1%
Igual con pacientes TLP/no TLP	21,4%
Menor con pacientes no TLP	14,6%

Tabla 4. Hipótesis sobre TLP

	%
"Problema de la desregulación de las emociones"	71,8 %
"Forma de trastorno en el control de los impulsos"	52,3 %
"Problema en la integración de la identidad"	41,7 %
"Dificultad en el manejo de la agresividad, la hostilidad y el odio, que subyacen en el aparato psíquico"	28,2 %
"Problema derivado de una alteración en la relación temprana con la madre"	23,1 %
"Trastorno por estrés post. crónico"	23,1 %
"Forma de patología narcisista"	19,4 %
"Problema resultado de la alteración de función paterna en la infancia"	15,3 %
"Forma de trastorno bipolar"	11,1 %
"Se trata de un falso self"	11,1 %
"Es importante el diagnóstico contra-transferencial"	7,4 %
"Se trata de una histeria grave"	5,1 %
"Forma de sadomasoquismo"	2,8 %

RESULTADOS

Diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Con respecto al diagnóstico TLP, se encontró que la gran mayoría de los profesionales (87,4%) utiliza la categoría como diagnóstico, de los cuales el 77,4% se basa en los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) o CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1995). Sólo una minoría utiliza criterios psicodinámicos o psicoanalíticos para diagnosticar. Menos de la mitad de los profesionales (39%) indicó usar otras técnicas aparte de la entrevista, tales como Rorschach (Bohm, 2001), SCID II (First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1999) y MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989) principalmente, y en menor medida, instrumentos como el Inventario multiaxial de Millon (Millon, 2007), el Test de relaciones objetuales de Philipson (Phillipson, Bernstein, Araoz & Sutherland, 1981), el Test de apreciación temática (Holmstrom, Silber & Karp, 1990) y entrevistas con la familia. En el caso de quienes utilizan el diagnóstico TLP, la mayoría lo comunican a sus pacientes, aunque un porcentaje se abstiene de hacerlo. A los familiares, sin embargo, se les comunica el diagnóstico más a menudo. La mayoría proporciona material psicoeducativo a sus consultantes con TLP y familiares (los datos

mencionados previamente figuran en la tabla 1). A pesar de que el diagnóstico muestra ser una herramienta frecuentemente utilizada, la mayoría de los encuestados considera difícil diferenciar el TLP de otros trastornos; particularmente del trastorno bipolar (39%), del trastorno de control de los impulsos (22%) y de ambos (34,1%). Incluso, una parte importante (18,4%) considera que el diagnóstico debería pertenecer a otra categoría de trastornos mentales.

Tratamiento para TLP. Sólo una minoría de la muestra no había tenido experiencia clínica con pacientes TLP. De aquellos que sí la tenían (81,4%) se obtuvo información sobre el tipo de tratamiento empleado, la frecuencia de abandono y el pronóstico de ciertos aspectos del trastorno. En todos los casos, las respuestas obtenidas corresponden a estimaciones que hicieron los profesionales. Los resultados mencionados en este apartado se detallan en las tablas 1 y 2.

Encontramos que el abordaje empleado para TLP con mayor frecuencia para personas con TLP es el cognitivo, seguido del conductual y el sistémico. En menor medida se aplica el psicoanalítico, el interpersonal, y por último, el gestáltico. La modalidad de tratamiento más utilizada es la psicoterapia individual y el tratamiento farmacológico. La psicoterapia familiar también es empleada usualmente, aunque con menor frecuencia.

Finalmente, las modalidades menos utilizadas fueron grupos de psicoeducación, grupos de entrenamiento en habilidades específicas, psicoterapia grupal heterogénea u homogénea y grupo de autoayuda.

En cuanto al abandono de tratamiento, una gran parte de la muestra estima que 25% a 50% de los pacientes con TLP abandonan tratamiento antes de los 6 a 12 meses. Asimismo, el 23% de los profesionales opina que entre el 75% y el 100% de estos pacientes abandonan antes del primer año de tratamiento. Además, la mayoría (72,3%) estima que más de la mitad de sus pacientes con TLP ha tenido un tratamiento psicológico o psiquiátrico previo. En menor medida, opinan que menos de la mitad de sus pacientes con TLP (25,5%) tuvieron tratamientos previos. Incluso, la gran mayoría (71,4%) indica que más de la mitad de sus pacientes con TLP está actualmente en tratamiento farmacológico.

Respecto al pronóstico de TLP con tratamiento, se encontró que las conductas impulsivas y las relaciones interpersonales son consideradas como los aspectos que muestran mayor nivel de mejora, no obstante, se considera una mejora moderada. La labilidad afectiva y los trastornos de la identidad mostraron un nivel ligeramente menor, fueron considerados tener de "poca" a "moderada" mejora en el tratamiento. Pese a todo, en

general se percibe buena evolución en el tratamiento a lo largo del tiempo; considerándose pobre a los 6 meses de tratamiento ($m = 1,74$; $d.t.=0,73$) y buena a los 2 años o más ($m = 2,68$; $d.t.=0,86$).

Experiencia personal con pacientes

TLP. La sección de experiencia personal del cuestionario recaba información sobre las emociones y sentimientos que el profesional ha tenido al tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Los resultados descriptos a continuación figuran en la tabla 3.

En primer lugar, se preguntó acerca de qué emociones despiertan pacientes con TLP en los profesionales. Estos indicaron que, con una intensidad "moderada", los pacientes les generan cansancio y frustración y, con "poca" o "muy poca" intensidad, confusión, bronca, lástima y sentirse manipulado/a o paralizado/a. En cuanto a las emociones positivas, señalaron que, con una intensidad "moderada", también les producen deseos de ayudar, sentimientos de comprensión, confianza y desafío. Posteriormente, indicaron que la intensidad y frecuencia con la que los pacientes despiertan sentimientos negativos es de "poca" a "moderada". Finalmente, al preguntar si la intensidad y frecuencia de estos sentimientos es menor, igual o mayor a la sentida con otros pacientes sin TLP, la mayoría indicó ser mayor.

Conocimiento sobre TLP. En la última

Tabla 5. Diferencias de medias en la utilización de técnicas psicoterapéuticas

Técnica/ Profesión	t (Dif. M) M	
	Psicólogo	Psiquiatra
Psicoanalítica	3,231 (205)**	
	1,34	0,71
Cognitiva	0,684 (210)	
	2,34	2,27
Sistémica	2,01 (48,7)*	
	1,3	1,2
Conductual	-0,720 (59,5)	
	1,33	1,09
Gestáltica	1,64 (198)	
	0,94	0,84
Interpersonal	1,216 (194)	
	1,07	0,94

* La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

Tabla 6. Mejoría percibida por los profesionales en el TLP en tratamiento

Tiempo/ Profesión	t (Dif. M) M	
	Psicólogo	Psiquiatra
Mejoría a los seis meses	-2,385 (186)**	
	1,6	2,2
Mejoría luego de un año	2,018 (185)*	
	2,3	2,0
Mejoría luego de dos o más años	3,486 (175)**	
	2,7	2,2
Conductas impulsivas	-0,26 (189)	
	2,77	2,77
Labilidad afectiva	0,536 (187)	
	2,43	2,36
Relaciones interpersonales	2,790 (187)**	
	2,68	2,32

* La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

Tabla 7. Diferencias de medias en el nivel de incidencia del autor en la práctica

Autor/ Profesión	t (Dif. M) M	
	Psicólogo	Psiquiatra
Beck, A.	-2,283 (76)* 1,53	1,73
Bowlby, J.	3,796 (212)** 1,11	0,6
Bresson, J.	-0,407 (203) 0,43	0,54
Freeman, A.	1,30 (207) 0,70	0,52
Freud, S.	1,23 (211) 1,49	1,15
Kernberg, O.	-1,709 (206) 0,89	1,10
Linehan, M.	-3,415 (67,7)** 0,88	0,34
Millon, T.	-10,513 (206) 0,92	1,0
Winnicott, D.	2,685 (58,4)** 23,26	12,71
Young, J.	-0,113 (206) 1,01	1,02
Lacan, J.	0,773 (208) 1,1	1,0
Miller, J.	1,966 (206) 1,04	0,72
Kohut, H.	0,942 (207) 0,74	0,63
Bateson, G.	3,108 (209) 1,21	0,81
Weakland, J.	1,822 (60,3) 0,50	0,28
Sperry, J.	1,138 (68,3) 0,20	0,13
Gunderson, M.	-4,702 (43,7)** 0,23	0,89

* La correlación es significativa al nivel $p < 0,05$

** La correlación es significativa al nivel $p < 0,01$

sección de la encuesta se exploró el conocimiento de los profesionales sobre TLP. Las preguntas se formularon para obtener información en dos áreas: las hipótesis que el profesional sostiene sobre el trastorno y los autores que aplican en la práctica clínica.

Las hipótesis fueron elegidas por su relevancia con diversas teorías explicativas del trastorno. Primero, se pidió al participante que de una lista de 14 hipótesis sobre el TLP indicara con cuáles acordaba. Los resultados mostraron que las hipótesis sostenidas por la mayoría fueron que el TLP: "Es un problema de la desregulación de las emociones" (71,8%) y "Es una forma del trastorno de control de los impulsos" (52,3%). Asimismo, casi la mitad de la muestra sostuvo que el TLP es "un problema en la integración de la identidad" (41,7%). Lo previo indica que la muestra tiene una conceptualización etiológica del TLP concordante con teorías actuales del trastorno. No obstante, hubo acuerdo con hipótesis que no se contemplan en los manuales diagnósticos más utilizados de los trastornos mentales (DSM-IV-TR y CIE-10) que también fueron elegidas, tales como: "El problema es la dificultad en el manejo de la agresividad, la hostilidad y el odio, que subyacen en el aparato psíquico" (28,2%), "Es un problema derivado de una alteración en la relación temprana con la madre" (23,1%), "Es una forma de patología narcisista" (19,4%) y "Es un problema resultado de la alteración de función paterna en la infancia" (15,3%) (ver tabla 4).

Exploramos cuáles autores inciden en la teoría y práctica con TLP. Los resultados muestran que los tres autores con mayor incidencia son Beck, Freud y Winnicott, y de menor incidencia Bresson y Sperry. Además, encontramos que la mayoría de los profesionales no conocía a Gunderson, Linehan, Kernberg y Bresson. Esto es interesante ya que algunos ellos son referentes importantes en el estudio de los trastornos de la personalidad.

Diferencias entre psicólogos y psiquiatras. En primera instancia, se analizaron diferencias de medias en función de la profesión (psicólogo/a o psiquiatra) y de los años de experiencia clínica. Luego se exploraron la utilización de técnicas psicoterapéuticas, nivel de incidencia de autores en la práctica clínica, mejoría estimada de ciertos aspectos del trastorno y los sentimientos del profesional al tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad. Por último, se comparó la utilización de cada tratamiento psicoterapéutico en función del tipo de profesión (psicólogo/a, psiquiatra). El análisis mostró

que existe una diferencia estadísticamente significativa en la medida en la que se utiliza el tratamiento psicoanalítico ($t(205)=3,231$; $p=0,002$) y el sistémico ($t(48,7)=2,019$; $p=0,04$). Esto significa que los psicólogos utilizan con significativamente más que los psiquiatras tratamientos psicoanalíticos y sistémicos. No se detectaron diferencias significativas para las demás técnicas.

Se analizaron diferencias en la aplicación de diversos autores en la práctica psicoterapéutica en función de la profesión. Se detectó que existen diferencias significativas, los psiquiatras están mucho más familiarizados con los autores Beck ($t(76)=-2,238$; $p=0,025$) y Gunderson. ($t(43,7)=-4,702$; $p=0,00$); y los autores Bowlby, J. ($t(212)=-3,796$; $p=0,00$), Linehan, M. ($t(67,7)=-3,415$; $p=0,001$) y Winnicott, D ($t(58,4)=2,685$; $p=0,009$) inciden en mayor medida en la práctica clínica de los psicólogos. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de incidencia de los demás autores.

Asimismo, se exploraron diferencias en el nivel de mejora percibida del TLP en función de la profesión. Específicamente, se quería ver si los psicólogos perciben mayor o menor mejoría que los psiquiatras en el tratamiento a lo largo del tiempo en general, y en las conductas impulsivas, labilidad afectiva, trastornos de identidad y relaciones interpersonales, en particular. Los resultados muestran que los psiquiatras perciben mayor mejoría del TLP a los 6 meses de tratamiento ($t(186)=-2,385$; $p=0,01$). Sin embargo, los psicólogos observan mayor mejoría en el tratamiento de TLP al año y a los 2 o más años de tratamiento ($t(185)=2,018$; $p=0,04$; ($t(175)=3,486$; $p=0,001$). Respecto a la mejoría en aspectos específicos también se encontraron diferencias significativas. Los psicólogos consideran que las relaciones interpersonales mejoran con el tratamiento en mayor medida que los psiquiatras observan ($t(187)=2,790$; $p=0,006$). Los detalles del análisis del apartado figuran en las tablas 5, 6 y 7.

Años de experiencia en la profesión.

Se buscaron relaciones entre los años de experiencia en la profesión y la intensidad y frecuencia de los sentimientos negativos sobre los pacientes con TLP. Asimismo, exploramos si existe relación entre los años de

experiencia y la estimación del nivel de mejoría del TLP con tratamiento. Encontramos que a cantidad de años de experiencia clínica del profesional, mayor es la intensidad de los sentimientos negativos que le generan los pacientes con TLP ($r=-0,153$; $p=0,03$). También, detectamos que los profesionales con más años de experiencia consideraban que el tratamiento producía niveles más elevados de mejoría, particularmente en la labilidad afectiva y las relaciones interpersonales ($r=0,387$; $p<0,01$; $r=0,324$; $p<0,01$, respectivamente) (ver tabla 6).

DISCUSIÓN

En el presente estudio nos encontramos con una muestra de psicólogos y psiquiatras con un promedio de 37 años de edad y con aproximadamente 10 años de experiencia clínica. La gran mayoría utiliza la categoría TLP como diagnóstico, basándose en el criterio del DSM-IV o CIE-10, y por lo general lo comunica al paciente. Para la mayoría el diagnóstico diferencial del TLP les resulta dificultoso, particularmente distinguirlo del trastorno de control de los impulsos y el trastorno bipolar. Los tratamientos que más emplean para el TLP son la psicoterapia individual y tratamiento farmacológico. Los profesionales consideran que las conductas impulsivas y las relaciones interpersonales son aspectos del TLP que muestran mejoría con el tratamiento. Sin embargo, estiman que cerca de la mitad de los pacientes abandonan el tratamiento antes del primer año e incluso de los primeros 6 meses. También, informan que casi todos sus pacientes con TLP han tenido algún tratamiento previo, ya sea psicológico o psiquiátrico.

Los resultados fueron congruentes con lo encontrado en estudios similares, sin embargo, algunos datos resultan novedosos. Encontramos que el abordaje terapéutico utilizado por la mayoría de los profesionales es el cognitivo, seguido del conductual y el sistémico, cuando en otros estudios el abordaje psicoanalítico ha tenido más peso entre profesionales argentinos (Corsaro, 1990 y Leiderman, 2004). Así mismo, nos encontramos con que la mayoría utiliza el criterio diagnóstico DSM-IV, lo que difiere de los hallazgos de Leiderman et al. (2004),

quienes reportaron que a la mitad de los encuestados afirmaban que el DSM-IV no resultaba útil para realizar un diagnóstico correcto del TLP. Es importante destacar que en dicho estudio el 70% de los profesionales empleaba psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de TLP. A partir de esto, es posible hipotetizar que el DSM-IV tiene mayor utilidad para quienes aplican intervenciones cognitivas y/o conductuales, a diferencia de quienes intervienen con tratamientos psicodinámicos. No obstante, en esta muestra la gran mayoría utiliza criterios de diagnóstico del DSM-IV, implicando quizás que dichas clasificaciones proveen cierta utilidad, más allá del abordaje teórico. Aun así, los profesionales consideran dificultoso el diagnóstico diferencial del TLP e incluso opinan que debería pertenecer a otra categoría diagnóstica. El dilema científico sobre si el TLP pertenece a trastornos del espectro bipolar o si constituye una entidad del eje II en sí ha sido abordado en numerosas investigaciones (Benazzi, 2006; Galione & Zimmerman, 2010; Judd et al., 2002; Stone, 2006; Vieta & Suples, 2008; entre otros), y la controversia se evidencia también en este estudio. Es decir, el problema que supone diferenciar el TLP de otros de los trastornos del ánimo no sólo es controversial en la literatura científica, sino también en la práctica clínica.

Por otro lado, encontramos que los pacientes con TLP efectivamente despiertan sentimientos negativos en los profesionales. Generan preocupación, frustración, cansancio, confusión, rechazo y sentir que se está siendo manipulado. Indicaron que la intensidad y frecuencia de los sentimientos negativos es mayor con pacientes con TLP (ver tabla 3). Posiblemente, el impacto emocional que los pacientes tienen en los terapeutas sea uno de los motivos por los cuales se les considere difíciles de tratar y, consecuentemente, se prefiera intervenir en otro tipo de trastornos antes que el TLP, tal como se encontró en la encuesta realizada por Leiderman et al. (2004). Una novedad de este estudio consiste en haber evaluado si los años de experiencia con personas con TLP influyen en el nivel de sobrecarga del profesional. Hemos encontrado que la falta de experiencia tiene impacto negativo en la reacción emocional del profesional.

Los antecedentes señalan que a pesar

que la mayoría de los profesionales tratan con algún paciente con TLP, suelen tener poca información sobre la etiología y tratamiento del trastorno (Ogrodniczuk et al., 2009). En función de esto, indagamos sobre el conocimiento general de los profesionales explorando dos áreas: las hipótesis sostenidas sobre el TLP y los referentes teóricos en el ámbito de la salud mental en general y del TLP en particular. Las hipótesis más aceptadas fueron que el TLP: 1 "es una forma de trastorno en el control de los impulsos", "es un problema de la desregulación de las emociones" y "es un problema en la integración de la identidad. Las tres son coincidentes con las principales teorías del trastorno (Akiskal, 2004) y con el criterio diagnóstico de los manuales estandarizados (DSM-IV y CIE-10). Sin embargo, también se encontró un nivel importante de acuerdo con hipótesis no incluidas en los criterios de diagnóstico establecidos, lo cual demuestra que la polémica sobre la conceptualización de TLP existe incluso en el ejercicio profesional. Asimismo, descubrimos que algunos de los grandes referentes teóricos y científicos en el estudio del TLP (Kerneberg, Gunderson, Kohut y Linehan) no son conocidos por la gran mayoría de los profesionales. Además, la mitad de ellos indicaron que no proporcionan material psicoeducativo a sus pacientes con TLP. Es posible hipotetizar que no se brinda este tipo de material porque no se lo conoce o posee. La falta de conocimiento puede ser otro de los motivos por los cuales a los profesionales les resulta difícil tratar el TLP. El estudio de Ogrodniczuk (2009) mostró que los terapeutas perciben esta carencia de información y desean tener mayor entrenamiento en este ámbito. Incluso, diversos estudios han mostrado que el entrenamiento en habilidades y formato grupal para personas con TLP es eficaz (Linehan, 1993b) y nos encontramos que son las técnicas menos utilizadas.

El análisis de los resultados presentó hallazgos interesantes: las diferencias en la percepción del TLP entre psicólogos y psiquiatras. Primero, vimos que los psicólogos utilizan con más frecuencia el tratamiento psicoanalítico y sistémico, lo cual coincide con que los autores que mayormente inciden en la práctica de los psicólogos son Beck, Bowlby, Freeman, Winnicott, Bateson y Weakland. Por el contrario, los psiquiatras

indicaron tener mayor incidencia de teóricos como Lacan, Kernberg y Gunderson. Estos dos últimos son referentes importantes en el TLP, indicando que los psiquiatras probablemente tengan diferentes fuentes de conocimiento teórico sobre el TLP. No obstante, la lista de autores utilizada en la encuesta ha sido amplia más no exhaustiva, lo cual puede considerarse una limitación del estudio.

Por último, en cuanto al pronóstico, los psicólogos perciben un mayor nivel de mejoría con tratamiento que los psiquiatras, específicamente en las conductas impulsivas, los trastornos de identidad y las relaciones interpersonales. Sería interesante explorar si esta diferencia se debe a una mayor efectividad en el tratamiento psicológico o si se debe a otros factores como el tiempo en tratamiento, la respuesta al tratamiento farmacológico u otros aspectos relacionados.

Es preciso mencionar que el estudio se realizó desde una Fundación de Salud mental con abordajes cognitivos y conductuales, lo cual representó tanto una ventaja como una limitación. La limitación consiste que el porcentaje de profesionales con práctica cognitivo-conductual haya sido mayor en la muestra al existente en población general. Sin embargo, esto mismo facilitó un mayor alcance a clínicos con diferentes abordajes, ya que en las encuestas previas predomina en el muestreo profesionales con formación psicodinámica. Los autores del presente estudio participan de un equipo clínico de Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT) conformado por profesionales provenientes de formaciones diferentes (psicodinámicas, cognitivas, conductuales y sistémicas, entre otras). Por lo tanto, tener una muestra que incluyera la diversidad de los abordajes fue un factor fundamental para realizar aportes novedosos a esta temática.

A pesar de las diferencias entre abordajes y profesiones de base, se encontraron numerosas similitudes respecto a la experiencia personal y clínica de los participantes. Podemos concluir que los profesionales de la salud mental tienen un conocimiento básico y compartido sobre las características descriptivas del TLP y un cierto desacuerdo respecto a las teorías explicativas, utilizan la clasificación diagnóstica en la práctica clínica y consideran que el tratamiento es

difícil. La interacción con los pacientes con TLP les despierta emociones negativas con mayor frecuencia que otros pacientes, pero también les genera un sentimiento de desafío, comprensión e intensas ganas de ayudar. Además, los sentimientos negativos disminuyen con los años de experiencia en este tipo de consultantes y con mayor conocimiento sobre el trastorno. Si bien se estima un pronóstico difícil del TLP, debido a sus características y alta tasa de abandono de terapia, también se considera que el tratamiento puede generar importantes mejoras para los pacientes con TLP. El hecho de que el TLP genere conflicto entre profesionales y entre sesiones terapéuticas, no debería adjudicarse exclusivamente a algo intrínseco del trastorno o de quienes lo padecen. Es importante reconocer que la falta de consenso, información y especificidad de los tratamientos en el ámbito profesional añade carga a la percepción sombría que del TLP se tiene. Es necesario que los profesionales de salud mental estén al tanto de que hay tratamientos psicoterapéuticos de demostrada eficacia para el TLP, tales como psicoterapia individual e integral, psicoeducación, entrenamiento en habilidades para los pacientes y para los familiares y allegados de personas con trastorno límite de la personalidad (ver Bateman & Fonagy, 2001; Hoffman, Fruzzetti, Buteau & Nieditch, 2005; Linehan, 1993^a, entre otros). La actualización continúa sobre aspectos científicos y teóricos en salud mental muestra nuevamente ser fundamental para el mejoramiento del ejercicio de nuestra profesión.

Articulación. La encuesta fue realizada con el objetivo central de conocer las ideas y creencias que los profesionales de la salud mental tienen acerca del trastorno límite de la personalidad (TLP), así como la forma de tratamiento, experiencia personal y profesional, con el fin de mejorar la comprensión y la intervención en personas con TLP. Para ello, se utilizó un cuestionario que reúne información sobre el abordaje terapéutico aplicado, el uso del diagnóstico TLP, su tratamiento, la experiencia personal con pacientes que lo padecen y conocimiento general del trastorno. Con la información obtenida de la encuesta podemos tener una mirada más cercana sobre cómo se está trabajando con pacientes con TLP. Asimismo,

ha sido posible explorar si el conocimiento que la literatura científica hasta el momento ha proporcionado está siendo aplicado en la práctica clínica. Consideramos necesario realizar este tipo de estudios porque permiten articular la práctica clínica y la investigación científica.

REFERENCIAS

- Akiskal, H. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 110, 401-407.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4ª ed. Washington D.C.: APA.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality--bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 30(1), 68-74
- Bohm, E. (2001). *Manual del psicodiagnóstico de Rorschach*. Madrid: Morata.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. & Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Cleary M., Siegfried N., & Walter G. (2002). Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health*, 11,186-191.
- Corsaro, B. (1990). El uso del diagnóstico Borderline en Argentina. Posibles consecuencias. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 1, 36-39.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. & Williams, J. (1999). *SCID-II: guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Masson.
- Fruzzetti, A.E., Santisteban, D.A., & Hoffman, P.D. (2007). Dialectical behavior therapy with families. En L. Dimeff & K. Koerner. *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. (pp. 222-244) Nueva York, Guilford Press.
- Galione, J. & Zimmerman, M. (2010). A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: Implications for interpreting studies of the validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders* 24, 763-772.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, D.P., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F. & Struening, E. (2005). Family Connections: A Program for Relatives of Persons with Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44, 217-225.
- Holmstrom, R.W., Silber, D.E., & Karp, S.A. (1990). Development of the Apperceptive Personality Test. *Journal of Personality Assessment*, 54, 252-264.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A., ...Keller, M.B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Leiderman, E. A, Buchovsky, S., Jiménez, M., Giordano, S., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F. & Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y tratamiento del trastorno borderline de la personalidad: una encuesta a profesionales. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 280-286.
- Linehan M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan M. (1993b). *Skills Training Manual for Treatment of Borderline Personality Disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M., Cochran, B., Mar, C., Levensky, E. & Comtois, K. (2000). Therapeutic burnout among borderline personality disorder clients and their therapists: Development and evaluation of two adaptations of the maslach burnout inventory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 229-337.
- Millon, T. (2007). *MCMIII-III, Inventario clínico multiaxial de Millon III*. Madrid: TEA.
- Ogrodniczuk, J. S, Kealy, D. & Howell-Jones, G. A (2009). A view from the trenches: a survey of canadian clinicians' perspectives regarding the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 449-53.
- Oldman, M. (2004). Borderline personality disorder: the treatment dilemma. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 204-206.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud. 10ª revisión, v.3*. Washington, D.C.: OMS.
- Phillipson, H., Bernstein, J., Araoz, G. & Sutherland, X (1981). *Test de Relaciones Objetuales*. Barcelona: Paidós.
- Skodol, A. Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The Borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.
- Smith, D. J., Muir, W. J., & Blackwood, D. H. (2004). Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? *Harvard Review Psychiatry*, 12, 133-139.
- Stone, M. (2006). Relationship of Borderline Personality Disorder and Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1126-1128.
- Vieta, E. & Suples, T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disorders*, 10, 163-178.

LLAMADO PARA ARTÍCULOS

CALL FOR PAPERS

VOLUMEN 5 · NÚMERO 1 (MAYO 2013) VOLUME 5 · ISSUE 1 (MAY 2013)

Fecha límite para envíos: 1ro de marzo 2013
Deadline for submissions: March 1st 2013

INSTRUCCIONES PARA AUTORES GUIDELINES FOR AUTHORS

- **Publicación bilingüe.** Se publica en la edición en línea una versión resumida traducida al inglés de todos los artículos aceptados.
- **Idiomas.** Se recibirán artículos de autores de cualquier nacionalidad en idioma castellano.
- **Extensión.** La extensión máxima es de 16 páginas A4, incluyendo las referencias, tablas y gráficos, a doble espacio, con tipografía Times New Roman de 12 puntos y márgenes de 3 cm.
- **Originalidad y novedad.** Los textos deberán ser originales e inéditos, no admitiéndose aquellos que hayan sido publicados total o parcialmente ni los que están en proceso de publicación en otra revista.
- **Proceso de revisión.** Los artículos enviados serán evaluados en primera instancia por el Comité Editorial para confirmar si su tema se corresponde con la política editorial. Una vez aprobados serán sometidos a evaluación de pares en modalidad doble ciego por parte de dos miembros del Comité Científico quienes no serán notificados sobre la identidad o procedencia de los autores ni éstos serán informados acerca de quiénes han evaluado su trabajo. Como último paso, el Comité de Redacción efectuará una revisión comprehensiva del trabajo, generando un reporte que se le enviará al autor con requisitos de adecuación de estilo. En cada etapa, los manuscritos podrán ser devueltos a los autores con señalamientos para su reformulación que serán necesarios para su aceptación final. Los artículos podrán ser aceptados, aceptados con modificaciones o rechazados; en éste último caso no podrán ser remitidos nuevamente por el plazo de un año.
- **Tiempos de evaluación y publicación.** Se enviará una notificación de aceptación inicial en el plazo de 30 días y confirmación por parte del los pares evaluadores en el trascurso de 60 días.
- **Política de derechos.** Con el envío, los autores ceden sus derechos bajo la licencia Creative Commons 3.0 (Atribución-NoComercial-SinDerivadas), lo que les permitirá reproducir su trabajo en otros medios, sin fines comerciales, debiendo indicar que fue publicado en esta revista, sin modificarlo y manteniendo el acceso gratuito.
- **Tipos de artículos recibidos.** Investigaciones originales, artículos de revisión, artículos metodológicos, artículos teóricos, artículos de discusión.
- **Temáticas principales.** Psicología organizada, formación en psicología, psicología de la salud, historia de la psicología, desarrollo de guías y protocolos, áreas de vacancia, psicología y políticas públicas, estudios sociales de la ciencia, evaluación psicológica.
- **Tipos de investigación.** Nuestra publicación se orienta en la promoción de modos de investigación científicos con alcance social, por lo que buscamos especialmente artículos que indaguen científicamente aspectos en consideración de su ámbito de aplicación, por cuanto se dará prioridad a investigaciones de tipo traslacional o estratégico (ver descripción en línea).
- **Estilo de redacción y diagramación.** Todos los manuscritos originales deben estar redactados de acuerdo al Manual de Estilos de la American Psychological Association (APA) en su 6ta edición (3ra edición en castellano). Aquellos trabajos que no cumplan con este requisito serán rechazados.
- **Ubicación de gráficos, tablas y figuras.** Las figuras y tablas se incluirán en un anexo después de las referencias, deberán ser compuestas del modo en que se desea que aparezcan y numerarse correlativamente, como se señale en el texto, indicando dónde deben insertarse.
- **Especificaciones metodológicas.** En el caso de realizar el envío de un artículo de investigación los autores deben incluir dentro del apartado metodológico la indicación del diseño de acuerdo a Montero y León "A Guide for Naming Research Studies in Psychology" (2007).
- **Pautas complementarias de estilo.** Se invita a los autores que envíen sus manuscritos a incluir las subsecciones de Contextualización y Articulación, explicadas en línea.
- **Archivos a incluir en el envío.** Al realizar el envío los autores deberán incluir tres archivos separados, con el trabajo completo en su versión final, el trabajo para evaluación por pares y un resumen extendido. La organización desarrollada de cada archivo se encuentra en línea.

Para las instrucciones completas ingresar a www.autores.psiencia.org
English version of these guidelines is available at www.psiencia.org

Editorial

Psicología y salud social

Psychology and Social Health
Ezequiel Benito

Investigaciones originales | Research papers

Encuesta a profesionales de la salud mental sobre el diagnóstico de TLP

Mental Health Professionals Survey About BPD Diagnosis
Pilar Regalado, Pablo Gagliesi

Recepción y desarrollo de la psicología positiva en la UBA (1998-2008)

Reception and Development of Positive Psychology at the UBA (1998-2008)
Luciana Mariñelarena-Dondena

Revisiones | Review papers

Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina

Resilience. Conceptualization and Research in Argentina
Analía Verónica Losada, María Inés Latour

Artículos | Articles

Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo

Health Psychology. Achievements and Questions After Four Decades of Development
Francisco Morales Calatayud

La psicología positiva en América Latina. Desarrollos y perspectivas

Positive psychology in Latin America. Developments and Perspectives
Alejandro Castro Solano

Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas

Sanitary Psychology. History, Basics and Perspectives
Enrique Saforcada

Artículos de discusión | Discussion papers

Ley de Salud Mental 26.654. Antecedentes y perspectivas

26,654 Mental Health Law. Background and Perspectives
Ana María Hermosilla, Rocío Cataldo

Comentadores: Leonardo Gorbacz, Ricardo Rodríguez Biglieri

Reseñas | Book reviews

La Pizarra de Babel. Sebastián Lipina & Mariano Sigman (Eds.)

The Blackboard of Babel. Sebastián Lipina & Mariano Sigman (Eds.)
Ángel M. Elgier