

UNIVERSIDAD DE LIMA

ESCUELA DE HUMANIDADES

CARRERA DE PSICOLOGÍA



**“ACTITUDES DE PSICÓLOGOS Y
PSIQUIATRAS SOBRE PACIENTES CON EL
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA,
PERÚ”**

Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

Paolo Pérez Luna

20042787

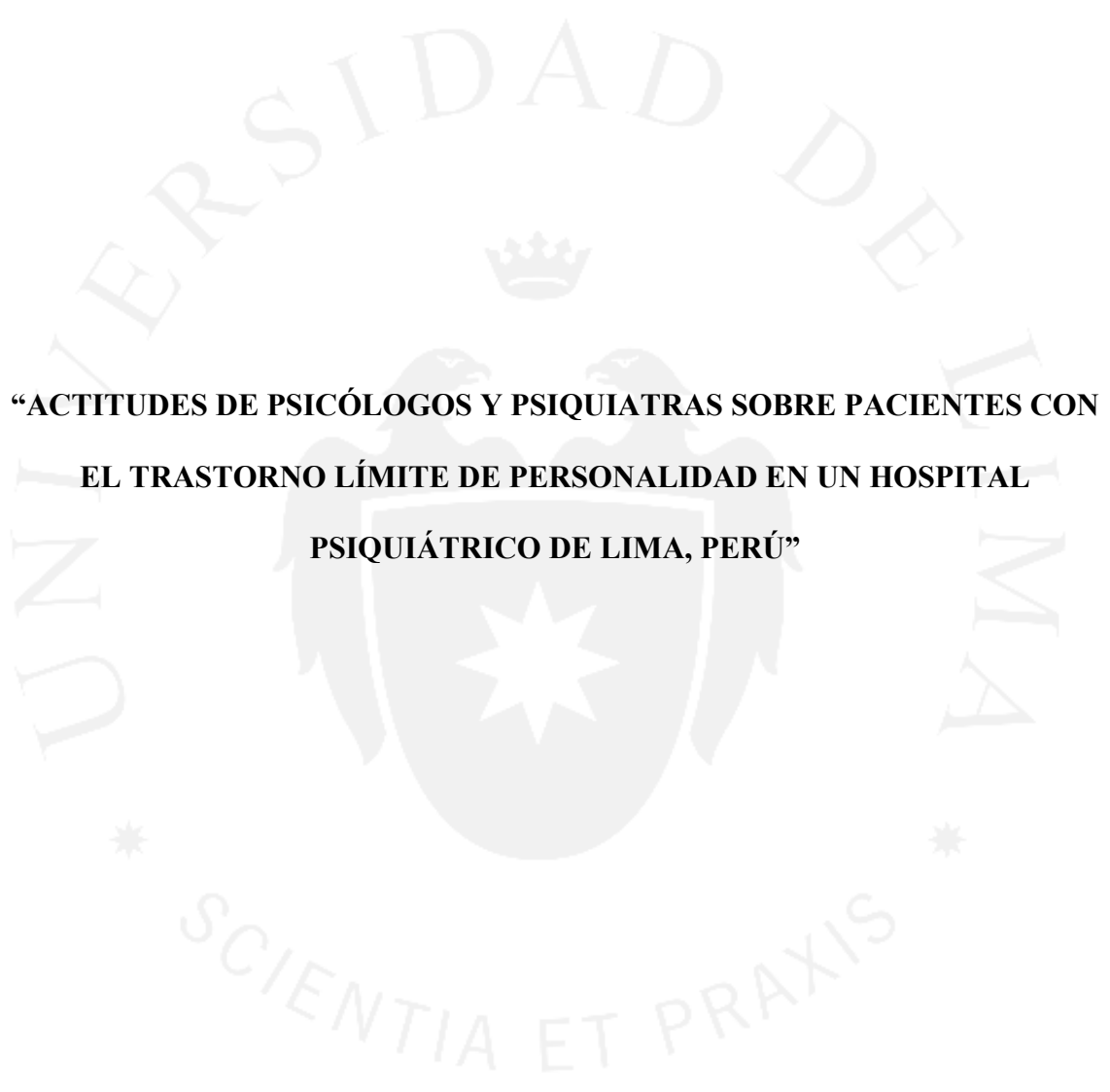
Asesor

Cipriano Olivera Guzmán

Lima - Perú

Agosto 2016





**“ACTITUDES DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS SOBRE PACIENTES CON
EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DE LIMA, PERÚ”**

Agradecimiento

Mi profundo agradecimiento a las personas que padecen de trastorno de personalidad límite, que me inspiraron a la búsqueda de mejores modelos de tratamiento. Durante todas las etapas de mi formación me enseñaron a tener compasión y recordar siempre que mi función como psicólogo es y será, llevar alivio al sufrimiento emocional.

A la Universidad de Lima, por la formación de calidad académica que me ha sido brindada. Es necesario agregar a aquellos profesores que marcaron mi proceso académico; Roxana Choy Vessoni y Fabiola Henostroza Mesones en los años de Pebal que sembraron mi amor por la psicología clínica y el trabajo con pacientes. Al profesor Ricardo Braun Gutiérrez, por forjar un pensamiento crítico y dejar grabado la idea de que la psicología es una ciencia y como tal tiene que tener sustentos y basarse en evidencias. Gracias a mi asesor de tesis, el profesor Cipriano Olivera Guzmán, por el tiempo y la enseñanza brindada durante mi proceso académico y por la tesis.

Al equipo con el que he aprendido tanto estos años: Fabián Otárola Gutiérrez, Eric Mendoza Chávez y Lucía Doderó Escalante, los cuales han estado apoyándome a lo largo del tiempo, creciendo juntos, proporcionándome apoyo. En especial al Dr. Fabián Otárola por ayudarme con las revisiones e ideas para la tesis, así como para las facilidades para la obtención de la muestra.

Un especial agradecimiento a Pablo Gagliosi – mi maestro y mentor en Terapia Dialéctica Conductual – que sin él no hubiera sido posible el acceso a todos los

conocimientos e información utilizados en este trabajo. Y a la Fundación Foro Argentina por compartir tanta sabiduría, brindando material y experiencia.

Por último y en especial lugar, un profundo agradecimiento a mi esposa, amiga y compañera Lucía Dodero Escalante que no sólo me brindo apoyo emocional y motivacional durante todo este proceso, sino que también me ayudó infinitamente en la obtención de muchos de los materiales y en las infinitas revisiones que se hicieron para llegar a la última versión de esta tesis.



TABLA DE CONTENIDO

“ACTITUDES DE PSICÓLOGOS Y PSIQUIATRAS SOBRE PACIENTES CON EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE LIMA, PERÚ”	III
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Descripción y planteamiento del problema	1
1.2. Justificación del estudio	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. Actitudes.....	5
2.2. Trastorno Límite de la Personalidad	8
2.2.1. Definición.....	8
2.2.2. Los modelos bio-sociales del Trastorno Límite de la Personalidad.....	8
2.2.3. Epidemiología	10
2.2.4. Diagnóstico	11
2.2.5. Visión del Trastorno Límite de la Personalidad en el Tiempo	14
2.3. Tratamientos para el Trastorno Límite de Personalidad.....	17
2.3.2. Características en común de los tratamientos que mostraron eficacia.....	25
2.3.3. Limitaciones de los tratamientos que mostraron eficacia	26
2.4. Investigaciones Relacionadas al Tema	27
2.5. Teoría utilizada para la construcción del instrumento	30
2.5.1. El modelo biosocial de Lineham.....	30
2.4.2. Visión dialéctica	32
2.4.3. Mindfulness	37
2.4.5. Límites personales	38
2.4.6. Supuestos de la Terapia Dialéctica Comportamental.....	39
CAPÍTULO III: OBJETIVOS	41
3.1. Objetivos	41
3.2. Definición Conceptual	41
3.3. Definición Operacional.....	41

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	43
4.1. Tipo y diseño de investigación.....	43
4.2. Población y muestra del estudio	43
4.2.1. Muestra del estudio	43
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
4.3.1. Construcción del instrumento.....	47
4.3.2 Validación del instrumento	52
4.3.3 Confiabilidad.....	53
4.4 Procedimiento de recolección de datos.....	55
4.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	55
CAPÍTULO V: RESULTADOS	56
5.1. Resultados Sobre los Perfiles de la Muestra	56
5.2. Resultados sobre las actitudes de los psicólogos y los psiquiatras	58
5.2.1. Resultados sobre las “Creencias”	58
5.2.2. Resultados sobre “Emociones”	64
5.2.3. Resultados sobre las “Conductas”	69
5.3. Resultado Comparativo por Profesiones.....	75
CAPITULO VI: DISCUSIÓN.....	81
CAPITULO VII: CONCLUSIONES.....	92
CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES.....	94

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	105
ANEXO 2: Ficha de Recolección de Datos.....	106
ANEXO 3: Escala de Actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de la personalidad.....	107
ANEXO 4: Version Final de la Escala de Actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de la personalidad.....	110



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Criterios Diagnósticos DSM IV	12
Tabla 2.2 Criterios Diagnósticos Propuestos DSM V	12
Tabla 2.3 Definiciones en el tiempo del TLP	15
Tabla 4.4 Edad de los participante de la muestra	45
Tabla 4.5 Tiempo de experiecnia en Salud Mental.....	45
Tabla 4.6 Sexo de los participantes de la muestra	46
Tabla 4.7 Profesión de los participantes de la muestra	46
Tabla 4.8 Matriz Organizativa del Intrumento	47
Tabla 4.9 Estadística de fiabilidad	54
Tabla 4.10 Coeficiente Alfa de Cronbach luego de eliminar ítems	55
Tabla 5.11 Formación en psicoterapia	56
Tabla 5.12 Tipo de psicoterapia utilizada	57
Tabla 5.13 Experiencia con consultantes diagnosticados con TLP	57
Tabla 5.14 Algún conocimiento de Terapaia Dialectico Comportamental.....	58
Tabla 5.15 Algún conocimiento de Terapia de Mentalización	58
Tabla 5.16 Algún conocimeinto de Terapia enfocada en la Trasferencia	58
Tabla 5.17 Es difícil realiazar el diagnóstico de TLP	59
Tabla 5.18 Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de TLP	59
Tabla 5.19 La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma imprtante para hacer el diagnóstico de TLP	60
Tabla 5.20 El TLP tiene un mal pronóstico	60
Tabla 5.21 Durante el tratameinto ambulatorio, la relación terapéutica es difil de manejar en pacientes con el diagnóstico de TLP.....	61
Tabla 5.22 Suele sr complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de TLP durate el tratameinto ambulatorio	61
Tabla 5.23 Las conductas manipuladoras por parte del paciente con TLP son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio	62
Tabla 5.24 Los intentos suicidas durante el tratameinto ambulatorio en pacientes con TLP suelen ser intentos de manipulación	62
Tabla 5.25 Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnostico de TLP cuando son hospitalizados	63
Tabla 5.26 La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de TLP debe ser evitada en la medida de lo posible	63
Tabla 5.27 Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de TLP	64
Tabla 5.28 Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de TLP, la conducta manipuladora es frecuente	64

Tabla 5.29 Me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnóstico de TLP abandonará el tratamiento ambulatorio	65
Tabla 5.30 Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un o una paciente con el diagnóstico de TLP	65
Tabla 5.31 He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su tratamiento ambulatorio	66
Tabla 5.32 Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un o una paciente con el diagnóstico de TLP	66
Tabla 5.33 He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su tratamiento ambulatorio	67
Tabla 5.34 La hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de TLP suele ser emocionalmente agotadora	67
Tabla 5.35 He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su hospitalización	68
Tabla 5.36 Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de TLP	68
Tabla 5.37 He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su hospitalización	69
Tabla 5.38 Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de TLP	69
Tabla 5.39 Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de TLP	70
Tabla 5.40 Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de TLP	70
Tabla 5.41 Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de TLP	71
Tabla 5.42 Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de TLP sobre las conductas de manipulación	71
Tabla 5.43 Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de TLP cuando su conducta es inapropiada	72
Tabla 5.44 Durante el tratamiento intento validar las emociones de los pacientes con el diagnóstico de TLP	72
Tabla 5.45 El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de TLP es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio	73
Tabla 5.46 Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de TLP para su hospitalización	73
Tabla 5.47 Confronto a los pacientes con el diagnóstico de TLP, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta	74
Tabla 5.48 El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de TLP es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización	74
Tabla 5.49 Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de TLP hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento	75

Tabla 5.50 Conocimiento de terapia Dialectico Comportamental por profesión	75
Tabla 5.51 Diferencias entre psicólogos y psiquiatras	76
Tabla 5.52 Diferencias entre personas con y sin formación en psicoterapia	78



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1: Modelo Biosocial del desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad	10
Figura 2.2: Estrategia de Tratamiento Basado en la Dialéctica	33



RESUMEN

El Trastorno Límite de personalidad (TLP) es un severo trastorno mental, de gran incidencia en la población clínica, el tratamiento actual es básicamente psicoterapéutico y la relación terapeuta-paciente es fundamental para el desarrollo. El problema principal fue definido como *¿qué actitudes están presentes en los psicólogos y psiquiatras en pacientes sobre el trastorno límite de la personalidad en un hospital psiquiátrico de Lima-Perú?*, de la cual no existe antecedentes de investigación de ese tipo en el país.

El tipo de investigación es aplicativa con diseño no experimental y transversal y el nivel es descriptivo. El instrumento utilizado es una escala tipo Likert de 33 preguntas, prueba creada para fines de esta investigación.

La muestra se eligió aleatoriamente. El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula de poblaciones finitas, cuantificándola en 47 participantes. Se evaluó los resultados con el programa estadístico SPSS, usando la fórmula estadística de χ^2 .

Un tercio de la muestra considera la conducta manipuladora como síntoma importante para el diagnóstico, sobre todo durante la hospitalización. La mayoría de los profesionales reconoce que la actitud hacia estos pacientes es diferente al de otros pacientes con otros diagnósticos. Las sensaciones de frustración y agotamiento emocional son frecuentes entre los profesionales de la salud mental. Los psicólogos tuvieron mayores cogniciones desfavorables sobre el TLP en comparación con los psiquiatras.

Palabras claves: Actitudes, Trastorno límite de la personalidad, Psicólogos, Psiquiatras

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe mental disorder, high incidence in clinical population, the current treatment is basically psychotherapeutic and therapist-patient relationship is essential for development. The main problem was defined as what are the attitudes of psychology and psychiatrists in patients on borderline personality disorder in a psychiatric hospital in Lima, Peru, in which there is no history of such research in that country.

The research is not experimental and applicative with cross-sectional design and the level is descriptive. The instrument used is a Likert scale of 33 questions, a questionnaire created for purposes of this investigation.

The sample was chosen randomly. The sample size was calculated using the formula of finite populations, quantifying it in 47 participants. The results with the SPSS statistical program was evaluated using Chi² statistical formula.

A third of the sample considered manipulative behavior as an important symptom for the diagnosis, especially during hospitalization. Most professionals recognize that the attitude towards these patients is different from other patients with other diagnoses. Feelings of frustration and emotional exhaustion are common among professionals. Psychologists were more unfavorable cognitions about the BPD compared with psychiatrists.

Keywords: Attitudes, Borderline personality disorder, Psychologist, Psychiatrist

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción y planteamiento del problema

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un severo trastorno mental que afecta entre el 1.2% y un 6.0% de la población general (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009). Existen extensas e intensas investigaciones sobre el TLP lo cual denota un profundo interés por estos pacientes.

Se calcula que cerca del 10% de los pacientes atendidos ambulatoriamente en las instituciones de Salud Mental, y un 15.0% a 25.0% de los pacientes hospitalizados han recibido dicho diagnóstico (Leichsenring, Leibing, Kruse, News y Leweke, 2011). Skodol (2007) refiere que “parecen haber aumentado las listas de pacientes hospitalizados y de las consultas ambulatorias durante los últimos 35 años” (p. 80) con dicho trastorno.

Según Kullgren, Renberg y Jacobsson (1986); Runeson y Beskow, (1991), los pacientes con TLP representan entre el 9.0% – 33.0% de todos los suicidios. Bongar, Peterson, Golann y Hardiman (1990), estudiaron a pacientes suicidas crónicos haciendo visitas a los servicios psiquiátricos de urgencias en un año y determinaron que el 12.0% de estos pacientes cumplían los criterios de TLP.

La historia de conducta suicida aparece entre el 55.0% – 70.0% de los sujetos afectados de trastornos de personalidad (Casey, 1979; Clarkin, 1984; Gómez, Lolas, Martin, Barrera, Jaar y Suárez 1992) y en el 60.0% – 78.0% de los afectados de TLP (Gunderson, 1984; Kjellander, Bongar y King 1998).

La revisión de 83 estudios de mortalidad de trastornos mentales y suicidio arrojó que la esquizofrenia tiene entre 4.0% - 5.0% de afectados, en depresión/trastorno bipolar un 6.0%, en adicciones un 7.0% y en el trastorno límite de la personalidad un 8.0 – 10.0%, siendo el TLP el índice más alto en comparación a otros trastornos (Ivanoff y DuBose, 2014). Del 100% de los pacientes con TLP, un 69% a 80% tienen conductas suicidas. Además, utilizan más servicios que los que tienen depresión mayor u otro trastorno de personalidad.

Asimismo, mínimo el 72.0% ha tenido una hospitalización psiquiátrica y 97.0% a recibido tratamiento de distintos terapeutas (Linehan, 2006). La alta rotación de los pacientes con TLP por los servicios de salud mental y por distintos especialistas, señala que éstos no están teniendo los resultados de alivio esperado, al respecto Gagliesi (2012) comenta que “suele describirse que entran desesperados y abandonan desesperanzados de las consultas”

Estas grandes cifras han estado acompañadas por una problemática general, la dificultad para brindar tratamientos efectivos para esta población. Un problema central radica en la relación de los profesionales de salud mental con estos pacientes puesto que la mayoría de dichos profesionales señalan tener dificultades en la alianza terapéutica. Así mismo, los pacientes suelen tener altos índices de abandono prematuro de los tratamientos (Gagliesi, 2012).

En una entrevista (Quintero, 2013) realizada a Marsha Linehan por Pablo Gagliesi, señala que en la década de los ochentas, cuando se iniciaban las investigaciones para crear tratamientos efectivos, para pacientes altamente suicidas y con autolesiones que posteriormente identificó como pacientes con TLP, observó que ningún tipo de intervención terapéutica en aquel entonces funcionaba. Esto la llevó a cuestionarse el porqué de estos resultados negativos, y terminó notando que “la mayoría de los profesionales terminaban diciendo que los pacientes no querían cambiar en realidad o que no hacían lo suficiente para conseguirlo” (p. 21), atribuciones que recaían en los pacientes sobre el fracaso terapéutico, que en esencia, no eran científicas. Dichas investigaciones terminaron en el desarrollo de la Terapia Dialéctica Comportamental.

Estas investigaciones fueron el inicio de modelos de tratamiento que se orientaron a enfocarse con mayor importancia a la relación terapéutica como parte de los problemas interpersonales que sufrían las personas con TLP. Debido a esta mala relación, se ha generado una mala reputación creando hostilidad y algunas veces violencia, llegando a ser consideradas como “malas” o “que no están enfermas” y ese rechazo parece estar relacionado con la conducta suicida, peleas con personal o terapeutas e incluso el abandono del tratamiento.

En la misma entrevista a Linehan, esta sustenta que el trabajar con un tratamiento psicoterapéutico que sea más efectivo, que tenga evidencia científica

y no solo actitudes que al final pueden ser muy perniciosas, es de suma importancia.

Asimismo, Egan, Haley y Rees (2014) refieren que la participación de los especialistas en un entrenamiento para desordenes de la personalidad parece positivo en la mejora de las actitudes (de manera positiva) del médico clínico.

Todo esto señala la existencia de opiniones sobre el trastorno de personalidad límite que en psicólogos y psiquiatras podría interferir en el proceso terapéutico, existiendo investigaciones al respecto en otros países pero en el Perú se desconoce específicamente cuales serían estas opiniones.

En tal sentido, se realiza la siguiente pregunta: *¿qué actitudes están presentes en los psicólogos y psiquiatras en pacientes sobre el trastorno límite de la personalidad en un hospital psiquiátrico de Lima-Perú?*

1.2. Justificación del estudio

Actualmente, en el Perú no existen trabajos orientados a conocer las actitudes de los psicólogos y psiquiatras sobre pacientes con el trastorno límite de la personalidad; por lo tanto, es necesario conocer qué tipo de creencias, emociones y conductas presentan dichos profesionales sobre el TLP, ya que éstas pueden estar interfiriendo con una adecuada atención, generando no solo frustración en los pacientes y sus familias, sino también en los profesionales de la salud mental que pueden verse agotados por el trabajo con una población que requiere de modelos de intervención muy específicos para obtener resultados satisfactorios.

Estos conocimientos podrían ayudar a los psicólogos y psiquiatras en la reflexión sobre su propio trabajo con estos pacientes, permitiéndoles poner de lado aquellas actitudes que podrían ser dañinas para su desempeño profesional como para su salud y, a su vez, beneficiaría a los pacientes al ser tratados por profesionales mejor preparados, que son capaces de identificar y controlar estas actitudes, brindando de esta manera un tratamiento más beneficioso para dicho trastorno.

De manera teórica, el conocimiento de estas actitudes facilitará el desarrollo de futuros trabajos que generen una mejor calidad de atención en dicha población, asegurando un tratamiento que brinde resultados a los pacientes, así como la formación adecuada para los profesionales de la salud mental.

De manera práctica, el poder reconocer las actitudes disfuncionales que actúan como obstáculo o son perniciosas en la labor terapéutica tiene la función de desarrollar conocimiento y auto reflexión como recursos en el campo laboral con los pacientes que padecen TLP. De esta manera, se podrían disminuir las altas tasas de abandono de tratamientos por parte de los pacientes, ayudar a los profesionales de la salud mental a encontrarse más conscientes de las actitudes que puedan dañar los tratamientos, manteniéndolos motivados y en búsqueda de nuevas técnicas o tratamientos que tengan más efectividad, y de ésta forma, poder forjar una mejor relación terapéutica con los pacientes con TLP, garantizando una mayor adherencia a los tratamientos terapéuticos.

Por otro lado, el cuestionario desarrollado para esta investigación constituye un aporte metodológico ya que podrá ser de utilidad para la selección de profesionales para el trabajo con esta población, así como para la selección por parte de los centros de enseñanza respecto a modelos de trabajo dirigidos a la misma.

Finalmente, el desarrollo de este trabajo podría ser el primer paso en la creación de futuras guías de intervención sobre el trabajo con pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, ayudando a los profesionales de la salud mental a dejar de lado actitudes negativas en su trabajo e intervención.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Actitudes

Martín-Baró en 1988 cita a Allport (1935) el cual considera a las actitudes como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (Martín-Baró, 1988, p.1).

Ubillos, Mayordomo y Páez en 2004 citan a Vallerand (1994), quien plantea varias características centrales de las actitudes como: “a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsó y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado”.

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son: a) su carácter definitorio de la identidad del sujeto; y, b) el ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo (Zimbardo y Leippe, 1991).

Dentro de las teorías clásicas de la formación de las actitudes, se postuló que estas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Una de estas es el condicionamiento clásico de las actitudes, donde un estímulo neutral no capaz de estimular una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de este, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta. Stroebe y Jonas, 1996, conceptualizan que desde esta perspectiva, nuestras actitudes pueden ser “teñidas” sin querer por el contexto en que un objeto se ha experimentado, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2004).

Por otra parte, en el condicionamiento instrumental de las actitudes, según el paradigma, una respuesta que forma parte del repertorio conductual del

sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tendrán una tendencia a ser repetidas en mayor medida que aquellas que estén acompañadas de consecuencias negativas (Stroebe y Jonas, 1996).

Según Hogg y Vaughan, 2005, la actitud es una organización relativamente duradera de creencias, sentimientos y tendencias de comportamiento hacia los objetos de importancia social, grupos, eventos o símbolos. Eagly y Chaiken, 1993, plantean que es una tendencia psicológica que es expresada a través de la evaluación de una entidad en particular con algún grado de favorecer o desfavorecer.

La estructura de las actitudes puede describirse en términos de tres componentes: el componente afectivo, que involucra los sentimientos/emociones de las personas sobre el objeto. El componente conductual que involucra el modo en el que las actitudes influyen el como el sujeto se comporta o actúa. Y, el componente cognitivo que involucra las creencias/conocimiento de la persona sobre el objeto. Este modelo se conoce como el modelo ABC de las actitudes (McLeod, 2014).

Uno de los supuestos subyacentes sobre la relación entre actitud y comportamiento es el de consistencia. Esto significa que habitualmente esperamos que la conducta de una persona ha de ser coherente con las actitudes que sostiene. A esto se le llama principio de coherencia. El principio de coherencia refleja la idea de que las personas son racionales y tratan de comportarse racionalmente en todo momento y que el comportamiento de una persona debe ser coherente con su actitud. Está claro, sin embargo, que este principio no siempre se cumple, donde a veces se da que las personas se comportan de maneras aparentemente bastante ilógicas. Un ejemplo es el fumar cigarros sabiendo que causa cáncer y distintas enfermedades (McLeod, 2014).

Existen pruebas que muestran que los componentes cognitivos y afectivos no siempre coinciden con el comportamiento. Esto se muestra en un estudio realizado por LaPiere en 1934, donde se investiga la relación entre las actitudes y el comportamiento. Utilizaron cuestionarios preguntando si podían aceptar clientela de origen asiático, lugares donde había negativa, el trato fue de

manera cordial habiendo solo uno que rechazó aceptar la clientela. El 91% respondió que no estarían dispuestos a aceptar dichos clientes. La conclusión a dicha investigación refleja que las actitudes cordiales a la pareja de origen chino no predecía la conducta. Lo cognitivo y lo afectivo no necesariamente eran expresados en el comportamiento (McLeod, 2014).

Las actitudes en comparación con otros constructos representacionales como los valores, las opiniones, las creencias, los hábitos:

a) Actitudes y valores: considerando a la actitud como la evaluación de un objeto social, las actitudes y los valores, ambos suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. Sin embargo, los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Estos sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna manera, de actitudes generalizadas (Garzón y Gracés, 1989).

b) Actitudes y opiniones: existe similitud entre ambos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes, expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente están asociadas a actitudes ya desarrolladas. Éstas son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2004)

* c) Actitudes y hábitos: ambos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de comportamiento rutinizados. Las actitudes son orientaciones de acción conscientes. Por otro lado, la actitud es un conocimiento declarativo, el sujeto puede verbalizarlo, difícilmente ocurriría con el hábito, que es un conocimiento de tipo procedimental (Perloff, 1993; Zimbardo y Leippe, 1991; McGuire, 1985).

2.2. Trastorno Límite de la Personalidad

2.2.1. Definición

El Trastorno Límite de la Personalidad es un severo trastorno mental que se caracteriza por un patrón disfuncional de inestabilidad en la regulación emocional, control de impulsos, relaciones interpersonales y autoimagen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, 2014).

Este grave trastorno tiene un alto rango de suicidios, altos rangos de comorbilidad con otros trastornos, uso intensivo de tratamientos y altos costos a la sociedad (Leichsenring et al., 2011).

2.2.2. Los modelos bio-sociales del Trastorno Límite de la Personalidad

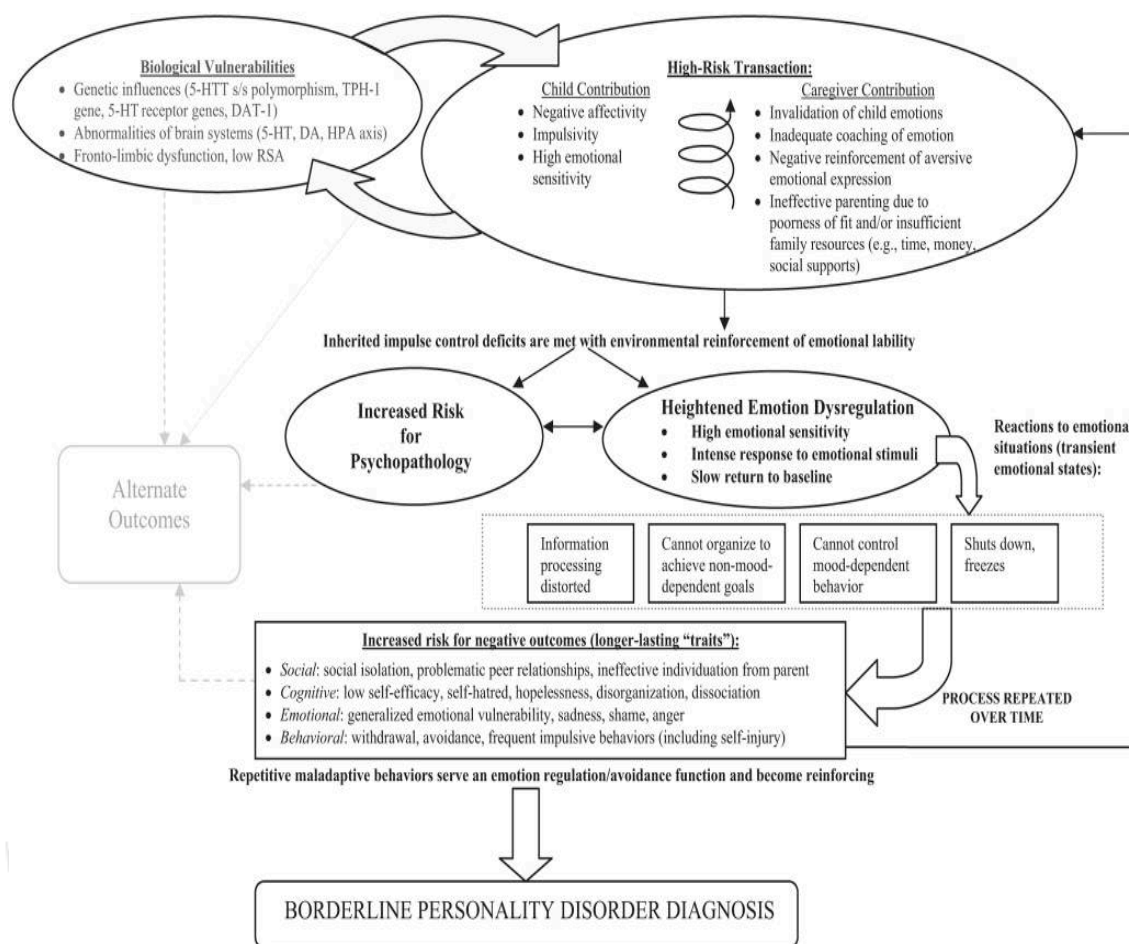
Los modelos que explican la configuración del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) o también conocido como trastorno de personalidad limítrofe (TPL), son una parte importante del campo de estudio de dicho trastorno, como también, piezas fundamentales en el desarrollo de tratamientos eficaces.

En relación a la etiopatogenia del trastorno límite de la personalidad estudios longitudinales han permitido determinar la influencia de factores psicosociales como disfunción familiar, violencia intrafamiliar, alteraciones en la comunicación madre-hijo, y el abuso sexual (el trauma psicológico o social produciría cambios en ciertas áreas del cerebro, a través de mecanismos epigenéticos y fenómenos de plasticidad del cerebro social), los cuales unidos a factores biológicos como genéticos, alteración en una determinada región cerebral (el hallazgo más frecuente en estudios por imágenes es la disminución bilateral en el volumen de la amígdala e hipocampo, rasgo que constituiría un endo fenotipo candidato para este trastorno) o alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, sobretodo serotonina y glutamato, (relacionado a través de su receptor NMDA con fenómenos de aprendizaje y neuroplasticidad), generan vulnerabilidad y explican varias de las manifestaciones psicopatológicas características (Gunderson, 2009).

Algunos autores han planteado modelos bio-psico-sociales complejos. Fonagy, Target y Gergely (2000) plantea que el elemento central en el TLP es la alteración en las habilidades de mentalización, proceso mental por el que se interpreta las acciones propias y de los otros, como propias de significado a partir de estados mentales intencionales, por ejemplo: motivos, emociones, deseos, necesidades.

Crowell E. et al. (2009) postulan que la carga biológica del individuo sumado a problemas vitales tempranos generan una vulnerabilidad emocional (caracterizada por alta sensibilidad a estímulos emocionales negativos, una respuesta emocional de alta intensidad y un retorno lento a la línea de base), esta vulnerabilidad emocional expuesta a un ambiente invalidante generaría los problemas característicos del TLP; como ambiente invalidante Linehan hace referencia a un contexto que responde de forma inapropiada a las experiencias privadas, les resta importancia, trivializa las preferencias, pensamientos y emociones, o responde de manera extrema o exagerada ante un pensamiento o una emoción (Figura 2.1).

Según Gunderson (2011), el Trastorno Límite de la Personalidad es significativamente hereditable, con un 42.0% a 68.0% de varianza asociada a factores genéticos, tasas que están en el mismo rango de lo que se ha reportado para hipertensión. Además, recalca la influencia ambiental (apego inseguro, negligencia infantil o trauma, y familia marital o con problemas psiquiátricos).



Un modelo de desarrollo biosocial del Trastorno Límite de la Personalidad. 5 - HT = serotonina, DA = dopamina; HPA = hipotálamo - hipófisis - adrenal; RSA = arritmia sinusal respiratoria. Figura adaptada de "El desarrollo de la personalidad borderline y conductas autolesivas" por SE Crowell, TP Beauchaine, y MF Lenzenweger de 2008, en TP Beauchaine y S. Hinshaw (Eds.), Psicopatología Infantil (P.528), Hoboken, NJ : Wiley. Copyright 2008 por John Wiley y Sons, Inc. Adaptado con permiso.

Figura 2.1: Modelo Biosocial del desarrollo del Trastorno Límite de la Personalidad

2.2.3. Epidemiología

Afecta al 2.0% de la población general, el 10.0% de los pacientes atendidos ambulatoriamente en las Instituciones de Salud Mental, y a un 20.0% de los pacientes hospitalizados. Afecta a entre el 30.0% y 60.0% de los pacientes diagnosticados con algún trastorno de personalidad. Además, afecta más a las mujeres que a los hombres, en relación 3:1 y su mayor incidencia se halla entre los 19 y 34 años de edad presentándose en todas las culturas del

mundo (Diagnostic and Statistical Manual or Mental Disorders Fifth Edition, 2014).

2.2.4. Diagnóstico

La característica más distintiva de los pacientes con TLP es su hipersensibilidad para reaccionar y la preocupación sobre la expectativa del abandono (Gunderson, 2011). Además, según la Report to Congress on Borderline Personality Disorder del U.S. Department of Health and Human Services (2010), estos pacientes generalmente cumplen criterios de superposición y comorbilidad significativa con otros trastornos de personalidad, así como trastornos de estrés post traumático. Asimismo, refiere que el desorden bipolar, como también otros trastornos del Eje I y del Eje II están dentro del mismo criterio y pueden complicar la variación en los síntomas, enmascarando la presencia del TLP. Todo esto suma a la alta complejidad asociada con la precisión del diagnóstico. Entre los individuos con TLP, existe una alta prevalencia del trastorno bipolar (10.0%-20.0%), el trastorno depresivo mayor (41.0%-83.0%), el abuso de sustancias (64.0%-66.0%), trastornos de pánico (31.0%-48.0%), el trastorno obsesivo-compulsivo (16.0%-25.0%), fobia social (23.0%-47.0%), y trastornos alimentarios (29.0%-53.0%).

Los criterios diagnósticos en la Quinta Edición del DSM V no han cambiado en relación a la Cuarta Edición del DSM IV (Tabla 2.1), pero se consigna una nueva propuesta de criterios siguiendo un nuevo modelo que está en estudio (Tabla 2.2).

Tabla 2.1

Criterios Diagnósticos DSM IV

**Criterios para el diagnóstico de
F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Tabla 2.2

Criterios Diagnósticos Propuestos DSM V

Criterio A:

Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. **Identidad:** autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.
2. **Autodirección:** inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes a futuro.
3. **Empatía:** capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad personal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerable.
4. **Intimidad:** relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, lo que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobre implicación y distanciamiento.

Criterio B:

Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser: 5 Impulsividad, 6 La toma de riesgos, o 7 Hostilidad:

1. Labilidad Emocional (un aspecto de la Afectividad Negativa): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias

2. Ansiedad (un aspecto de la Afectividad Negativa): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos, de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

3. Inseguridad de Separación (un aspecto de Afectividad negativa): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

4. Depresión (un aspecto de Afectividad Negativa): sentimientos frecuentes de estar hundido, ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de ese tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación suicida y comportamiento suicida.

5. Impulsividad (un aspecto de Desinhibición): actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento auto lesivo en virtud de la angustia emocional.

6. Asunción de Riesgos (un aspecto de Desinhibición): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias, falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. Hostilidad (un aspecto del Antagonismo): sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

En un estudio hecho por Leiderman, Buchovsky, Jiménez, Nemirovsky, Pavlovsky, Giordano y Lipovetzky (2004) con profesionales de la salud, más de la mitad de los entrevistados (51.4%) contestó que el DSM IV no les sirve para realizar un diagnóstico correcto de trastorno límite de la personalidad. En 1997, en otro estudio del mismo autor, el 45.0% de los encuestados refirió utilizar los criterios de Kernberg para realizar dicho diagnóstico, y el 41.0% los criterios diagnósticos del DSM III.

2.2.5. Visión del Trastorno Límite de la Personalidad en el Tiempo

El concepto formal del trastorno límite de la personalidad es relativamente reciente, pues recién se incorpora en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) con la publicación del DSM-III. Sin embargo, el conjunto de características que constituyen el desorden se remonta a la primera mitad del siglo XX (Lineham, 1993).

Marsha Linehan presenta en su libro (1993) un breve recuento histórico. El término *borderline* se incorpora al lenguaje de la escuela psicoanalítica a partir de que fuera usado por primera vez por Adolf Stern, en 1938, para referirse a una población de pacientes ambulatorios que no respondían a la terapia psicoanalítica clásica ni cuadraban en las categorías estándares de psicosis y neurosis. En ese sentido, Stern identificó su patología como un ‘grupo limítrofe de neurosis’ (Stern, 1938). Desde ese momento, prevaleció la identificación del trastorno *borderline* como una patología especial, particularmente ajena a las clasificaciones diagnósticas y tratamientos clásicos: Stern (1938), Schmeidler (1947), Knight (1954) y Kernberg (1975) lo identifican como en el límite entre la neurosis y la psicosis; Noble (1951) y Ekstein (1955), entre la esquizofrenia y la normalidad; Rado (1956), por su parte, en el de la normalidad y anormalidad.

Sin embargo, más allá de las discordancias en cuanto a su conceptualización, las descripciones antiguas comparten el uso de términos peyorativos y probablemente contribuyeron a formar conceptos negativos en generaciones de profesionales de salud. Términos como irresponsables, erráticos, excitables y masoquistas pueden leerse en esta, como en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3

Definiciones en el tiempo del Trastorno límite de la personalidad

<p>Stern (1938)</p> <ul style="list-style-type: none">• Narcicismo• Sangrado Psíquico• Hipersensibilidad no ordinaria• Rigidez psíquica y corporal• Reacción terapéutica negativa• Sentimientos constitucionales de inferioridad• Masoquismo• Inseguridad orgánica• Mecanismos proyectivos• Dificultades en evaluar la realidad
<p>Deutsch (1942)</p> <ul style="list-style-type: none">• Despersonalización que no es egodistónica o molesta para el paciente.• Identificaciones narcisistas con otros, las cuales no está asimilada en el <i>self</i> pero son actuadas repetidamente.• Se mantiene completamente en la realidad.• Pobreza en relaciones objetales, con tendencia a adoptar las cualidades de otras personas como un modo de mantener el amor.• Enmascaramiento de todas las tendencias agresivas por pasividad, manteniendo un aire de mediana amabilidad que es fácilmente convertible en maldad.• Vacío interno.
<p>Schmideberg (1947)</p> <ul style="list-style-type: none">• Incapaz de tolerar rutina y regularidad.• Tendencia a romper las reglas de la convención social.• A menudo impuntual en las citas y desconfiable con los pagos.• Incapacidad de reasociarse durante sesiones.• Pobremente motivado al tratamiento.• Falla en desarrollar significado interno.• Mantenimiento de una vida caótica en la cual siempre pasan cosas terribles.• Se envuelve en pequeños actos criminales, a menos que sea rico.• No puede establecer contacto emocional fácilmente.
<p>Rado (1956)</p> <ul style="list-style-type: none">• Impaciencia e intolerancia a la frustración• Cólera incontrolable• Irresponsabilidad• Excitabilidad• Parasitismo• Hedonismo• Depresión• Hambre de afecto
<p>Easer y Lesser (1965): “desorden histeroide”</p> <ul style="list-style-type: none">• Irresponsabilidad.• Historia de trabajo errática.

- Relaciones inestables y vacías que nunca duran o profundizan.
- Historia en la infancia de problemas emocionales y patrones de hábitos patológicos: enuresis hasta edad avanzada, por ejemplo.
- Sexualidad caótica, a menudo con frigidez y promiscuidad combinadas.

Grinker, Werble y Drye. (1968)

Características comunes en todos los *borderline*

- Cólera como principal o único afecto.
- Defecto en relaciones afectuosas.
- Ausencia de identidad consistente.
- Depresión como característica de vida.
 - Subtipo 1: El límite psicótico
 - Comportamiento inapropiado y no adaptativo
 - Identidad y sentido de la realidad deficientes
 - Comportamiento negativo e iracundo
 - Depresión
 - Subtipo 2: El síndrome limítrofe fundamental
 - Interacción vacilante con otros
 - Ira
 - Depresión
 - Identidad inconsistente
 - Subtipo 3: El adaptativo, inafectivo, defensivo, ‘como sí’
 - Comportamiento adaptativo, apropiado
 - Relaciones complementarias
 - Poco afecto; falta de espontaneidad
 - Defensas de retirada e intelectualización
 - Subtipo 4: El límite con la neurosis
 - Depresión anaclética
 - Ansiedad
 - Parecido a las personalidades neurótica y narcisista

Traducido y adaptado de: Lineham, Marsha (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press

Posteriormente, como afirman Oldham, Skodol y Bender (2007), la investigación y teorización en torno al TLP giró alrededor de dos preguntas fundamentales: ‘1) ¿Cuáles son los límites del límite?, y 2) ¿cuáles son las manifestaciones clínicas de este trastorno?’. Importante influencia en los criterios diagnósticos utilizados en el DMS-III ejerció la investigación de Spitzer (1979), quienes trabajaron a partir de la identificación de dos grupos descriptivos, a menudo confluyentes, en los que se dividían los pacientes derivados como ‘borderlines’. Aquel identificado por la excentricidad cognitiva y conductual pasó a ser el trastorno esquizotípico de la personalidad, mientras que el otro, caracterizado por la inestabilidad emocional, en la identidad y en el control de impulsos, fue finalmente definido como TLP (Oldham et al. 2007).

Finalmente, la definición de TLP materializada en el DMS-III y, posteriormente, en el DSM-IV, fue creada mediante consenso entre las concepciones de los diferentes comités establecidos por la American Psychiatric Association, teniendo como base la investigación científica, el uso del término en la práctica y la información empírica (Linehan, 1993).

A partir de entonces, el quehacer académico en relación al TLP se ha centrado en diferenciarlo de los otros trastornos de los Ejes 1 –trastornos afectivos- y 2 –trastornos de la personalidad–.

Apfelbaum y Gagliesi (2004) manifiestan que las nuevas visiones sobre este trastorno suponen un desorden de regulación de las emociones, con un posible origen biológico, y de las interacciones de la persona con esta desregulación con su contexto en un circuito de retroalimentación positiva. Según la teoría biosocial del TLP, dicen dichos autores, esta desregulación emocional explicaría muchos de los síntomas y comportamientos de los individuos con dicho trastorno. La desregulación emocional sería resultado de la suma de una vulnerabilidad emocional, probablemente de origen biológico, sumándole estrategias inadecuadas de modulación de las emociones.

2.3. Tratamientos para el Trastorno Límite de Personalidad

El tratamiento del trastorno límite de personalidad es eminentemente psicoterapéutico, siendo los fármacos más usados como apoyo a la terapia o para tratar cuadros comórbidos, la olanzapina, el aripiprazol, el topiramato y la lamotrigina.

La mayoría de guías usadas internacionalmente reconocen la falta de evidencia de respuesta al tratamiento farmacológico en trastorno límite de personalidad y concluyen que la farmacoterapia no debería usarse como primera línea o como tratamiento único en este trastorno.

A pesar de estos datos, Zanarini, Frakenburg, Hennen y Silk (2005) reporta que el 78.0% de pacientes en tratamiento por trastorno de personalidad limítrofe usaron psicofármacos por más del 75.0% del tiempo durante un seguimiento de 6 años, y de estos 37.0% usaban tres o más diferentes fármacos.

Las recomendaciones actuales sobre el uso de psicofármacos en trastorno límite de la personalidad son:

1. Psicofármacos no deberían ser usados como terapia principal.
2. El uso de psicofármacos debe ser considerado como un agregado a la psicoterapia y para manejar algunos síntomas específicos.
3. Evitar prescribir fármacos letales a sobredosis o asociadas con la aparición de abuso del fármaco (por ejemplo benzodicepinas).
4. El uso de psicofármacos puede ser considerado en situaciones de crisis aguda y debería ser retirada al resolverse la crisis.
5. Usar psicofármacos para tratar situaciones comórbidas (como depresión, estrés post traumático).
6. Si el paciente no presenta situaciones comórbidas se deberían hacer esfuerzos por reducir o retirar los fármacos.

En cuanto a los tratamientos terapéuticos en los que se ha mostrado eficacia, se encuentran tres modelos:

1. Terapia Dialéctica Conductual
2. Terapia de Mentalización
3. Terapia Enfocada en la Transferencia

Según, Stoffe, Völlm, Rücker, Timmer, Huband y Lieb (2013), en la revista Cochrane, se hace referencia a la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), siendo esta la única psicoterapia que, en comparación con otras terapias, tiene suficiente replicación de estudios para ser considerada una terapia con evidencia para el TLP. A esto agregarle que Gunderson en el 2011, postuló que uno de los mejores tratamientos, entre la Terapia Dialéctica Conductual, Terapia de Mentalización y la Terapia Centrada en la Transferencia, es la TDC.

2.3.1. Tratamientos Psicoterapéuticos

Entre los distintos tratamientos psicoterapéuticos, se menciona a los tres con más resonancia en los últimos años debido a que son los únicos que cuentan con estudios que los respaldan. A continuación se observa la Terapia Dialéctica

Conductual de la Dra. Marsha Linehan, la Terapia de Mentalización de Dr. Bateman y Dr. Fonagy y la Terapia Enfocada en la Transferencia basada en conceptos psicoanalíticos del Dr. Otto Kernberg, enfocándose con mayor profundidad en la primera por considerarse la terapia con mayor evidencia científica replicable para tratar pacientes con TLP.

- **Terapia Dialéctica Comportamental (TDC)**

- **Descripción y características**

La TDC tiene su base teórica en el modelo bio-social del Trastorno de Personalidad Límite que lo define como un problema de regulación emocional. Por tanto, con miras a mejorar la calidad de vida del individuo, entre sus objetivos principales, según Dimeff (2007) está en ayudar a los pacientes a:

“(1) regular las emociones; (2) tolerar el malestar; (3) responder efectivamente a las situaciones interpersonales; (4) observar, describir y participar sin juzgar, con conciencia situacional y centrado en la efectividad (para alcanzar los objetivos deseados); y (5) controlar el comportamiento propio con estrategias diferentes al castigo autoimpuesto” (Dimeff, 2007, p. 5)

La gran cantidad de crisis que suelen afrontar los pacientes con TLP en su vida diaria exige al máximo los recursos terapéuticos para lidiar con ellas adecuadamente y, al mismo tiempo, realizar los cambios generales en la conducta necesarios. En consecuencia, el modelo de la terapia se divide en tres componentes principales:

- **Grupo de Entrenamiento en Habilidades:** Es un espacio psicoeducativo –que Linehan (1993) sugiere que debe durar dos horas y media a la semana– en el que se enseña a los pacientes las habilidades necesarias para lograr los objetivos mencionados anteriormente. Estas consisten en técnicas de *mindfulness*, habilidades de efectividad interpersonal, de manejo de las emociones y de tolerancia al malestar.

Se espera que el ambiente grupal sea tanto un espacio de intercambio personal entre los participantes como un escenario para poner a prueba lo aprendido en las interacciones interpersonales y en la solución de los conflictos intra grupales que se pudieran suscitar.

- **Sesiones de Terapia Individual:** La frecuencia estándar propuesta por Linehan (1993) es de una vez a la semana. El terapeuta y el paciente trabajan los problemas concretos del momento, haciendo uso de lo aprendido en sesiones de terapia en grupo.

Una técnica importante en el análisis conductual, es identificar los sucesos y emociones detrás de una conducta en un caso concreto, para a partir de allí identificar que se hizo de manera funcional y que no, reforzando los aciertos y creando estrategias para cuando se repitan situaciones similares.

- **Consultas Telefónicas:** Son breves interacciones en las que se orienta al paciente, en el momento, para el uso de las habilidades aprendidas.

Estos tres niveles de la terapia difícilmente pueden ser desarrollados exclusivamente por un solo individuo. Por ello, Linehan hace énfasis en la importancia de la existencia de un equipo terapéutico que trabaje de manera coordinada, integrando todos los elementos y apoyándose unos a otros. Con ello se reduce también el desgaste emocional del terapeuta individual, quien es ayudado por los demás miembros de su equipo a mantenerse enfocado en la terapia y evitar los juicios al paciente.

- **Evidencia Científica (Investigación en la Terapia Dialéctica Conductual, Resumen de la data)**

Linehan en un resumen de los datos de investigaciones sobre la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, Dimeff, Koerner y Miga, 2014), se precia que: en 1991 Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, en un ensayo aleatorio controlado que compara TDC (n = 24) con el tratamiento usual, siendo TAU sus siglas en inglés (n = 23). El tratamiento fue de 12 meses de duración. Tras la finalización del tratamiento, las mujeres crónicamente suicidas con TLP entre 18-45 años de edad; clínica de consulta externa, fueron evaluados en intervalos de seis meses durante un año. Los sujetos asignados a DBT mostraron reducciones estadísticamente significativas en el comportamiento parasuicida, fueron significativamente más propensas a iniciar el tratamiento (100.0% vs 73.0%) y fueron significativamente más propensas a completar el tratamiento (83.0% vs. 42.0%). Los sujetos bajo TDC tuvieron significativamente menos días de hospitalización en comparación con los sujetos bajo TAU. Estos resultados se mantuvieron en gran medida a lo largo del seguimiento en el año. Durante el año posterior al tratamiento de seguimiento, la tasa de repetición de parasuicidio fue significativamente menor para los sujetos bajo TDC a comparación con TAU (26.0% vs. 60.0%). En otro estudio, Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzales, Morse, et al. (2001), en un ensayo aleatorio controlado que compara TDC (n = 10) con el TAU (n = 10) en pacientes ambulatorios. La duración del tratamiento fue de seis meses. Las mujeres con TLP reclutadas de la clínica Administración de Veteranos no requiriendo tener historial de comportamiento parasuicida, fueron evaluados al inicio del estudio, el punto medio del tratamiento (3 meses), y al finalizar el tratamiento (seis meses). Los sujetos en la condición TLP mostraron estadísticamente mayores reducciones en la ideación suicida, la depresión, la desesperanza y la ira en comparación con los sujetos TAU después del tratamiento. Al finalizar el tratamiento, 3 de 10 sujetos TDC continuó cumpliendo con los criterios para el TLP en comparación con 5 de 10 en TAU. Este estudio difiere del ensayo

original de Linehan en la duración del tratamiento (de 12 meses a 6 meses). Además, este estudio no incluyó la historia actual o pasada de comportamientos parasuicidas como criterios para la inclusión. Linehan (2006), menciona que en un ensayo controlado aleatorio (N = 101) comparando 1 año de TDC con el Tratamiento Comunitario por parte de (CTBE siglas en inglés) para hacer frente a si la efectividad de DBT en el tratamiento de pacientes suicidas y TLP puede ser explicada por factores de tratamiento comunes a la mayoría de las psicoterapias. Las mujeres, entre los 18 y 45 años, que cumplían los criterios para el TLP y reportaron al menos dos intentos de suicidio o auto lesiones en los últimos cinco años y al menos uno en las últimas ocho semanas; en condición de consulta externa y la práctica comunitaria, fueron evaluados antes de la asignación al tratamiento y en intervalos de 4 meses a través de los períodos de seguimiento de tratamiento 1- años y 1 año. TDC tuvo mejores resultados en el análisis del tratamiento de dos años y el período de seguimiento. Los sujetos TDC eran la mitad de las probabilidades de hacer un intento de suicidio, tenían menos probabilidades de ser hospitalizados por la ideación suicida, y tenían menor riesgo médico a través de todos los intentos de suicidio y actos auto lesivas combinados. Fueron significativamente menos propensos a abandonar el tratamiento (TDC = 25.0%, CTBE = 59.0%).

Los sujetos bajo la TDC tuvieron significativamente menos visitas a la sala de urgencias psiquiátricas y menos hospitalizaciones psiquiátricas. Los sujetos en ambos tratamientos (TDC y CTBE) presentan una mejora estadísticamente significativa en el tiempo en lo que respecta a la depresión, razones para vivir y la ideación suicida. Este estudio fue el primero en examinar la TDC con el propósito de identificar los elementos específicos de tratamiento que son necesarias y suficientes para un resultado eficaz con las personas con TLP. Los resultados indican que la eficacia de la TDC no se puede atribuir únicamente a factores generales asociados con la recepción de la psicoterapia por parte de un experto. La TDC parece ser singularmente eficaz en la reducción de los intentos de suicidio.

Un ensayo clínico aleatorio (Feigenbaum, Fonagy, Pilling, Jones, Wildgoose y Bebbington, 2012) comparó TDC (n = 26) con TAU (n = 16). Sólo 11 personas en la condición TDC completaron el programa completo de un 1 año de TDC. Se administraron medidas en pre, 6 meses, y después del tratamiento. Los sujetos fueron 42 adultos (72.0% mujeres, edad M = 35 años) con TLP u otro trastorno de la personalidad, la mitad diagnosticados con comorbilidad con Depresión (MDD); TDC ambulatoria. Las condiciones TDC y TAU fueron igualmente eficaces en la reducción de los síntomas psiquiátricos. El número de hospitalizaciones y la duración de la estancia no se vieron afectados por la condición. Los individuos en TDC demostraron una más marcada disminución de la gravedad de trastorno de estrés postraumático y el riesgo de auto-reporte (para sí mismo y otros) en relación con el TAU.

En un estudio diseñado para evaluar el pre-post, donde los sujetos fueron evaluados al ingresar al hospital y en un mes después del alta. Siendo todos los sujetos con TLP de género femenino en un contexto hospitalario, teniendo por lo menos dos episodios de parasuicidio en los dos últimos años. Recibiendo TDC completa: TDC psicoterapia individual, así como TDC entrenamiento en habilidades de grupo, para toda la duración de su estancia en el hospital. Además, se proporcionó el coaching de habilidades en el medio para fortalecer aún más la adquisición de habilidades. Se encontró una disminución significativa en el número de actos parasuicidas después del tratamiento, así como mejoras significativas en las calificaciones de la depresión, la disociación, la ansiedad y el estrés global. Katz et al. (2004).

Otro estudio, Williams (2010), midió la eficacia cuasi-experimental de un grupo de habilidades TDC 20 semanas para los síntomas del TLP y la utilización de servicios. Todos los individuos que reciben grupo TDC estaban en TDC individuales (n = 31) o TAU individuales (n = 109). Los participantes evaluaron el tratamiento pre y post. Los participantes eran 140 individuos con TLP, 68 individuos programa de grupo completo (81.0% mujeres, edad M = 19-59 años). Consulta externa de la Comunidad. El programa consistió en un grupo

semanal de 2 horas TDC habilidades y, o bien TDC individual o TAU individual. Todos los terapeutas TDC cumplían para equipo de consulta semanal, ningún entrenador provee coaching TDC telefónico. De una forma y mixtas ANOVA arroja que los participantes en persona TDC tuvieron significativamente más altas tasas de finalización que los de TAU individual. Días de hospitalización para pacientes hospitalizados y síntomas de TLP, la depresión y la ansiedad todos disminuyeron significativamente de los que completaron Grupo TDC a través de ambas condiciones de terapia individual.

- **Terapia de Mentalización**

- **Descripción y características**

Mentalización es el proceso por el cual se toma conciencia de uno mismo y los otros, implícita y explícitamente, en términos del estado y el proceso mental subjetivo. Los pacientes con trastorno de personalidad limítrofe muestran problemas en este proceso lo que los llevaría a problemas de manejo emocional, impulsividad especialmente en el contexto de las relaciones interpersonales (Bateman y Fonagy, 1999).

- **Evidencia Científica**

El primer estudio tuvo lugar con pacientes en un programa de hospitalización parcial, demostró mejoría en 6 meses en síntomas depresivos, suicidalidad, actos auto lesivos, y días de hospitalización. Los pacientes fueron seguidos por 8 años, solo un 14.0% seguían cumpliendo criterios diagnósticos para trastorno de personalidad limítrofe, y se mantuvieron mejor en sintomatología general, su función general social mejoró pero continuaba muy limitada (Bateman y Fonagy, 1999).

Otro estudio control y aleatorio (Laurensen et al., 2014) comparando mentalización con manejo clínico estructurado con 134 pacientes mostró disminución en síntomas generales con los dos tratamientos, con superioridad en mentalización para intentos de suicidio y hospitalización.

- **Terapia Enfocada en la Transferencia**

- **Descripción y características**

Basada en la teoría de las relaciones objétales y en el concepto de funcionamiento reflexivo, que se refiere a la capacidad de interpretar la conducta humana y las reacciones interpersonales en términos de intenciones no evidentes y motivaciones del estado mental. En algunos artículos la terapia enfocada en la transferencia reporta mejoría en esta capacidad superior a la mostrada en terapia dialéctica conductual y otras terapias que soportan (Doering, Hörz, Rentrop, Frischer-Kern, Schuster, Benercke et al. 2010).

- **Evidencia Científica**

Doering et al. (2010) en una muestra de 104 pacientes con trastorno límite de la personalidad tratadas por un año encuentra que la terapia enfocada en la transferencia es más eficaz que el tratamiento comunitario en sintomatología general, funcionamiento psicosocial y organización de la personalidad y señala que hay evidencia preliminar de superioridad en la reducción de la suicidalidad y la hospitalización.

El último de ellos, Fischer-Kern, Doering, Taubner, Hörz, Zimmermann, Rentrop et al. (2015), en un estudio de control aleatorio con 104 pacientes, que recibieron terapia enfocada en la transferencia versus terapeutas comunitarios con experiencia encuentran mejora significativa en la función reflexiva solo en el grupo de terapia enfocada en la transferencia luego de un año, y que la mejoría en la función reflexiva correlacionaban con mejoría en la organización de la personalidad.

2.3.2. Características en común de los tratamientos que mostraron eficacia

Estos tratamientos tienen características en común, las cuales parecen ser la fuente del éxito. Toman en cuenta que el problema es la desregulación

emocional y siguen un modelo estructurado de su aplicación. Son modelos a largo plazo (1 a 3 años) y mantienen sesiones de por lo menos dos veces por semana. Le da mucha importancia al equipo que brinda un tratamiento en conjunto y se asegura de mantener a los terapeutas dentro del modelo.

Sin duda una característica importante en común es que la relación terapeuta-paciente es fundamental para la terapia y su mantenimiento, manteniendo una relación basada en la compasión.

Las características en común sugeridas por los autores son:

1. Aproximaciones estructuradas (dirigidas por un manual) para los problemas prototípicos del trastorno límite de la personalidad.
2. Los pacientes son animados a asumir el control de ellos mismos.
3. El terapeuta ayuda a conectar emociones con eventos y conductas.
4. Los terapeutas son activos, responden a las necesidades y son validantes.
5. Los terapeutas discuten los casos, incluyendo sus reacciones personales con un equipo.
6. Incluyen reestructuración cognitiva.

2.3.3. Limitaciones de los tratamientos que mostraron eficacia

Algunos de los problemas de las psicoterapias en esta población es que el gran número de pacientes con este problema (en algunas instituciones hasta 20.0% de admisiones hospitalarias y pacientes ambulatorios) hace muy difícil proveer terapia especializada a todos los que la necesitan.

Otro problema es que estas terapias han demostrado mejoría sintomática en el trastorno límite de la personalidad, pero aún no hay evidencia de mejoría significativa en el funcionamiento social.

Pero sin duda alguna el principal problema que se presenta es que se requieren de equipos de profesionales altamente entrenados que trabajen con consultantes con un gran compromiso a la terapia (Gunderson, 2011).

2.4. Investigaciones Relacionadas al Tema

Algunos trabajos de otros países han investigado la reacción del personal de salud con pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. La mayoría de estos estudios se han realizado en enfermeras de servicios psiquiátricos.

En un estudio con muestras mixtas, estudiando varios tipos de profesionales de la salud. Cleary, Siegfried y Walter (2002) examina las impresiones de 229 miembros de un equipo terapéutico, teniendo como resultado que 80% de los sujetos respondieron que los pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad eran de moderadamente a muy difícil de tratar, y 84% creían que este tipo de pacientes eran más difíciles que otros pacientes.

En otro estudio, conducido por Markhan y Trower (2003) se examina la actitud de 48 enfermeras de servicios psiquiátricos, consultándoles sobre su percepción de pacientes con esquizofrenia, depresión y trastorno límite de la personalidad. Se encontró que las pacientes con TLP eran calificadas de maneras más negativas, a menudo como peligrosas y “más distantes de los profesionales”. Además, “generaban menos simpatía”.

Leiderman, Buchovsky, Jiménez, Nemirovsky, Pavlovsky, Giordano y Lipovetzky (2004) durante tres meses realizaron encuestas auto-administradas a cuatro hospitales y servicios, públicos y privados, de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. En dicho estudio el 76% de los profesionales consideraron las constantes amenazas de suicidio como algo perturbador en el tratamiento de los pacientes con trastorno límite de personalidad. Además, 33% consideró molesta la demanda frecuente de atención, el 23% la hostilidad que había contra ellos, y un 2% consideró molesta la idealización que realizan los pacientes de ellos como terapeutas. Asimismo, el estudio reveló que los profesionales prefieren tratar en un primer lugar el trastorno de pánico, seguido por el trastorno bipolar, la esquizofrenia y luego el trastorno límite de personalidad, junto con demencia.

Deans y Meocevic (2006) encuentran en 65 enfermeras psiquiátricas reacciones emocionales negativas hacia pacientes con TLP. La mayoría de participantes percibieron a las pacientes como manipuladoras y un tercio de ellos reportaron sentimientos de cólera hacia las pacientes.

Tres estudios evaluaron la reacción de psicoterapeutas en pacientes con TLP, entre ellos están: Servais y Saunders (2007), quienes evalúan a 306 psicólogos y reportaron “distanciamiento” de pacientes con TLP, a las que percibían como peligrosas e indeseables.

Forsyth (2007) estudia 26 enfermeras psiquiátricas, evidenciando una mayor predisposición a ayudar a pacientes con depresión que a pacientes con TLP.

James y Cowman (2007) examinaron las percepciones de 65 enfermeras psiquiátricas, encontrando que un 80.0% cree que las pacientes con TLP fueron más difíciles de cuidar que otros tipos de pacientes psiquiátricos.

Woollaston y Hixenbaugh (2008) examinan la percepción de 6 enfermeras psiquiátricas, encontrando que percibían a las pacientes con TLP como peligrosas, poderosas y difíciles de tratar, describiéndolas como “*torbellinos destructivos*”.

Giannouli, Perogamvros, Berk, Svigos y Vaslamatzis (2009) evalúan 69 enfermeras psiquiátricas, no evidenciando actitudes negativas entre ellas. Es el único estudio entre enfermeras con resultados positivos.

Treloar (2009, p. 30) examinó 140 clínicos en salud mental, encontrando “*que los pacientes con TLP generaban sentimientos incómodos en ellos*” además de frustración, inadecuación, y sensación de “ser retados”. Además, este tipo de pacientes eran percibidos como manipuladores y que consumían mucho tiempo.

En el 2010, un estudio de Bourke Y Grenyer (2010) con 80 psicoterapeutas descubren significativamente más actitudes negativas hacia pacientes con TLP. Además, los psicoterapeutas indicaban sentirse menos satisfechos en su rol de terapeutas con estos pacientes

Bodner, Cohen-Fridel y Iancu (2011) examinan a 57 clínicos en salud mental, hallando que los psicólogos puntuaban menos en juicios antagónicos que los psiquiatras y las enfermeras, mientras que las enfermeras puntuaban menos en apatía que los psicólogos y los psiquiatras.

Black, Pfohl, Blum, McCormick, Alle, North et al. (2011) examinan 706 clínicos en salud mental, notando que cerca de la mitad prefería evitar estas pacientes, y las enfermeras tenían la menor puntuación en empatía.

Más recientemente, Bodner, Cohen-Fridel, Mashiah, Segal, Grinshpoon, Fischel y Iancu (2015) realizan un trabajo en Israel con personal de cuatro instituciones psiquiátricas (710 personas) incluyendo psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, aplicando instrumentos para evaluar la reacción de los profesionales en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada, encontrando que las enfermeras tienen más reacciones emocionales negativas en relación a los otros profesionales; cognitivamente, manejarían más la idea de que “*es raro que un paciente con trastorno límite de la personalidad se suicide*” o que “*las pacientes con TLP son más problemáticas*” y que “*habría que buscar su ganancia secundaria cuando muestran problemas emocionales o ideación suicida*”. Las enfermeras reportan también más pérdida de empatía aunque la diferencia con los psiquiatras no fue significativa. Si lo fue con los trabajadores sociales y con los psicólogos, aunque con menos diferencias, pero al evaluar la idea de que “*son difíciles de tratar*”, los psiquiatras puntuaron más alto y en segundo lugar las enfermeras.

Asimismo, Bodner halla la existencia de distintas actitudes negativas en todas las profesiones, con pocas diferencias, (atribuyéndose egoísmo, manipulación, dramatismo y pasividad), siendo mayores en trastorno límite de la personalidad que en depresión mayor, pero no en trastorno de ansiedad generalizada. Adicionalmente, nota que las reacciones emocionales correlacionan con la cantidad de pacientes con trastorno límite de la personalidad que atiende el profesional; encuentra, además, que las enfermeras son las más interesadas en llevar un curso breve sobre manejo de esta población y los psicólogos están más interesados en una formación prolongada en psicoterapia para el trastorno. Los psiquiatras se mostraron menos interesados en mejorar sus habilidades diagnósticas y psicoterapéuticas con estos pacientes.

Como se puede observar, los estudios para identificar las actitudes, creencias y opiniones hacia los pacientes con TLP en profesionales de salud mental son escasos, especialmente aquellos que evalúan específicamente a

psicólogos y psiquiatras. A esto se suma el hecho de no existir precedente de este tipo de investigaciones en el país.

2.5. Teoría utilizada para la construcción del instrumento

2.5.1. El modelo biosocial de Lineham

La teoría biosocial, propuesta por Lineham (1993), fue desarrollada con el fin de guiar la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual, para lo cual era necesario que desarrollara la compasión por el paciente permitiendo a los terapeutas dejar de lado actitudes desfavorables sobre los pacientes y se ajustara a la investigación empírica, partiendo de la premisa de que el Trastorno límite de la personalidad y las tendencias suicidas son, fundamentalmente, desordenes de desregulación emocional. Esto quedaría patente al observar la tendencia a la inestabilidad afectiva, en el control de impulsos, las relaciones interpersonales y la imagen propia, que caracteriza al TLP y que, según el modelo, son el resultado de la interacción entre factores biológicos del individuo y la influencia que sobre él ejerce su entorno social. Son de suma importancia en el modelo los siguientes conceptos:

- **Emoción.** Respuesta breve, involuntaria, característica y sistémica a los estímulos internos y externos. Es el resultado de la interacción de los siguientes subsistemas:

(1) vulnerabilidad emocional a estímulos; (2) eventos internos o externos que, cuando son atendidos, sirven como estímulos emocionales (ej., eventos desencadenantes); (3) valoración e interpretación de los estímulos; (4) tendencias en la respuesta, incluyendo respuestas neuroquímicas y fisiológicas, respuestas experienciales e impulsos de acción (5) acciones y respuestas expresivas verbales y no verbales; (6) secuelas de la activación emocional inicial, incluyendo emociones secundarias (Linehan, 2015, p. 6).

La alteración de cualquiera de estos subsistemas alteraría la emoción.

- **Desregulación emocional:** Incapacidad para regular las emociones bajo condiciones normales, aun cuando se ponen los mayores esfuerzos en ello.
- **Regulación emocional:** Habilidad para controlar el comportamiento impulsivo y poco efectivo asociado a las emociones fuertes, sean estas positivas o negativas.

Los factores biológicos considerados por la teoría incluyen el aspecto genético, las condiciones intrauterinas en las que se desarrolla el embarazo (p.ej. efectos del consumo de alcohol durante éste) y aquellos sucesos capaces de alterar el funcionamiento o estructuras del cerebro y el sistema nervioso en desmedro de las funciones neurales de regulación emocional (eventos traumáticos).

Entre estos últimos resultan ser las experiencias de abuso sexual, físico y emocional en la infancia, relacionadas a la aparición del TLP y otros trastornos de la personalidad y de ocurrencia más frecuente en la historia personal de aquellos que los padecen (Oldham, 2007). Éstas, junto con los factores anteriores estarían detrás de la observada disposición natural de ciertos individuos a la hipersensibilidad a desencadenantes emocionales, dificultad en la regulación emocional e impulsividad.

Sin embargo, por sí solos no explicarían adecuadamente la ocurrencia del TLP. En ese sentido, Linehan pone atención en el trabajo de Thomas de 1985 (que hace referencia en su libro), en el cual se observó que los infantes que parecen biológicamente predispuestos a desarrollar trastornos afectivos no siempre terminan desarrollándolos y, en cambio, estos aparecen en individuos que no habían evidenciado aquella carga biológica. Así, se sugiere que el funcionamiento conductual de un niño en el futuro (la adultez) es influenciado crucialmente por el hecho de si sus características propias encajan o no con el ambiente en el que se desarrolla, especialmente con la familia.

- **El ambiente invalidante**

El ambiente invalidante propuesto por Linehan como el factor social detrás del TLP posee ciertas características:

(1) Tendencia a invalidar emociones e inhabilidad para modelar expresiones emocionales adecuadas; (2) un estilo de interacción que refuerza la excitación emocional; (3) desentendimiento entre el temperamento del infante y el estilo de crianza sus cuidadores (Linehan, 1993, p. 7).

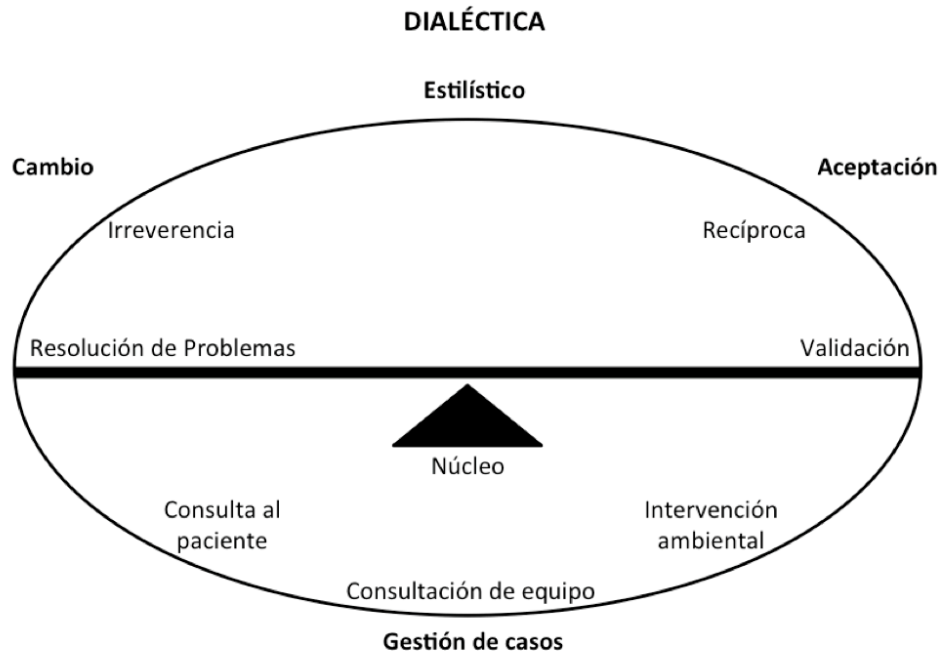
En otras palabras, ante la expresión de emociones por parte del individuo emocionalmente vulnerable, reacciona de forma negativa, quitándoles importancia y atribuyéndolas a características inaceptables de la persona o a distorsiones en su percepción de los hechos.

Sin embargo, dada la naturaleza de las emociones como sistema de comunicación, esto llevaría a que la persona, viendo su intento de comunicación frustrado, insista en él con mayor intensidad, creándose un círculo vicioso de exacerbación e invalidación cada vez más fuertes. Por tanto, el individuo biológicamente predispuesto a la desregulación emocional termina alternando entre callarlas completamente cuanto aguante y expresarlas de manera impulsiva y poco efectiva para la consecución de sus objetivos, conducta que suele verse reforzada al prestar la familia invalidante adecuada atención únicamente a la exacerbación emocional del individuo.

Ésta, como se señaló anteriormente, es a menudo interpretada por su entorno como comportamiento deliberadamente mal intencionado o manipulador, percepción que perpetúa a su vez la invalidación.

2.4.2. Visión dialéctica

Como el nombre lo indica, la Terapia Dialéctica Conductual está basada en una visión dialéctica del mundo. La dialéctica aplicada al comportamiento terapéutico tiene dos significados: el de la naturaleza fundamental de la realidad y el del diálogo y la relación persuasiva. Asimismo, se refiere al enfoque de tratamiento o estrategias utilizadas por la terapia para lograr el cambio.



Estrategias de Tratamiento en TDC de Linehan, M.M. (1993), Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press. Copyright 1993 by The Guilford Press. Adaptado y Traducido 2015.

Figura 2.2: Estrategia de Tratamiento Basado en la Dialéctica

Los pacientes con TLP se encuentran estancados en polaridades, incapaces de moverse a la síntesis. La dialéctica entre la necesidad de los pacientes de aceptarse a sí mismos como en el momento presente y la necesidad de cambiar, siendo esta la principal. Para esto existen distintas estrategias de abordaje.

- **Balance entre cambio y aceptación**

Uno de los elementos más importantes de la Terapia Dialéctica Conductual es el equilibrio (Dialéctica) entre ambos aspectos. Dado el sufrimiento emocional intenso y la característica vulnerabilidad emocional de los pacientes con TLP, es de vital importancia que se reconozcan y ponderen con genuina compasión sus experiencias dolorosas y dificultades, al mismo tiempo que se identifica que detrás de cada conducta disfuncional existe una emoción o motivación genuina y comprensible.

Esto, sin embargo, no significa reforzar la conducta disfuncional, sino tan solo entender que ésta es una reacción en busca de alivio ante el malestar emocional y busca cumplir un propósito que, dicho esto, puede y debe ser atendido de manera más efectiva. Por otra parte, la validación, que también implica reconocer que el individuo está realizando su mejor esfuerzo, sin que por ello se niegue el hecho de que es necesario aún más.

Además, la Dra. Linehan también refiere que la validación de los pensamientos, sentimientos y acciones del cliente requiere que el terapeuta de la Terapia Dialéctica Conductual busque la parte de sabiduría o de verdad inherente en cada respuesta del cliente. En la base del tratamiento está la creencia del terapeuta de que el cliente desea crecer y progresar y de que tiene una capacidad inherente de cambio. La validación también implica tener un conocimiento empático de la sensación de desesperación por parte del cliente. En todo momento el tratamiento promueve la construcción y el mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta. Una característica fundamental de la relación terapéutica es que el terapeuta es consultor del cliente, no consultor de terceras personas. El terapeuta está pues de la parte del cliente. Si se observa que la validación ya ha sido reconocida como parte fundamental de cualquier tratamiento del Trastorno límite de la personalidad, es importante evaluar si los ambientes donde se desarrollan los tratamientos cumplen con estas características o se convierten en ambientes invalidantes por creencias o actitudes de los terapeutas (Linehan, 1993).

- **Validación**

En la Terapia Dialéctica Conductual se busca mantener un equilibrio entre estrategias basadas en la aceptación y estrategias basadas en el cambio. La validación es un acto profundo de aceptación de las respuestas del otro. El foco principal del tratamiento es tanto enseñarle al paciente a validarse a sí mismo como a cambiar. Se reconocen las emociones y sentimientos como percepciones auténticas y legítimas siendo ésta, la corroboración y confirmación de la importancia y relevancia de lo que siente la otra persona.

La validación es usada en terapia como canal para fomentar la comunicación entre personas con desregulación emocional y su entorno. Además, construye confianza, pues al existir la experiencia de tener alguien que escucha y acepta la expresión de las propias emociones genera vínculos íntimos y de confianza. Aumenta la autoestima, disminuye la sensación de aislamiento y alienta a experimentar y aceptar sus propios sentimientos.

El terapeuta comunica al paciente que sus respuestas tienen sentido y son entendibles dentro del contexto actual de su vida o de la situación. El terapeuta activamente acepta al paciente y le comunica esta aceptación. Además, toma las respuestas del paciente seriamente, no las da por sentadas ni las trivializa. Las estrategias de validación requieren que el terapeuta busque la validez inherente de sus respuestas a los eventos y se las comunique. Con los niños que presentan conductas disruptivas, los padres deben estar presentes cuando están teniendo dicha conducta buena para reforzar ese comportamiento; de manera similar el terapeuta debe descubrir la validez dentro de la conducta del paciente, a veces amplificarla, y reforzarla (Linehan, 1993, p. 223).

Existen 6 niveles de validación según el manual de Linehan (1993):

- **Validación nivel 1:** Requiere escuchar y observar qué es lo que el paciente está diciendo, sintiendo y haciendo. Es el nivel más básico y el uso de gestos corporales, miradas es de suma importancia. Lo esencial en este nivel es el interés del terapeuta por el paciente.
- **Validación nivel 2:** Requiere un reflejo preciso de las emociones, pensamientos y comportamientos del paciente por parte del terapeuta. Comentar en forma precisa lo comprendido. Implica devolver lo entendido sin agregar nada y pedir clarificación si es necesario.
- **Validación nivel 3:** El terapeuta comunica que comprende aspectos de la experiencia del paciente y responde a eventos que no han sido directamente comunicados por él. A este nivel el terapeuta “lee” el comportamiento del paciente e imagina las emociones y los pensamientos. Puede hacer una relación entre un evento precipitante y

un comportamiento, poniéndole palabras a lo no dicho. Describir lo que uno piensa que la otra persona está probablemente sintiendo, dejando bien en claro que es la observación de uno.

- **Validación nivel 4:** El comportamiento es validado al nivel de sus causas. La validación está basada en que todo comportamiento es causado por eventos ocurridos en el tiempo. Incluso aunque no toda la información esté presente para conocer todas las causas, tienen perfecto sentido los sentimientos del cliente, sus pensamientos y las acciones en el contexto de la actual experiencia del cliente, su psicología y su experiencia de vida como causas suficientes. Esto quiere decir que se valida la respuesta como resultado de una causa específica del pasado. Por ejemplo: *“es normal que te sientas ansiosa por el examen, pues en el último te fue mal”*.
- **Validación nivel 5:** El terapeuta comunica que el comportamiento es justificable, razonable, que guarda sentido y que es eficaz en términos de los eventos. Busca reflejar la sabiduría o validez de la respuesta del paciente y comunica que la respuesta es entendible. El terapeuta encuentra las causas en el ambiente del paciente que sostienen el comportamiento. Busca en la respuesta del paciente su ajuste inherente a la situación razonable en el momento. Este nivel trata sobre detenerse en la situación y las condiciones del momento que llevaron a la respuesta y validarla dentro del contexto. Ejemplo: *“da miedo caminar en la noche sola por calles desiertas”*.
- **Validación nivel 6:** El terapeuta reconoce a la persona viendo y respondiendo a las fortalezas del paciente mientras se mantiene una firme empatía, entendiendo a su vez las dificultades y necesidades. Cree en el individuo y en sus capacidades para cambiar y moverse hacia sus objetivos en la vida. Dejar de ver al paciente de manera condescendiente o como alguien demasiado frágil.

2.4.3. Mindfulness

El mindfulness es fundamental para un terapeuta dialéctico conductual ayudándolo a mantenerse en el presente en la sesión con el paciente, notando los juicios que aparecen en su mente, para así ayudarlo a dejar las actitudes negativas hacia los pacientes con TLP, aumentando su efectividad, disminuyendo el estrés y agotamiento.

Linehan (2015) definen mindfulness como el acto de enfocarse conscientemente en el momento presente sin quedarse atrapados en él o rechazarlo, esta técnica de meditación de origen zen incluye repetidos esfuerzos por dejar ir los juicios y el quedarse atrapado en pensamientos, emociones, sensaciones, actividades, eventos, o situaciones de la vida. También afirma que la vida es un proceso de continuo cambio y mindfulness enseña a moverse dentro del momento y volverse atento a todo en él, funcionando desde ahí.

Además, Linehan escribe en su libro los distintos beneficios gracias a la práctica y las diferentes formas de poder hacerlo:

- Reduce el sufrimiento.
- Atenúa la tensión y el estrés.
- Regula las respuestas emocionales.
- Disminuye síntomas de depresión y ansiedad.
- Reduce el dolor crónico.
- Incrementa la alegría y felicidad.
- Mejora la salud física y fortalece el sistema inmune.
- Intensifica el bienestar en las relaciones interpersonales.
- Desarrolla la tolerancia al malestar.
- Experimenta la realidad tal como es.
- Da consciencia de tu vida en el presente.
- Permite estar presente en la vida de aquellos que quieres.
- Establece un balance.
- Vivencia de espiritualidad.
- Aumenta la capacidad de concentración.

2.4.4. El mito del individuo manipulador

Como se vio anteriormente, entre los adjetivos peyorativos más frecuentemente usados para describir a los pacientes con TLP, tanto por la comunidad tratante como por las personas de su entorno, se encuentra el de “manipuladores”. Con él, se quiere dar a entender que estos individuos buscan conscientemente moldear la conducta de los otros mediante el uso de métodos deshonestos y perniciosos para el resto. Esta caracterización tiene su origen en la naturaleza de las reacciones extremas propias de los individuos que sufren problemas de regulación emocional. Estas respuestas, particularmente las amenazas de suicidio, son a menudo interpretadas como “*exageraciones*” o “*actuación*” con el solo fin de obtener lo que se quiere. Así, se les niega la posibilidad de que en realidad respondan a genuinas experiencias de sufrimiento emocional y, además, se les imputa objetivos asumidos prejuiciosamente.

Si bien es cierto, las conductas emocionales extremas suelen influir en el resto, eso no significa que ese fuera el objetivo que tuviera en mente el individuo con TLP. En ese sentido, Linehan (1993) afirma que confundir el resultado de una conducta con su motivación es un error. Como consecuencia de las respuestas emocionales extremas de un individuo con TLP, las personas del entorno modifican su conducta para aplacar dichas emociones. Esto no significa que esa modificación haya sido lo que el individuo buscaba obtener. Inclusive es posible que el individuo no sea consciente de la relación causal entre un evento y otro y, no obstante, vea su conducta reforzada subconscientemente cuando se modifica la conducta del resto.

2.4.5. Límites personales

Es tarea del terapeuta observar sus propios límites personales en conducir el tratamiento. TDC no cree generalmente en poner límites, pero si en observarlos naturalmente, en ese sentido, no es algo que uno exige de los demás, sino algo que cada uno se pone a sí mismo. Su función es que el terapeuta no sufra burn out o como lo que describe el Diccionario Conciso de Psicología de APA (2010, p. 102), agotamiento, fatiga física, emocional o

mental, especialmente en el campo laboral acompañado de una disminución en el desempeño y la motivación, así como la presencia de actitudes negativas hacia uno mismo y hacia los demás. De ésta manera, previniendo dicho agotamiento, el terapeuta logre los cambios conductuales que ayudarán a que la vida del paciente se mantenga, que no se deteriore la relación paciente-terapeuta y que se obtengan los objetivos del tratamiento.

2.4.6. Supuestos de la Terapia Dialéctica Comportamental

- **Supuestos sobre los clientes**

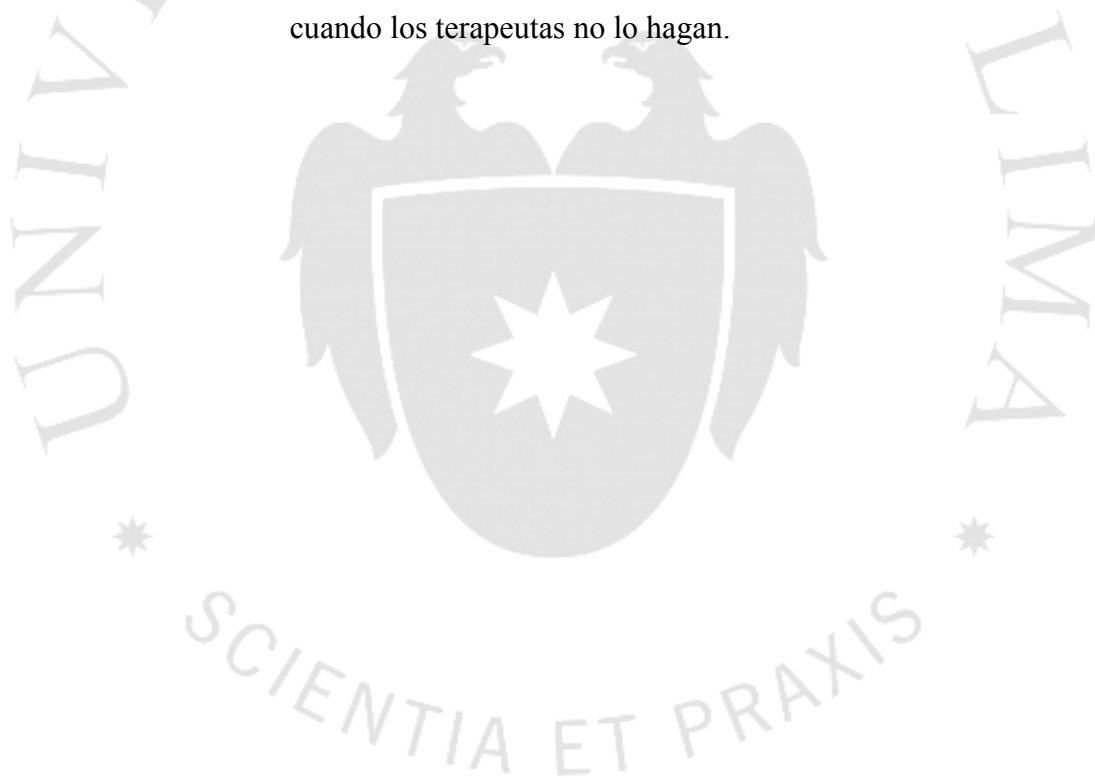
En el libro Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder, Linehan (1993) describe los supuestos sobre los clientes con TLP desde la perspectiva TDC. Estos supuestos ayudan a los terapeutas a cambiar cualquier percepción preconcebida sobre el “típico” cliente con estos problemas y también ayuda a recordar que estos clientes, como cualquier otro, quieren reducir su sufrimiento e incrementar su felicidad. Linehan (1993) señala que si se va con estos supuestos en mente a las sesiones con los clientes, el terapeuta será mucho más exitoso en su desenvolvimiento, generando una positiva relación y entendimiento con el cliente.

Supuestos sobre los clientes

- Los clientes hacen lo mejor que pueden.
- Los clientes quieren mejorar.
- Los clientes necesitan aprender nuevas conductas en todos los contextos relevantes.
- Los clientes no pueden fracasar en TDC.
- Los clientes pueden no haber causado todos sus problemas, pero tienen que resolverlos ellos mismos de todos modos.
- Los clientes necesitan mejorar, intentar más, y estar más motivados para el cambio.
- Las vidas de individuos suicidas, personas con TLP, son insoportables tal como son vividas actualmente.

- **Supuestos sobre la terapia**

- El acto más amoroso que un terapeuta puede hacer es ayudar a los clientes a cambiar de modo que los acerque a sus propias metas.
- La claridad, precisión, y compasión son de la mayor importancia en la conducción de TDC.
- La relación terapéutica es una relación real entre iguales.
- Los principios del comportamiento son universales y afectan tanto a los terapeutas como a los clientes.
- Los terapeutas que tratan clientes con TLP necesitan apoyo.
- Los terapeutas TDC pueden fracasar.
- La Terapia Dialéctica Comportamental puede fallar incluso cuando los terapeutas no lo hagan.



CAPÍTULO III: OBJETIVOS

3.1. Objetivos

Objetivo General

Identificar las actitudes que psicólogos y psiquiatras tienen sobre los pacientes con el diagnóstico de Trastorno límite de personalidad en un hospital psiquiátrico de Lima, Perú.

3.2. Definición Conceptual

En el Diccionario Conciso de Psicología de APA del 2010 se definen los siguientes términos:

Actitud

La actitud puede describirse en términos de tres componentes: el componente afectivo, que involucra los sentimientos/emociones de las personas sobre el objeto. El componente conductual que involucra el modo en el que las actitudes influyen en el cómo el sujeto se comporta o actúa. Y, el componente cognitivo que involucra las creencias/conocimiento de la persona sobre el objeto. Este modelo se conoce como el modelo ABC de las actitudes (McLeod, 2014).

Trastorno Límite de Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad es un severo trastorno mental que se caracteriza por un patrón disfuncional de inestabilidad en la regulación emocional, control de impulsos, relaciones interpersonales y autoimagen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, 2014).

3.3. Definición Operacional

Las actitudes fueron medidas a través de los componentes: creencias, emociones y conductas. Las cuales fueron puntuadas a través de una escala Likert que recoge las respuestas de los psicólogos y psiquiatras las que se

evidencian en afirmaciones que pueden clasificarse en expresiones afirmativas (totalmente de acuerdo, de acuerdo), negativas (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) y neutrales (ni de acuerdo, ni en desacuerdo).



CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipo y diseño de investigación

Se llevó a cabo un diseño no experimental y transversal de nivel descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), la investigación no experimental es la que no manipula las variables; lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal como se encuentra.

El tipo de investigación utilizado fue aplicativo, como también lo menciona Hernández, Fernández y Baptista (2010). Son estudios aplicativos los que buscan explicar los comportamientos de las variables usando la causa y el efecto a las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, pretende medir información de manera conjunta sobre los conceptos donde su objetivo es medir las relaciones entre éstas.

La metodología empleada fue la Investigación por encuestas con el propósito de manejar los aspectos cualitativos en cuantitativos mediante la escala tipo Likert de cinco alternativas (38 preguntas), ya que ésta, mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares (Briones, 1995).

4.2. Población y muestra del estudio

Para la investigación, se seleccionó uno de los tres hospitales psiquiátricos de Lima donde la población objetivo es el personal de los servicios de psiquiatría y psicología. Para ello se utilizó como marco poblacional la Lista de adherentes del cuerpo médico del hospital de 2014.

4.2.1. Muestra del estudio

La técnica empleada fue el diseño de muestreo aleatorio y recolección de información primaria con cuestionario estructurado a los psicólogos y psiquiatras (Ver anexo 2).

Las variables que fueron consideradas relevantes para el estudio fue el sexo de los participantes, la edad, el tiempo de trabajo en el área de Salud Mental, la profesión que ejercen sea ésta de psicólogos o psiquiatras, el modelo de intervención que utilizan, es decir, la psicoterapia utilizada.

Para la selección de la muestra se trabajó con un muestreo probabilístico, simple al azar, respetando la proporción de personal de salud de cada especialidad. Los casos fueron seleccionados de los marcos muestrales a través de un reporte de números aleatorios extraídos de Excel. Se trabajó con una población de 90 profesionales de ambas especialidades.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó una fórmula de muestreo simple al azar para proporciones. Asumiendo un nivel de variación máximo (50%), un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 8.4%, se obtuvo un tamaño de muestra de 47 profesionales de la salud.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), la determinación del tamaño de muestra se encuentra explicada en dos formas: Fórmula de poblaciones finitas (para poblaciones por debajo de los 100,000 unidades) y Fórmula de poblaciones infinitas (para poblaciones por encima de los 100,000 unidades) (p. 123).

Debido a esta referencia y a las características de la población en estudio, el tamaño de muestra (n) se calculó usando la fórmula de poblaciones finitas y la selección de la muestra fue a través del muestreo aleatorio simple:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{N E^2 + Z^2 p q}$$

Z = Nivel de confianza (90%)= 1.64

p = Probabilidad a favor = 0.5

q = Probabilidad en contra = 0.5

N = Población = 90

E = Error de estimación = 0.084

Cálculo:

$$n = (90 * 1.65 * 1.65 * 0.5 * 0.5) / ((0.084 * 0.084 * (90 - 1) + 1.65 * 1.65 * 0.5 * 0.5)) = 46.8 \approx 47$$

Considerando una población de 90 profesionales de la salud mental, a un 90% de confianza, se decidió trabajar con una muestra de 47 evaluados.

Respondieron al instrumento 47 personas. En la Tabla 4.4 se muestra la edad de la muestra, con un 34% entre los 25 y 35 años, 27.7% de 56 años a más, 23.4 % entre 36 a 45 años y 14.9 entre los 46 a 55 años.

Tabla 4.4

Edad de los participantes de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
25 a 35	16	34,0	34,0
36 a 45	11	23,4	57,4
46 a 55	7	14,9	72,3
56 a más	13	27,7	100,0
Total	47	100,0	

En la Tabla 4.5 se muestra el tiempo de experiencia en salud mental por parte de los participantes, observando que el 29.8% tienen entre 1 a 5 años, el 25.5% más de 20 años, y 14.9% para cada uno de los grupos de 6 a 10 años, de 11 a 15 años y de 16 a 20 años.

Tabla 4.5

Tiempo de experiencia en salud Mental

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 a 5 años	14	29,8	29,8
6 a 10 años	7	14,9	44,7
11 a 15 años	7	14,9	59,6
16 a 20 años	7	14,9	74,5
Más de 20	12	25,5	100,0
Total	47	100,0	

En cuanto al sexo, en la Tabla 4.6 se aprecia que el 51.1% es de sexo femenino y el 48.9% de sexo masculino

Tabla 4.6

Sexo de los participantes de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	23	48,9	48,9
Femenino	24	51,1	100,0
Total	47	100,0	

En la muestra el 59.6% son médicos psiquiatras y 40.4% psicólogos, como se ve en la Tabla 4.7

Tabla 4.7

Profesión de los participantes de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Médico psiquiatra	28	59,6	59,6
Psicólogo	19	40,4	100,0
Total	47	100,0	

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos creados para fines de esta investigación puesto que no se encontraron instrumentos relacionados al tema.

* El primero es una ficha (Anexo N° 1) que buscaba recolectar datos demográficos del participante, así como el tiempo de trabajo en salud mental, experiencia con los pacientes con TLP y conocimientos en psicoterapia.

El segundo es un cuestionario estructurado, que consta de 38 preguntas usando la escala tipo Likert de cinco puntos en donde el participante elige la alternativa que mejor refleje su opinión entre 5 alternativas que van desde *totalmente de acuerdo*, *de acuerdo*, *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, *en desacuerdo* y *totalmente en desacuerdo*. Dicho cuestionario (Anexo N° 2) es el instrumento principal de esta investigación y con él se recogen las creencias, emociones y conductas que tienen los participantes sobre los pacientes con

trastorno límite de la personalidad (también llamada trastorno de personalidad Límitrofe, nombre que se usó en el cuestionario).

4.3.1. Construcción del instrumento

La escala de Actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de Personalidad (Anexo N° 3) es un instrumento que consta de 33 preguntas y fue construido sobre una matriz de dos ejes.

En el primer eje (horizontal) se tuvieron en cuenta los entornos de intervención de los profesionales de la salud mental para estos pacientes: Diagnóstico, Tratamiento Ambulatorio y Hospitalización.

En el segundo eje (vertical) se tuvieron en cuenta las actitudes de los profesionales de salud mental cuando trataban con los pacientes con trastorno de personalidad límite, estas respuestas se fragmentaron en: Creencias, Emociones y Conductas.

Para la creación de instrumento se tomaron en cuenta ocho cruces de los ejes que permitió crear preguntas que recolectaran información específica sobre las creencias y opiniones sobre los pacientes con trastorno de personalidad límite como muestra la Tabla 4.8. Las preguntas fueron creadas en base a las teorías científicas con mayor cantidad de estudios que existen en la actualidad, las cuales fueron descritas en el marco teórico de este trabajo.

Tabla 4.8

Matriz Organizativa del Instrumento

	Diagnostico	Tratamiento Ambulatorio	Hospitalización
Creencias	A1	A2	A3
Emociones	Sin Cruce	B1	B2
Conductas	C1	C2	C3

El cruce de Emociones en el Diagnóstico, no se consideró debido al bajo impacto que tienen sobre el desempeño de los profesionales durante la intervención con los pacientes con TLP.

Para el primer cruce “Creencias en el Diagnóstico” (A1) se crearon 4 preguntas:

1. Es difícil realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad Límitrofe (Pregunta 16 del cuestionario).
2. Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe (Pregunta 37 del cuestionario)
3. La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe (Pregunta 10 del cuestionario).
4. El trastorno de personalidad límitrofe tiene un mal pronóstico (Pregunta 8 del cuestionario).

Para el segundo cruce “Creencias durante el Tratamiento Ambulatorio” (A2) se crearon 5 preguntas:

5. Me agrada brindar tratamiento ambulatorio a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe (Pregunta 21 del cuestionario).
6. Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe. (Pregunta 35 del cuestionario).
7. Suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe durante el tratamiento ambulatorio. (Pregunta 6 del cuestionario).
8. Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límitrofe son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio. (Pregunta 28 del cuestionario).

9. Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación. (Pregunta 15 del cuestionario).

Para el tercer cruce “Creencias en la hospitalización” (A3) se crearon 5 preguntas:

10. Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando son hospitalizados. (Pregunta 13 del cuestionario)
11. La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible. (Pregunta 25 del cuestionario).
12. De ser indispensable hospitalizar a un paciente con trastorno de personalidad límite, esta hospitalización debe de ser lo más corta posible. (Pregunta 18 del cuestionario).
13. Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite. (Pregunta 4 del cuestionario).
14. Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente. (Pregunta 34 del cuestionario).

Para el cuarto cruce “Emociones en el tratamiento ambulatorio” (B1) se crearon 5 preguntas:

15. Me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandonara el tratamiento ambulatorio. (Pregunta 7 del cuestionario).
16. Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 30 del cuestionario).

17. He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio (Pregunta 17 del cuestionario).
18. Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 5 del cuestionario).
19. He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio (Pregunta 19 del cuestionario).

Para el quinto cruce “Emociones en la hospitalización” (B2) se crearon 5 preguntas:

20. Me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandonara la hospitalización mediante alta voluntaria (Pregunta 12 del cuestionario).
21. La hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite suele ser emocionalmente agotadora (Pregunta 22 del cuestionario).
22. He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización (Pregunta 27 del cuestionario).
23. Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 3 del cuestionario).
24. He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización (Pregunta 31 del cuestionario).

Para el sexto cruce “Conductas en el Diagnostico” (C1) se crearon 4 pregunta:

25. Discuto con los pacientes el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 33 del cuestionario).
26. Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 2 del cuestionario).
27. Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 24 del cuestionario).
28. Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 38 del cuestionario).

Para el séptimo cruce “Conductas en el Tratamiento Ambulatorio” (C2) se crearon 6 preguntas:

29. Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 20 del cuestionario).
30. Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Pregunta 1 del cuestionario).
31. Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación (Pregunta 36 del cuestionario).
32. Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada. (Pregunta 23 del cuestionario).
33. Durante el tratamiento intento validar las emociones de los pacientes con trastorno de personalidad límite. (Pregunta 14 del cuestionario).
34. El trato que les doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio. (Pregunta 29 del cuestionario).

Para el octavo cruce “Conductas en la Hospitalización” (C3) se crearon 4 preguntas:

35. Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite para su hospitalización. (Pregunta 11 del cuestionario).
36. Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta. (Pregunta 32 del cuestionario).
37. El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización. (Pregunta 9 del cuestionario).
38. Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento. (Pregunta 26 del cuestionario).

4.3.2 Validación del instrumento

Para obtener la evidencia de validez de contenido del instrumento este fue sometido a criterio de jueces expertos. Se seleccionaron a cinco jueces, siendo dos expertos en el tema, dos expertos en construcción de instrumentos y uno experto en estadística.

* Hernández, Fernández y Batista (2003), refieren que la validez en términos generales se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. En ese sentido, fue necesario validar el instrumento para que tenga el grado óptimo de aplicabilidad a través del juicio de expertos. Dichos resultados fueron sometidos al coeficiente V de Aiken, en donde se obtuvo la puntuación máxima de 1 para cada uno de los ítems.

Sin embargo, los jueces recomendaron hacer cambios de redacción gramatical en algunos ítems para que estos se entendieran mejor y recomendaron hacer dos modificaciones al instrumento, el primero por sugerencia de uno de los jueces expertos en el tema, que recomendó aclarar el ítem: “Suele ser complicado mantener límites con pacientes con el diagnóstico

de trastorno de personalidad limítrofe durante el tratamiento ambulatorio”. Este fue modificado a “Suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe durante el tratamiento ambulatorio”. (Pregunta 6 del cuestionario). Dicha modificación consistió en aclarar que se hablaba de Límites Personales.

La segunda modificación fue sugerida por uno de los jueces expertos en construcción de instrumentos, sugiriendo que el ítem “Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe y a sus familiares” sea dividido en dos. Por lo que finalmente quedó en: “Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe”. (Pregunta 24 del cuestionario) y “Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe”. (Pregunta 38 del cuestionario)

4.3.3 Confiabilidad

Frías-Navarro (2014) explica de manera breve el método de consistencia interna basado en el Coeficiente alfa de Cronbach, que permite estimar la confiabilidad de las puntuaciones de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La medida de la confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida confiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa > .9 es excelente
- Coeficiente alfa > .8 es bueno
- Coeficiente alfa > .7 es aceptable

- Coeficiente alfa > .6 es cuestionable
- Coeficiente alfa > .5 es pobre
- Coeficiente alfa < .5 es inaceptable

Valoraciones de autores importantes en el tema:

- Nunnally (1967, p. 226): en las primeras fases de la investigación un valor de confiabilidad de .6 o .5 puede ser suficiente. Con investigación básica se necesita al menos .8 y en investigación aplicada entre .9 y .95.
- Nunnally (1978, p.245-246): dentro de un análisis exploratorio estándar, el valor de confiabilidad en torno a .7 es adecuado.
- Kaplan & Saccuzzo (1982, p. 106): el valor de confiabilidad para la investigación básica entre .7 y .8; en investigación aplicada sobre .95.
- Loo (2001, p. 223): el valor de consistencia que se considera adecuado es de .8 o más.
- Gliem & Gliem (2003): un valor de alfa de .8 es probablemente una meta razonable.
- Huh, Delorme & Reid (2006): el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a .6; en estudios confirmatorios debe estar entre .7 y .8.

A continuación, se muestran los estadísticos de confiabilidad obtenidos con el coeficiente de Alfa de Cronbach, del instrumento de investigación.

Tabla 4.9

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.791	38

En la Tabla 4.9 se observa que el coeficiente obtenido es considerado aceptable, sin embargo se eliminaron los ítems cuya correlación ítem test total corregida era menor a .20, quedando 33 ítems lo cual constituyo la versión final de la escala (Anexo 4). En la Tabla 4.10 se presenta el Coeficiente alfa de Cronbach luego de la eliminación de ítems.

Tabla 4.10

Coefficiente Alfa de Cronbach luego de eliminar ítems

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
,827	33

4.4 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se pasó a ubicar a cada una de las personas que fueron seleccionadas a través del muestreo probabilístico que se explicó anteriormente. Los participantes fueron localizados en su centro de trabajo en donde se les solicitó su colaboración voluntaria para realizar el estudio y se les explicaba que dicha investigación tenía como finalidad ser presentada como un trabajo de tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología.

A cada uno de los participantes se le entregó una carta de consentimiento informado (Anexo 3) en donde se explicaba todo lo necesario sobre la investigación. Una vez terminada la lectura y con la aprobación firmada del participante se les entregaba un cuadernillo que contenía la “Ficha de Recolección de Datos” (Anexo 1) y el “Cuestionario de Opiniones y Creencias sobre el Trastorno de Personalidad Límitrofe” (Anexo 2).

Se esperaba a que el participante completara el cuadernillo y se les agradecía por su colaboración, reafirmado el compromiso de entregar una copia del estudio una vez finalizado.

4.5 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Una vez obtenida la información de la muestra se procedió a procesar la información considerando las variables y el programa SPSS versión 22.0. Para ello, se estimaron cálculos descriptivos basados en frecuencias porcentuales que permitieron describir la muestra según edad, tiempo en salud mental, género, profesión, así como también el análisis por ítems. Se analizó las diferencias significativas entre las relaciones usando la prueba de Chi². Ésta se usa para comparar poblaciones con similares tamaños de muestra usando como parámetro el promedio de los puntajes obtenidos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se seguirá el siguiente esquema. En primer lugar, se presentarán los resultados sobre los perfiles descriptivos de la muestra y posteriormente los resultados de las actitudes de los psicólogos y los psiquiatras sobre los pacientes con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad.

5.1. Resultados Sobre los Perfiles de la Muestra

En la Tabla 5.11 se aprecia que el 74,5% de la muestra señaló tener alguna formación en psicoterapia y el 25,5% no tenerla.

Tabla 5.11

Formación en psicoterapia

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	35	74,5
No	12	25,5
Total	47	100,0

Como se puede observar en la Tabla 5.12 un 25.5% no señaló el tipo de terapia que utiliza, un 59.6% dijo utiliza terapia cognitivo conductual, un 4.2% terapia dialéctica conductual y el resto se reparte entre terapia ecléctica, humanista, psicodinámica, racional emotiva, con 2.1% cada uno.

Tabla 5.12

Tipo de psicoterapia utilizada

	Frecuencia	Porcentaje
Sin respuesta	12	25,6
AT TE	1	2,1
Ecléctica	1	2,1
Humanista	1	2,1
Psicodinámica	1	2,1
Racional Emotiva	1	2,1
TCC	28	59,6
TDC	2	4,3
Total	47	100,0

En la Tabla 5.13 se observa que el 80.9% de la muestra señala haber trabajado con consultantes diagnosticados con trastorno de personalidad limítrofe mientras que un 19.1% señalo que trabajó con algunos de esta población.

Tabla 5.13

Experiencia con consultantes diagnosticados con "trastorno de personalidad limítrofe"

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
La mayoría de mi trabajo es con estos consultantes	9	19,1	19,1
He trabajado con algunos de ellos	38	80,9	100,0
Total	47	100,0	

En las Tablas 5.14, 5.15 y 5.16 se observa que un 78.7% tiene conocimiento de la terapia dialéctica conductual, un 8,5% de la terapia de mentalización y un 10.6% de la terapia enfocada en la transferencia.

Tabla 5.14

Algún conocimiento de Terapia Dialectico Comportamental

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	37	78,7
No	10	21,3
Total	47	100,0

Tabla 5.15

Algún conocimiento de Terapia de Mentalización

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	4	8,5
No	43	91,5
Total	47	100,0

Tabla 5.16

Algún conocimiento de Terapia enfocada en la Transferencia

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	5	10,6
No	42	89,4
Total	47	100,0

5.2. Resultados sobre las actitudes de los psicólogos y los psiquiatras

5.2.1. Resultados sobre las “Creencias”

Resultados por indicador “Creencias en el Diagnóstico”

* En cuanto a las creencias en el diagnóstico del trastorno de personalidad límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.17, 5.18, 5.19 y 5.20:

En la Tabla 5.17 se observa que un 46,8% estuvo en desacuerdo en que “es difícil realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite”, un 21,3% estuvieron de acuerdo, el 17,0% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo y el 14,9% estuvo totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.17

Es difícil realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad Limítrofe

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	10	21,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	22	46,8
Totalmente en desacuerdo	7	14,9
Total	47	100,0

En la Tabla 5.18 se observa que el 38.3% estuvo de acuerdo en que “Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe” el 29.8% estuvo en desacuerdo, el 12.8% totalmente de acuerdo, el 10.6% totalmente en desacuerdo y el 8.5% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla 5.18

Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	6	12,8
De acuerdo	18	38,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	4	8,5
En desacuerdo	14	29,8
Totalmente en desacuerdo	5	10,6
Total	47	100,0

En la Tabla 5.19 se observa que un 40.4% se mostró en desacuerdo con la premisa “la conducta manipuladora es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe”, un 29.8% estuvo de acuerdo, un 17.0% ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 10.6% totalmente en desacuerdo, y un 2.1% totalmente de acuerdo.

Tabla 5.19

La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	1	2,1
De acuerdo	14	29,8
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	19	40,4
Totalmente en desacuerdo	5	10,6
Total	47	100,0

En la Tabla 5.20 se ve que el 53.2% se mostró en desacuerdo con la premisa “el trastorno de personalidad límite tiene un mal pronóstico”, un 23.4% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, un 14.9% estuvo de acuerdo, y un 4.3% estuvo totalmente de acuerdo y una cifra similar totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.20

El trastorno de personalidad límite tiene un mal pronóstico

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	2	4,3
De acuerdo	7	14,9
Ni acuerdo ni en desacuerdo	11	23,4
En desacuerdo	25	53,2
Totalmente en desacuerdo	2	4,3
Total	47	100,0

Resultados por indicador “Creencias en el Tratamiento Ambulatorio”

En cuanto a las creencias en el tratamiento ambulatorio del trastorno de personalidad límite los resultados obtenidos se muestran en las Tablas 5.21, 5.22, 5.23 y 5.24 son:

En la Tabla 5.21 se observa que ante la premisa “*Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite*” el 46.8% estuvo de acuerdo,

el 25.5% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 21.3% en desacuerdo, el 4,3% totalmente de acuerdo y el 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.21

Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	2	4,3
De acuerdo	22	46,8
Ni acuerdo ni en desacuerdo	12	25,5
En desacuerdo	10	21,3
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.22 se observa que el 46.8% estaba en desacuerdo en que “suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante el tratamiento ambulatorio”, un 36.2% estuvo de acuerdo, un 8.5% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, un 6.4% estuvo totalmente de acuerdo, y un 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.22

Suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante el tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	17	36,2
Ni acuerdo ni en desacuerdo	4	8,5
En desacuerdo	22	46,8
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.23 se observa que 66.0% estuvo de acuerdo en que “las conductas manipuladoras por parte del paciente son frecuentes durante su

tratamiento ambulatorio, 19.1% no estuvo de acuerdo ni desacuerdo, 8.5% estuvo en desacuerdo, 4.3% totalmente de acuerdo, y 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.23

Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límite son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	2	4,3
De acuerdo	31	66,0
Ni acuerdo ni en desacuerdo	9	19,1
En desacuerdo	4	8,5
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.24 se observa que un 36.2% estuvo de acuerdo en que “los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación”, un 31.9% se mostró en desacuerdo un 19.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo y un 12.8% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.24

Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	17	36,2
Ni acuerdo ni en desacuerdo	9	19,1
En desacuerdo	15	31,9
Totalmente en desacuerdo	6	12,8
Total	47	100,0

Resultados por indicador “Creencias en la Hospitalización”

En cuanto a las creencias en la hospitalización de pacientes con el trastorno de personalidad Límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.25, 5.26, 5.27 y 5.28.

Como se observa en la Tabla 5.25, un 55,3% estuvo en desacuerdo con la premisa “prefiero evitar tratar pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando son hospitalizados”, un 21.3% no estuvieron ni de acuerdo ni en desacuerdo, un 17.0% estuvieron totalmente en desacuerdo, un 4.3% de acuerdo.

Tabla 5.25

Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando son hospitalizados

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	2	4,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	10	21,3
En desacuerdo	26	55,3
Totalmente en desacuerdo	8	17,0
Total	47	100,0

En la Tabla 5.26 se observa que ante la premisa “La hospitalización de los pacientes con trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible” un 44.7% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, un 34.0% estuvo de acuerdo, un 14.9% en desacuerdo, un 4.3% totalmente de acuerdo y 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.26

La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	2	4,3
De acuerdo	16	34,0
Ni acuerdo ni en desacuerdo	21	44,7
En desacuerdo	7	14,9
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.27, se observa que el 44.7% estuvo de acuerdo que durante la hospitalización de un paciente con trastorno de personalidad límite suele ser complicado mantener límites, un 36.2% estaba en desacuerdo, un 10.6% no

estaba de acuerdo ni en desacuerdo, un 4.3% estuvieron totalmente de acuerdo y similar cifra totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.27

Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	2	4,3
De acuerdo	21	44,7
Ni acuerdo ni en desacuerdo	5	10,6
En desacuerdo	17	36,2
Totalmente en desacuerdo	2	4,3
Total	47	100,0

En la Tabla 5.28 se observa que el 59,6% estuvo de acuerdo con la premisa “*Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente*” el 19.1% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, el 10.6% estuvo totalmente de acuerdo, un 8.5% en desacuerdo y el 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.28

Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	5	10,6
De acuerdo	28	59,6
Ni acuerdo ni en desacuerdo	9	19,1
En desacuerdo	4	8,5
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

5.2.2. Resultados sobre “Emociones”

Resultados por indicador “Emociones en el Tratamiento Ambulatorio”

En cuanto a las emociones en el tratamiento ambulatorio de pacientes con el trastorno de personalidad límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.29, 5.30, 5.31, 5.32 y 5.33:

En la Tabla 5.29 se observa que el 55.3% estuvo en desacuerdo ante la premisa “me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandonara el tratamiento ambulatorio”, el 19.1% no estuvo ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 17.0% totalmente desacuerdo y el 8.5% de acuerdo, nadie se mostró totalmente de acuerdo.

Tabla 5.29

Me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandonará el tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	4	8,5
Ni acuerdo ni en desacuerdo	9	19,1
En desacuerdo	26	55,3
Totalmente en desacuerdo	8	17,0
Total	47	100,0

En la Tabla 5.30 se observa que 36.2% se mostró de acuerdo y una cifra similar en desacuerdo en que “suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite”, el 23.4% no se mostró de acuerdo ni en desacuerdo y el 2.1% totalmente de acuerdo y una cifra similar totalmente desacuerdo.

Tabla 5.30

Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	1	2,1
De acuerdo	17	36,2
Ni acuerdo ni en desacuerdo	11	23,4
En desacuerdo	17	36,2
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.31 ante la premisa “He sentido cólera hacia un paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento

ambulatorio” el 53.2% estuvo en desacuerdo, el 17.0% estuvo de acuerdo, 17.0% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 12.8% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.31

He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe durante su tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	8	17,0
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	25	53,2
Totalmente en desacuerdo	6	12,8
Total	47	100,0

En la Tabla 5.32 se observa que el 40.4% estuvo de acuerdo en que se experimenta frustración durante el tratamiento ambulatorio de una paciente con trastorno de personalidad limítrofe, un número similar estuvo en desacuerdo, un 8.5% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, un 6.4% estuvo totalmente de acuerdo y un 4.3% estuvo totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.32

Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	19	40,4
Ni acuerdo ni en desacuerdo	4	8,5
En desacuerdo	19	40,4
Totalmente en desacuerdo	2	4,3
Total	47	100,0

En la Tabla 5.33 se observa que un 51.1% estuvo en desacuerdo con la premisa “he sentido rechazo hacia una paciente durante su tratamiento ambulatorio”, un 21.3% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, un 14.9% estuvo de acuerdo y un 12.8% estuvieron totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.33

He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	7	14,9
Ni acuerdo ni en desacuerdo	10	21,3
En desacuerdo	24	51,1
Totalmente en desacuerdo	6	12,8
Total	47	100,0

Resultados por indicador “Emociones en la Hospitalización”

En cuanto a las emociones en la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.34, 5.35, 5.36 y 5.37:

En la Tabla 5.34 ante la premisa “la hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite suele ser emocionalmente agotadora” un 44.7% estuvo de acuerdo, un 27.7% en desacuerdo, un 23.4% ni de acuerdo ni en desacuerdo, y el 2.1% estuvieron totalmente de acuerdo y una cifra similar totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.34

La hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite suele ser emocionalmente agotadora

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	1	2,1
De acuerdo	21	44,7
Ni acuerdo ni en desacuerdo	11	23,4
En desacuerdo	13	27,7
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.35 que ante la premisa de sentido de colero hacia un paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización un 55,3% se mostró en desacuerdo, 23.4% de acuerdo 14.9% no estuvieron de acuerdo ni desacuerdo y 6,4% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.35

He sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	11	23,4
Ni acuerdo ni en desacuerdo	7	14,9
En desacuerdo	26	55,3
Totalmente en desacuerdo	3	6,4
Total	47	100,0

En la Tabla 5.36 que ante la premisa “*me he sentido frustrado durante la hospitalización de un paciente con el diagnóstico de un trastorno de personalidad límite*” un 36.2% estaba en desacuerdo, un 27.7% no estaba de acuerdo ni en desacuerdo, un 19.1% estaba de acuerdo, un 10.6% estaba totalmente desacuerdo y un 6.4% totalmente de acuerdo.

Tabla 5.36

Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	9	19,1
Ni acuerdo ni en desacuerdo	13	27,7
En desacuerdo	17	36,2
Totalmente en desacuerdo	5	10,6
Total	47	100,0

En la Tabla 5.37 ante la premisa “*He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización*” el 55.3% se mostró en desacuerdo, el 21.3% de acuerdo, el 17% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 6.4% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.37

He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	10	21,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	26	55,3
Totalmente en desacuerdo	3	6,4
Total	47	100,0

5.2.3. Resultados sobre las “Conductas”

Resultados por indicador “Conductas en el Diagnostico”

En cuanto a las conductas en el diagnóstico de pacientes con el trastorno de personalidad límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.38, 5.39 y 5.40:

En la Tabla 5.38 que el 42.6% estuvo de acuerdo en que son necesarias varias consultas antes de diagnosticar el trastorno de personalidad límite, un 23.4% estuvo en desacuerdo, un 17.0% no estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo, un 14.9% estuvo totalmente de acuerdo y el 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.38

Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	7	14,9
De acuerdo	20	42,6
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	11	23,4
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

Como se observa en la Tabla 5.39 a la premisa “*doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad*”

límitrofe” un 55.3% estuvieron de acuerdo, el 38.3% totalmente de acuerdo, el 4.3% en desacuerdo y el 2.1% no está de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla 5.39

Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	18	38,3
De acuerdo	26	55,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	1	2,1
En desacuerdo	2	4,3
Total	47	100,0

En la Tabla 5.40 el 48.9% se mostró totalmente de acuerdo con la premisa “*Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe*”, el 44.7% se mostró de acuerdo, el 6.4% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla 5.40

Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de personalidad límitrofe

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	23	48,9
De acuerdo	21	44,7
Ni acuerdo ni en desacuerdo	3	6,4
Total	47	100,0

Resultados por indicador “Conductas en el Tratamiento Ambulatorio”

En cuanto a las conductas en el tratamiento ambulatorio de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límitrofe se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.41, 5.42, 5.43, 5.44 y 5.45:

Ante la premisa “Intenta poner límites personales, desde el inicio del tratamiento a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe”, como vemos en la Tabla 5.41 un 57.4% están de acuerdo, un 17.0% no acuerdan ni desacuerdan, el 12.8% están totalmente de acuerdo, el 8.5% están en desacuerdo y el 4.3% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.41

Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	6	12,8
De acuerdo	27	57,4
Ni acuerdo ni en desacuerdo	8	17,0
En desacuerdo	4	8,5
Totalmente en desacuerdo	2	4,3
Total	47	100,0

En la Tabla 5.42 se observa que el 61.7% estuvo de acuerdo con la premisa “Les enseñó a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe sobre las conductas de manipulación”, el 17.0% totalmente de acuerdo. El 14.9% ni de acuerdo ni en desacuerdo y el 6.4% en desacuerdo.

Tabla 5.42

Les enseñó a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe sobre las conductas de manipulación

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	8	17,0
De acuerdo	29	61,7
Ni acuerdo ni en desacuerdo	7	14,9
En desacuerdo	3	6,4
Total	47	100,0

En la Tabla 5.43 se observa que el 51.1% estaba de acuerdo en confrontar a los pacientes cuando su conducta es inapropiada en el tratamiento ambulatorio,

el 21.3% no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, el 19.1% en desacuerdo, el 6.4% totalmente de acuerdo y el 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.43

Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	24	51,1
Ni acuerdo ni en desacuerdo	10	21,3
En desacuerdo	9	19,1
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

En la Tabla 5.44 se observa que un 44,7% se mostró de acuerdo en validar las emociones de los pacientes, un 29,8% estuvo totalmente de acuerdo, un 14,9% en desacuerdo y un 10,6% no estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo.

Tabla 5.44

Durante el tratamiento intento validar las emociones de los pacientes con trastorno de personalidad límite

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	14	29,8
De acuerdo	21	44,7
Ni acuerdo ni en desacuerdo	5	10,6
En desacuerdo	7	14,9
Total	47	100,0

En la Tabla 5.45 se observa que ante la premisa “el trato que les doy a los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio” el 57.4% se mostró en desacuerdo, el 29.8% de acuerdo, el 10.6% ni de acuerdo ni desacuerdo y el 2.1% totalmente en desacuerdo.

Tabla 5.45

El trato que les doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	14	29,8
Ni acuerdo ni en desacuerdo	5	10,6
En desacuerdo	27	57,4
Totalmente en desacuerdo	1	2,1
Total	47	100,0

Resultados por indicador “Conductas en la Hospitalización”

En cuanto a las conductas en la hospitalización de pacientes con trastorno de personalidad límite se obtuvieron los siguientes resultados mostrados en las Tablas 5.46, 5.47, 5.48 y 5.49

En la Tabla 5.46 se observa que ante la premisa “prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite para su hospitalización” un 42.6% se mostró en desacuerdo, 19.1% se mostró de acuerdo, 19.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 17.0% totalmente en desacuerdo y un 2.1% totalmente de acuerdo.

Tabla 5.46

Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite para su hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	1	2,1
De acuerdo	9	19,1
Ni acuerdo ni en desacuerdo	9	19,1
En desacuerdo	20	42,6
Totalmente en desacuerdo	8	17,0
Total	47	100,0

En la Tabla 5.47 se observa que ante la premisa “Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta” el 31.9% se mostró de acuerdo y una cifra similar en desacuerdo, el 21.3% no se mostró de acuerdo ni en desacuerdo, el 8.5% totalmente en desacuerdo y el 6.4% totalmente de acuerdo.

Tabla 5.47

Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	15	31,9
Ni acuerdo ni en desacuerdo	10	21,3
En desacuerdo	15	31,9
Totalmente en desacuerdo	4	8,5
Total	47	100,0

En la Tabla 5.48 se observa que ante la premisa “El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización” el 55.3% se mostró en desacuerdo, el 23.4% de acuerdo, el 8.5% ni acuerdo ni en desacuerdo y 6.4% se mostró totalmente en desacuerdo y una cifra similar totalmente de acuerdo.

Tabla 5.48

El trato que les doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización

	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	3	6,4
De acuerdo	11	23,4
Ni acuerdo ni en desacuerdo	4	8,5
En desacuerdo	26	55,3
Totalmente en desacuerdo	3	6,4
Total	47	100,0

En la Tabla 5.49 se observa que el 38.3% se mostró en desacuerdo con mantener hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento, el 29.8 % no estuvo de acuerdo ni en desacuerdo, el 21.3% se mostró de acuerdo y el 10.6% totalmente desacuerdo.

Tabla 5.49

Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
De acuerdo	10	21,3
Ni acuerdo ni en desacuerdo	14	29,8
En desacuerdo	18	38,3
Totalmente en desacuerdo	5	10,6
Total	47	100,0

5.3. Resultado Comparativo por Profesiones

En la Tabla 5.50 se muestra el conocimiento de la Terapia Dialéctica Comportamental según profesión, el 75.0% de los psiquiatras y el 84.2% de los psicólogos la conocen.

Tabla 5.50

Conocimiento de terapia Dialectico Comportamental por profesión

	Profesión		
	Médico Psiquiatra	Psicólogo	Total
Sí	21 75.0%	16 84.2%	37 78.7%
No	7 25.0%	3 15.8%	10 21.3%
Total	28 100.0%	19 100.0%	47 100.0%

En la Tabla 5.51 se muestran diferencias en algunos de los resultados sumados “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” de forma comparativa según profesión.

Tabla 5.51

Diferencias en porcentajes de respuestas "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" entre psicólogos y psiquiatras

	Porcentaje totalmente de acuerdo y de acuerdo sumados			
	Médico psiquiatra	Psicólogo	Chi ²	Resultado
Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.	64,3%	78,9%	0.631	No significativo
Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	53,6%	63,2%	0.303	No significativo
El trastorno de personalidad límite tiene un mal pronóstico	7,1%	36,8%	0.066	No significativo
La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	21,4%	47,4%	0.302	No significativo
Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación	14,3%	68,4%	0.00	Significativo
De ser indispensable hospitalizar a un paciente con trastorno de personalidad límite, esta hospitalización debe de ser lo más corta posible	67,8%	26,4%	0.061	No significativo
He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio	21,4%	5,3%	0.071	No significativo
Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada	50%	68.40%	0.247	No significativo

La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible	48%	21,1%	0.225	No significativo
Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento	17,9%	26,3%	0.254	No significativo
He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento	32,1%	10,5%	0.197	No significativo
Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	39,3%	36,9%	0.375	No significativo
He sentido rechazo hacia un o una paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización	25%	15,8%	0.156	No significativo
Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta	28,6%	52,6%	0.295	No significativo
Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente	57,1%	89,5%	0.188	No significativo
Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	35,7%	73,7%	0.069	No significativo
Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación	67,8%	94,8%	0.046	Significativo
Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	32,1%	79%	0.026	Significativo

Con un nivel de confianza del 95% existe suficiente información estadística, usando la prueba de Chi², que muestra cambios significativos entre la opinión de los médicos psiquiatras y psicólogos en las siguientes frases:

“Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación”, “les enseñó a los familiares de los paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación”, y “es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite”

Finalmente, en la Tabla 5.52 se muestran los porcentajes sumados “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” según si los profesionales tienen o no formación en psicoterapia.

Tabla 5.52

Diferencias en porcentajes de respuestas "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" entre personas con y sin formación en psicoterapia

	Porcentaje totalmente de acuerdo y de acuerdo sumados			Resultado
	Con formación en psicoterapia	Sin formación en psicoterapia	Chi ²	
Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.	68,6%	75%	0.767	* No significativo
Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	22,9%	33,3%	0.578	No significativo
Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	54,3%	33,3%	0.046	Significativo
La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite	40%	8,3%	0.176	No significativo

Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación	62,9%	33,4%	0.138	No significativo
Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada	68,6%	25%	0.015	Significativo
Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento	22,9%	16,7%	0.021	Significativo
Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límite son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio	82,8%	33,3%	0.019	Significativo
Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta	45,7%	16,7%	0.400	No significativo
Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente	82,9%	33,3%	0.017	Significativo
Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación	85,8%	58,3%	0.009	Significativo

Con la prueba de hipótesis anterior, se puede concluir que con un nivel de confianza del 95%, se menciona que existe suficiente información estadística usando la prueba de χ^2 que muestra cambios significativos entre la opinión de los que tienen formación con psicoterapia y aquellos que no la tienen en las siguientes frases:

“Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de

trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada, Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento, Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límite son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio, Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente y Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación”



CAPITULO VI: DISCUSIÓN

El 75% de la muestra mencionó tener algún tipo de formación en psicoterapia, casi exclusivamente terapia cognitivo conductual, y solo el 4.3% de la muestra trabajaba con alguna terapia que hubiera mostrado eficacia para el diagnóstico de TLP, dato que guarda relación con el alto índice de rotación de dichos pacientes (97%) por no obtener resultados esperados en su tratamiento, hallazgo encontrado por Linehan et al. (1996).

Otra información que llamó la atención fue el impacto de esta patología en la labor asistencial, en donde el 19.0% de la muestra considera que la mayoría de su trabajo se da con pacientes con TLP, información que guarda relación con la prevalencia de este trastorno que se señala en el DSM V.

El cruce de la información da a entender que muchos de estos profesionales están trabajando con población de modelos de terapia que no han mostrado eficacia clínica para dicho problema; lo que podría generar un mayor desgaste emocional sobre los profesionales de salud mental y un mayor abandono de terapia por parte de los pacientes como mencionó Gagliesi (s.f.). Sin embargo, se observa que cerca del 80% indicó tener algún conocimiento de la Terapia Dialéctica Comportamental, cifra que se debe valorar con el dato adicional de que no existe una formación académica de dicha terapia en el Perú, y los esfuerzos por conocerla deben ser autodidactas.

Claro está, el interés por parte de los profesionales por trabajar con mayores herramientas para ayudar a esta población. Por otra parte, el conocimiento de otras terapias especializadas para esta patología en esta población es muy bajo.

Límites Personales

En el tema de límites personales en la terapia, se observa que cerca de 70% respondieron “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con poner límites personales desde el inicio del tratamiento (Tabla 5.41). Ante la premisa de si suele ser complicado mantener límites personales en el tratamiento ambulatorio, la diferencia entre los que están “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” versus “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” es de un 43% y 49% respectivamente (Tabla 5.22). En cuanto a la dificultad de establecer límites Personales durante la hospitalización la distribución fue similar

(49% “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” y 41% en “totalmente en desacuerdo” y “desacuerdo”) (Tabla 5.27), pero en la Tabla 5.21 se aprecia que el 51% se mostró “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” en que la relación terapéutica es difícil de manejar en el tratamiento ambulatorio.

En resumen, se puede decir que una gran mayoría considera importante mantener límites personales, pero las opiniones parecen estar divididas entre si es difícil o no establecerlos en el tratamiento ambulatorio como en la hospitalización. Además, otra mayoría considera que la relación terapéutica es difícil de manejar. Se piensa que estas ideas se relacionan con el concepto de que los pacientes con TLP suelen ser intrusivos y va acorde con los principios terapéuticos actuales que sugieren firmemente establecer límites personales desde el inicio de la terapia. Pero el hecho de que la mitad de la muestra señale tener dificultades para mantener estos límites guarda relación con los datos de que solo el 4.3% de la muestra trabaja con una terapia que está diseñada y tiene evidencia para estos problemas.

Como sugiere Linehan (1993) en su modelo de tratamiento “DBT” es responsabilidad del terapeuta mantener estos límites personales y el trabajo en equipos de tratamientos es una clara alternativa para ayudar a mantenerlos. Siguiendo con lo encontrado en la dificultad de mantener límites personales por parte de los profesionales de salud mental, se observa que en las Tablas 5.45 y 5.48 respectivamente, un 60% de la muestra manifiesta tener un trato diferente con los pacientes con trastorno límite de la personalidad durante el tratamiento ambulatorio y en cuanto a la hospitalización un 62% manifiesta tener un trato diferente con los pacientes con TLP, lo que sugiere que se llegan a perder los límites personales, dato que concuerda con la idea de que es difícil mantener estos.

Diagnóstico

En cuanto al Diagnóstico se observa que el 57% considera necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de TLP (Tabla 5.38), 51% considera necesario aplicar pruebas psicológicas para realizar el diagnóstico (Tabla 5.18), sin embargo, el 62% no considera difícil realizar el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (Tabla 5.17).

Parecen ser datos contradictorios, la mayoría no considera difícil realizar el diagnóstico, pero piensa que son necesarias varias sesiones y pruebas psicológicas para hacerlo. Parece ser que la idea es que es trabajoso el diagnóstico, o que es un proceso que puede ser largo, pero no difícil. Dichos datos además no concuerdan con lo señalado en el Report to Congress on Borderline Personality Disorder del U.S. Department of Health and Human Services (2010), en donde se manifiesta la clara dificultad de realizar este diagnóstico por la gran cantidad de criterios de superposición y comorbilidad con otros trastornos. Dato que podría concordar con el hecho de que poco más de la mitad de la muestra considera importante apoyar su diagnóstico con pruebas psicológicas.

Por otro lado, un 51% de la muestra considera que la manipulación del sujeto no es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de TLP (Tabla 5.19), lo que deja un alarmante 32% que aún lo considera como un criterio diagnóstico importante.

El hecho de que un 32% de la muestra aun considere la conducta manipuladora como un criterio importante para realizar este diagnóstico, puede ser un factor que predisponga a los profesionales de salud mental a tener reticencia en el trabajo con esta población o disminuya su capacidad de mantener la empatía con sus pacientes.

Manipulación

Como se observó, un 32% de la muestra considera que la manipulación del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de TLP (Tabla 5.19), pero a pesar de esto se observa que un 70% de los profesionales de la salud mental consideran frecuentes las conductas manipuladoras por parte de los pacientes con trastorno límite de la personalidad durante el tratamiento ambulatorio y la hospitalización (Tablas 5.23 y 5.28) respectivamente. También se observa que un 45% de la muestra considera que los intentos suicidas durante el tratamiento ambulatorio no suelen ser intentos de manipulación, pero esto deja un alarmante 36% que si considera que estos suelen ser intentos de manipulación (tabla 5.24).

Estos datos guardan relación con la gran difusión de usar términos peyorativos como manipuladores a los pacientes TLP como vimos anteriormente. Estos datos pueden explicarse con el hecho de que solo un 4.3% de la muestra trabaja con una terapia con evidencia para el tratamiento de estos problemas (exclusivamente DBT) por lo que la mayoría de la muestra no cuenta con capacitación formal para poder leer las conductas

de manera diferente a “manipulación” y por el contrario esto podría generar en los profesionales una respuesta de invalidación frente a algunos comportamientos de los pacientes así como una predisposición negativa para su atención.

Los psicólogos son los que más mantienen el concepto de manipulación, con un 47% sobre la conducta manipuladora como síntoma importante, un 90% cree que la conducta manipuladora es frecuente durante la hospitalización y son estos los que más enseñan a los familiares sobre las conductas de manipulación con un 95% como vemos en la Tabla 5.51.

Quizás el dato más preocupante está en la Tabla 5.51 en donde se observa que poco más de un tercio de la muestra llega a ver los intentos suicidas como intentos de manipulación, siendo que el 68% de los psicólogos que creen este concepto (Tabla 5.29); hecho que podría llevar a no prestar atención a estas conductas como un signo de gravedad e ignorar la necesidad de atención urgente de estos pacientes.

Pronóstico del TLP

En cuanto a la creencia “El trastorno límite de la personalidad tiene un mal pronóstico” se observa que un 58% se muestra “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con esta, solo un 19% estuvo “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” (Tabla 5.20).

Solo 1 de cada 5 profesionales de la muestra piensan que el TLP tiene mal pronóstico, lo que está de acuerdo al cambio vivido en las últimas décadas donde aparecen terapias que han mostrado eficacia para esta población; y los estudios de seguimiento hablan de un pronóstico mejor de lo que se pensaba, pero aun vemos un 42% de la muestra que está en el proceso de cambio en estos nuevos conceptos.

“Emociones”

Cólera

El 17% reporta haber sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su tratamiento, en general, la mayoría estuvo marcadamente en desacuerdo con la idea de haber sentido cólera (Tabla 5.31), y un 23% señala haber sentido cólera hacia un o una paciente con el diagnóstico de TLP durante su hospitalización (Tabla

5.35), repitiéndose que la mayoría estuvo marcadamente en desacuerdo con la idea de haber sentido cólera.

Rechazo

Sólo un 15% de la muestra estuvo “de acuerdo” con la premisa “he sentido rechazo hacia un paciente con TLP durante su tratamiento ambulatorio (Tabla 5.33) mientras que un 64% de la muestra estuvo “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con la misma premisa, similarmente solo un 21% estuvo “de acuerdo” con la premisa “he sentido rechazo hacia un paciente con TLP durante su hospitalización (Tabla 5.37) mientras que un 62% estuvieron “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con esta.

Las llamativas cifras bajas para reacciones emocionales negativas como cólera (17% y 23% en tratamiento ambulatorio y hospitalización, respectivamente) y rechazo (15% y 21% en tratamiento ambulatorio y hospitalización, respectivamente) no guardan relación con los estudios sobre el tema mencionados anteriormente, Deans y Meocevic (2006) encontraron que la mayoría de evaluados tenía emociones negativas hacia los pacientes con TLP, Servais y Saunders (2007) reportaron que los psicoterapeutas percibían de indeseables (y peligrosos) a los pacientes con TLP. Los resultados obtenidos en este estudio podrían diferenciarse de los estudios ya existentes porque quizás los participantes se hayan sentido evaluados al momento de llenar los cuestionarios.

Frustración

Un 47% de la muestra señaló estar “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con la premisa “Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un o una paciente con el diagnóstico de TLP” (Tabla 5.32), mientras que un 26.0% señaló estar “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con la premisa “Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un o una paciente con el diagnóstico de TLP” (Tabla 5.36).

Durante el tratamiento ambulatorio la frustración parece ser más alta que en la hospitalización (47.0% vs 26.0%), esto podría estar en relación a que los objetivos son diferentes en la consulta ambulatoria y suelen ser más amplios, los síntomas que generan hospitalización podrían ser de respuesta más rápida, mientras que ambulatoriamente el

logro de objetivos podría ser mucho más lento y con poca respuesta dependiendo del modelo de tratamiento que se use.

Agotamiento

Un 38.0% de la muestra estuvo “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con la premisa “suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un o una paciente con TLP” mientras que el mismo número señalo estar “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con la misma premisa (Tabla 5.30), mientras un 46% estuvo “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con la idea de que “La hospitalización de un o una paciente con el diagnostico de TLP suele ser emocionalmente agotadora” a diferencia de un 30.0% que estuvieron “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con la misma premisa (Tabla 5.34).

En ambos casos parece ser que los profesionales muestras números importantes de agotamiento en la intervención de estos pacientes lo que indica que están de acuerdo en que trabajar con estos suele ser agotador, lo que sumado a los resultados anteriores obtenidos en la frustración guardan sentido con el hecho de que un 95.7% de la muestra no trabaja con una terapia estructurada y con evidencia para este problema. Lo que señalaría que los tratamientos podrían no estar dando los resultados esperados lo que explicaría una mayor frustración y agotamiento en los profesionales de salud mental, dato que guarda relación con lo encontrado por Hueston (1996) donde señala la alta rotación de estos pacientes por no obtener resultados. Y lo que reporta Bourke (2010) en donde los psicoterapeutas se sentían menos satisfechos con su trabajo con estos pacientes.

Alivio

Solo un 9% de la muestra señalo estar “de acuerdo” con la premisa “Me he sentido aliviado luego de que un o una paciente con el diagnostico de TLP abandonara el tratamiento ambulatorio” mientras que un 72% señalo estar “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con la misma premisa (Tabla 5.29).

Lo que deja claro que se rechaza la idea de tranquilidad o alivio ante el abandono de tratamiento de un paciente, este dato guarda relación con el hecho de que la muestra señala no presentar emociones negativas durante el tratamiento de pacientes con el

diagnostico de TLP y por el contrario se evidencia el gran interés por parte de los profesionales de salud mental por ayudar a estos pacientes como se observó en el dato de que el 80% de la muestra había intentado tener algún conocimiento en DBT a pesar de no existir una formación formal del tema en el Perú.

Preferencias

En cuanto a la premisa “Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnostico de TLP cuando son hospitalizados” un 72% se mostró “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” (Tabla 5.25). Mientras que en la (Tabla 5.46) se observa que un 60% estuvo “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo” con la premisa “prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnostico TLP para su hospitalización”

Los datos encontrados muestran una clara preferencia por parte de los profesionales de salud mental por atender a estos pacientes, dato curioso a pesar de que el grupo es consciente de la dificultad para tratar a los pacientes con TLP que se vio reflejado en los cuadros de agotamiento y frustración, lo que se ve reflejado en una baja disposición en derivar a los pacientes. Por otro lado, esos hallazgos no concuerdan con lo encontrado por Leiderman et al. (2004) en donde encontró que los pacientes con TLP eran de los menos deseados para brindar tratamiento.

Esto podría verse explicado por dos hipótesis, la primera es que los profesionales encuestados pudieron sentirse evaluados por lo que trataron de dar una mejor impresión. La segunda hipótesis que podría explicar estos datos es que los profesionales de salud mental mantienen un alto interés por ayudar a los pacientes y que aun con el intento de derivar a otros profesionales con capacitación específica para el TLP, este número de personas capacitadas es tan bajo en el Perú que no daría abasto para la gran población que sufre del problema. Esta hipótesis se vería reforzada con el hallazgo de que un 80.0% de la muestra ha realizado esfuerzos por tener conocimientos en DBT (terapia que cuenta con la mayor evidencia hasta el momento para el tratamiento del TLP).

Psicoeducación

Llamativamente un 94%, se muestran “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con dar psicoeducación a los pacientes (Tabla 5.39), de la misma manera se observa que un 94%, se muestran “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” en dar psicoeducación a los familiares (Tabla 5.40). También se puede observar que un 79% de los profesionales de salud mental enseñan a los familiares de los pacientes con TLP sobre las conductas de manipulación.

Estas cifras serían muy alentadoras ya que los modelos de terapias que tiene éxito para estos problemas, basan gran parte de su tratamiento en dar psicoeducación como Linehan (1993) propone en el modelo de Tratamiento de Terapia Dialéctica Comportamental, sin embargo queda la preocupación de conectar estos datos con los obtenidos dentro de este mismo estudio, en donde se observa que 4.3% de la muestra trabaja con una terapia que ha mostrado eficacia para este trastorno por lo que la psicoeducación no está necesariamente orientada en temas con evidencia científica para esta problemática y por ende podría no ser útil si no por el contrario iatrogénica para los pacientes. De la misma manera con el hallazgo de que el 70% de la muestra cree frecuente las conductas de manipulación por parte de los pacientes con TLP durante los tratamientos, lo que llevaría a dar una psicoeducación en base a estos conocimientos en lugar de una orientada a desmentir el mito del individuo manipulador y promover una educación en torno a terapias conductuales para manejar estas conductas.

Manejo de los pacientes con TLP

Un 74% de los participantes se mostró “de acuerdo” o “totalmente de acuerdo” con intentar validar las emociones de las pacientes con TLP durante el tratamiento (Tabla 5.44). Al mismo tiempo un 57% estuvo de acuerdo con confrontar a los pacientes con dicho diagnóstico durante el tratamiento ambulatorio cuando sus conductas eran inapropiadas (Tabla 5.43), así como un 38% estuvo de acuerdo en confrontar a los pacientes con TLP sobre las razones que los llevaron a la hospitalización durante esta (Tabla 5.47).

Otra vez los resultados parecen ser contradictorios, por un lado validar es muy aceptado por los profesionales de salud mental, pero confrontar también lo es, ideas que conceptualmente son contrapuestas como desarrollo Linehan (1993) en su modelo de

tratamiento DBT. Habría que evaluar el concepto y la práctica de la validación en los profesionales de la salud mental, se recuerda que en las investigaciones desarrolladas por Linehan para generar tratamientos efectivos para pacientes que no respondían a los tratamientos convencionales, se encontró que la validación era una práctica fundamental para el desarrollo de un tratamiento efectivo del TLP, así como, que la confrontación podría ser una práctica que deteriore la alianza terapéutica y por ende deteriore el proceso terapéutico.

Manejo de la Hospitalización

Frente a la idea de evitar en la medida de lo posible la hospitalización de los pacientes con TLP, el 38% se mostró “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo” con esta, no obstante un 45% no se mostró “ni de acuerdo ni en desacuerdo” (Tabla 5.26). Ante la premisa “mantengo hospitalizado a los pacientes con TLP hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento” las cifras señalan que un 21% está “de acuerdo” mientras que la suma de los que están “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” es 49% (Tabla 5.49).

Las cifras a favor de evitar la hospitalización están bordeando la mitad de la muestra, dato que va de la mano con la evidencia actual a favor de esas ideas. De todas formas se puede apreciar que un porcentaje igualmente alto mantiene una postura contraria o no se define en una posición, 62% para la Tabla (5.26), lo que lleva a pensar que aún se está a medio en el cambio en la aceptación de estas nuevas ideas sobre el tratamiento de pacientes con TLP; siendo los psicólogos los que más mantienen el concepto de usar la hospitalización.

Psicólogos y Psiquiatras

Las premisas con las que los psicólogos estuvieron más de acuerdo fueron:

- Les enseñó a los familiares de los pacientes sobre las conductas de manipulación.
- Durante la hospitalización la conducta manipuladora de las pacientes con TLP es frecuente.
- Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento

- Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con TLP suelen ser intentos de manipulación.
- Las premisas con las que los psiquiatras estuvieron más de acuerdo fueron:
 - De ser indispensable hospitalizar a un paciente con TLP, esta hospitalización debe ser lo más corta posible.
 - Les enseñó a los familiares de los pacientes sobre las conductas de manipulación.
 - Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento.
 - Les enseñó a los familiares de los pacientes sobre las conductas de manipulación.

Aunque la mayoría coincide, el orden y las frecuencias son distintas, por ejemplo les enseñó a los familiares sobre las conductas de manipulación” tienen un acuerdo de 94.8% en psicólogos y 67.8% en psiquiatras.

Llama la atención que en casi todas las premisas más aprobadas se hable de manipulación, término que se usa cada vez menos para explicar la conducta de los pacientes con TLP. Aunque en relación a las emociones negativas, esta muestra señaló no tener una presencia importante de dichas emociones, dato confuso que no guarda relación entre la conexión de estas creencias y emoción negativas, ni con la mayoría de estudios sobre el tema. De cualquier manera, las ideas sobre la manipulación igual podrían estar interfiriendo en el tratamiento, como se ha planteado hasta ahora en las terapias que han mostrado eficacia para este trastorno.

Algunas diferencias marcadas entre psicólogos y psiquiatras fueron:

- El trastorno de personalidad límite tiene mal pronóstico: 36.8% en psicólogos y 7.1% en psiquiatras
- Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con TLP suelen ser intentos de manipulación: 68.4% en psicólogos y 14.3% en psiquiatras.
- He sentido rechazo hacia una paciente con TLP durante el tratamiento ambulatorio: 5.3% en psicólogos y 21.4% en psiquiatras.

- La hospitalización debe ser evitada en la medida de lo posible: 21.1% en psicólogos y 48.0% en psiquiatras.
- Durante el tratamiento ambulatorio la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con TLP: 73.7% en psicólogos y 35.7% en psiquiatras

Los conceptos de los psiquiatras parecen acercarse un poco más a los conceptos más recientes sobre manejo de TLP, pronóstico no tan malo como se pensaba, menos hospitalizaciones y uso menor del término manipulación (aunque aún es muy alto) como explicación de la motivación de las conductas en TLP, sin embargo, muestran más rechazo hacia este grupo de pacientes, pero no las considera tan difíciles de manejar.

Formación en psicoterapia

Cuando se observan las cifras diferenciadas entre las personas con formación en psicoterapia y las que no la tienen, se observa que las personas con formación en psicoterapia están más de acuerdo en que:

- Durante la hospitalización suele ser complicado mantener límites personales
- La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de TLP
- Durante el tratamiento ambulatorio confronta a la paciente cuando su conducta es inapropiada
- Las conductas manipuladoras por parte del paciente son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio
- Durante la hospitalización la conducta manipuladora es frecuente

Parece otra vez contradictorio que las personas con formación en terapias, los principales encargados del tratamiento del TLP, usen más los conceptos de manipulación. Dato que se puede explicar con la cifra de que el 96% de la muestra trabaja con modelos de terapia que no han mostrado eficacia para estos problemas y que no cuentan con una teoría sostenida sobre el TLP, por ende en sus cursos de entrenamiento para terapeutas la capacitación para el manejo de estos problemas específicos es limitado. En general, el tema de la manipulación parece estar aún muy inmerso en los conceptos de la mayoría de profesionales. Dato preocupante que podría deteriorar fácilmente los tratamientos.

CAPITULO VII: CONCLUSIONES

- Solo el 4% de la muestra señala trabajar con una terapia que tiene evidencia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, siendo únicamente Terapia Dialéctica Conductual.
- El 75.0% de la muestra señaló tener algún tipo de formación en psicoterapia, siendo casi exclusivamente terapia cognitivo conductual.
- Casi un quinto de la muestra señaló que la mayoría de su trabajo es con pacientes con el diagnóstico de TLP, lo que tiene un gran impacto de esta patología.
- Un 80% de la muestra señaló tener algún conocimiento sobre la TDC, lo que deja ver un gran interés por aprender a manejar a estos pacientes, sobre todo teniendo en cuenta que no existe centros de formación para este modelo de terapia en el país y la información bibliográfica es limitada.
- La mayoría de la muestra no considera difícil realizar el diagnóstico de TLP, pero si consideran que es trabajoso y toma tiempo.
- Un 79.0% de psicólogos creen que es necesario aplicar pruebas psicológicas para realizar el diagnóstico de TLP, versus un 32.0% de psiquiatras que concuerdan.
- Un tercio de la muestra aun considera la conducta manipuladora como un síntoma importante para realizar el diagnóstico.
- Un 47.0% de los psicólogos cree que la conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de TLP
- Un 68.0% de los psicólogos cree que los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con TLP suelen ser intentos de manipulación
- Un 58.0% de los psiquiatras cree que la conducta manipuladora es frecuente durante la hospitalización de pacientes con TLP
- Un 90.0% de los psicólogos cree que la conducta manipuladora es frecuente durante la hospitalización de pacientes con TLP
- Los Psicólogos son los que más inmerso tienen el concepto de manipulación en los pacientes con TLP
- La gran mayoría de la muestra piensa que la relación terapéutica con las pacientes con trastorno de personalidad límite es difícil y es muy importante establecer límites personales.

- La mayoría de los profesionales reconocen que el trato que les brinda a las pacientes con TLP es diferente a la de otros pacientes
- Un 74.0% de los psicólogos señala que la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de TLP, mientras que un 36% de los psiquiatras concuerda con esta idea.
- Los profesionales le dan mucho valor a la psicoeducación del paciente y de la familia.
- La gran mayoría de los profesionales señala intentar validar las emociones de los pacientes con TLP
- Un 68.0% de los psicólogos señala confrontar a los pacientes ante conductas inapropiadas en el tratamiento ambulatorio y un 50.0% de los psiquiatras dicen hacer lo mismo.
- Uno de cada cinco profesionales piensa que el TLP tiene mal pronóstico, la gran mayoría de los que piensan así son psicólogos con un 37.0% de ellos.
- El rechazo y la cólera son emociones negadas por los profesionales, los psiquiatras la mostraron más que los psicólogos
- La sensación de frustración y agotamiento emocional son frecuentes entre los profesionales.
- Los profesionales señalaron no tener problemas en brindar tratamiento a los pacientes con TLP, de hecho un gran número señaló agradecerles brindar atención, viéndose esto reflejado en una baja tasa por derivar a estos pacientes.
- En general los psicólogos puntuaron con un mayor número de actitudes desfavorables sobre los pacientes con TLP, manejando más conceptos que actualmente van en contra de los modelos de terapias que han mostrado eficacia para el tratamiento de dichos pacientes; aun cuando estos señalaron no tener emociones negativas sobre su trabajo con estos pacientes.

CAPITULO VIII: RECOMENDACIONES

- Dado que el estudio solo se pudo realizar en un hospital psiquiátrico del país se cree totalmente pertinente ampliar el estudio a otros hospitales así como a la práctica privada de salud mental.
- El estudio evidencia el gran impacto que tiene esta patología en el uso de los sistemas de salud mental, así como la clara deficiencia de profesionales entrenados en terapias con evidencia científica para este problema, por lo que se hace necesario la creación de entrenamiento especializado para el tratamiento de pacientes con TLP y por qué no pensar en la creación de unidades de tratamiento especializados como se ven en otros países.
- Se recomienda que los hospitales encargados de la formación de los médicos psiquiatras tengan en cuenta los modelos de tratamiento que han mostrado eficacia para el TLP cuando se esté enseñando el manejo de estos pacientes. Así como orientar a los profesionales de salud mental en modelos de tratamiento con evidencia científica no solo en este problema específico, sino para las distintas patologías con las que tengan que trabajar con el fin de brindar tratamientos más efectivos.
- Dado que los psicólogos son los que mostraron manejar más conceptos negativos sobre los pacientes con TLP y su tratamiento, las facultades de psicología del Perú tendrían que hacer cambios en sus mallas curriculares para poder tener en cuenta una enseñanza orientada a la compasión con los pacientes y su sufrimiento emocional, orientando sus esfuerzos a brindar alivio con modelos de tratamiento que cuenten con evidencia científica para cada tipo de patología. Y claro está el hecho de hacer esfuerzos por mejorar la capacitación de los profesionales y docentes a través de la creación de cursos y seminarios con profesionales especializados en donde se podrían incluir a docentes del exterior del país.
- También se plantea que las universidades que cuenten con carreras de salud actualicen sus mallas curriculares, logrando incluir curso para desarrollar la empatía y la validación emocional, competencias que podrían hacer la diferencia en la calidad de atención y la mejoría de los pacientes, sobretodo en el ámbito de salud mental.

- Las escuelas de formación en psicoterapias deberían tener una responsabilidad ética de estar permanentemente actualizando su información y enseñanza sobre la eficacia de sus modelos de tratamientos. Con el propósito de que los profesionales que salgan brinden una clara información sobre qué problemas tratan y su nivel de eficacia, a fin de que los clientes puedan tomar decisiones acertadas al momento de elegir tratamientos y de esta manera disminuir las altas tasas de rotación de pacientes por no llegar a obtener resultados esperados para sus problemas.
- También se recomienda la creación de programas de actualización para los profesionales de salud mental con el fin de que estos estén permanentemente capacitados sobre las nuevas investigaciones en su campo de trabajo, en búsqueda de modelos de tratamientos más eficaces que brinden un mayor alivio a las poblaciones afectadas.
- Finalmente se hace un llamado a los docentes de los estudiantes de salud mental de las diferente especialidades y grados para que sus cátedras tengan siempre presente la enseñanza de un trabajo compasivo; que no pierda de vista el principal objetivo de los tratamientos, que consiste en brindar alivio al sufrimiento emocional de los consultantes o pacientes para lo cual es importante lograr un trabajo basado en la compasión que se logra a través de la empatía y la validación del dolor emocional.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education (2013). *Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4. ° Edición). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, (2013). *Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5. ° Edición). Médica panamericana.
- Allport, G., W. (1935). *Attitudes*. Handbook of social psychology. Worcester. United States.
- Apfelbaum, S. y Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Vertex*, 58 (15) 295 – 302. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo25.pdf>
- Asociación Americana de Psicología (2010). *APA Diccionario Conciso de Psicología* (1 Ed.) México: Manual Moderno.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of parcial hospitalizacion in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156 (1) 1563-1569. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
- Beskow, J., Runeson, B. y Asgård, U. (1991). Ethical aspects of psychological autopsy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84 (5) 482-487. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1991.tb03181.x
- Black, D., Pfoh, L., B, Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C., S., Phillips, K., A., Robins, C., Siever, L., Silk, K., R., Williams, J., B. y Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *National Center for Biotechnology Information*, 16 (3) 67-74. doi: 10.1017/S109285291200020X
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S. y Iancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder. *National Center for Biotechnology Information* 52 (5) 548-55. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.10.004
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. y Iancu, I. (2015). The attitudes of Psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BioMed Central Psychiatry* 15 (2). doi: 10.1186/s12888-014-0380-y
- Bongar, B., Peterson, L., G., Golann, S. y Hardiman, J. (1990). Self-Mutilation and the chronically “suicidal” emergency room patient. *Annals of Clinical Psychiatry*, 2(3) 217 - 222
- Bourke, M. y Grenyer, B., F. (2013). Therapists accounts of psyhotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 27 (6) 45-735. doi: 10.1521/pedi_2013_27_108

- Brodsky, B., Malone, K., Ellis, S., Dulit, R. y Mann, J., J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (12)1715-1719. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.12.1715>
- Casey, P., R., (1989). Personality disorder and suicide intent. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79 (3) 290-295.
- Chapman, A. y Linehan, M., M. (2005). *Borderline personality disorder*. In M Zanerini (Ed.) *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. Taylor & Francis, 211-242.
- Chesin, M. y Stanley, B. (2013). *Dialectical Behavior Therapy for mood Disorders*. England: Cambridge University Press.
- Clarkin, J., Levy, K., Lezenweger, M. y Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922-928. Recuperado de: http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.2007.164.6.922?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
- Clarkin, J., Friedman, R., Hurt, S., Corn, R. y Aronoff, M. (1984). Affective and character pathology of suicidal adolescent and young adult inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 45 (1) 19-22. Recuperado de: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.2007.164.6.922#>
- Cleary, M., Siegfried, N. y Walter, G. (2002). Experience, Knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11 (3) 186-91. doi: 10.1046/j.1440-0979.2002.00246.x
- Crowell, S., Beauchaine, P. y Linehan, M., M. (2009). A Biosocial Development Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135 (3) 495-510. doi: 10.1037/a0015616
- Deans, C. y Meocevic, E. (2006). Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary Nurse*, 21 (1) 43-49.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 196 (5) 389 – 395. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177
- Eagly, A., H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich College Publishers. United States.

- Egan, S., Haley, S. y Rees, C. (2014). Attitudes of clinical psychologists towards clients with personality disorders. *Revista patológica y psicología clínica*, 66(3) 175-180.
- Ekstein, ve Wallerstein. (1955). *Psychotherapy seminar. Material type*. Manuscripts.
- Feigenbaum, D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., Bebbington, E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *The British Journal of Clinical Psychology*, 51 (2) 121 – 141. doi: 10.1111/j.2044-8260.2011.02017.x.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M. ... Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 207 (2) 173 – 174. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143842.
- Fonagy, P., Target, M. y Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatry Clinics of North América* 23 (1) 103-122.
- Forsyth, A. (2007). The effects of diagnosis and non-compliance attributions on therapeutic alliance processes in adult acute psychiatric settings. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 14 (1) 33–40. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01036.x
- Fraser, K. y Gallop, R. (1993). Nurses confirming/disconfirming responses to patients diagnosed with borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7 (6) 336-41.
- Frías-Navarro, D. (2014). Apuntes de SPSS. *Universidad de Valencia*.
- Fundación Foro. (s.f.). Sumario de materiales para terapeutas en Terapia Dialéctica Comportamental: Dialectical Behavioral Therapy. *Distribución Privada*.
- Gagliesi, P. (2012). Entrenvista : Tratamientos para trastornos severos. *Facultad de Psicología Konrad Lorenz*. Recuperado de: <http://www.konradlorenz.edu.co/es/noticias/noticias-generales-de-la-institucion/688-pablo-gagliesi-y-los-tratamientos-para-trastornos-severos.html?tmpl=component>
- Gagliesi P. (s.f.). *Terapia Dialéctica Conductual en el tratamiento del Desorden Límite de la Personalidad*. Fundación FORO. Argentina. *Distribución Privada*.
- Gallop, R., Lancee, W. y Garfinkel, P. (1989). How nursing staff respond to the label “borderline personality disorder”. *Hospital & Community Psychiatry*, 40 (8) 815-819.
- Garzón, A. y Garcés, J. (1989). Hacia una nueva conceptualización del valor: Creencias, actitudes y valores. *Tratado de psicología general*, 7 (7) 365 – 407.

- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step. A Simple Guide and Reference* (4a. ed.). Canada: La Sierra University.
- Giannouli, H., Perogamvros, L., Berk, A., Svigos, A. y Vaslamatzis, G. (2009). Attitudes, knowledge and experience of nurses working in psychiatric hospitals in Greece, regarding borderline personality disorder: a comparative study. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*. 16 (5) 481–487. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01406.x.
- Gliem, A., J. y Gliem, R., R. (2003). Calculating, interpreting and reporting Cronbach's Alpha reliability Coefficient for Likert-Type scales. Recuperado de: <http://www.ssnpstudents.com/wp/wp-content/uploads/2015/02/Gliem-Gliem.pdf>
- Gómez, A., Lolas, F., Martín, M., Barrera, A., Jaar, E. y Suárez, L. (1992). The influence of personality on suicidal behavior. *Actas Luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 20 (6) 250-256
- Gross, J. y Thompson, A. (2007). *Emotion regulation: conceptual foundations*. New York: Guilford Press.
- Gunderson, J., G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press. United States.
- Gunderson, J., G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (5) 530-539. Recuperado de: <http://www.borderlinepersonalitydisorder.com/documents/Gunderson.pdf>
- Gunderson, J., G. (2011). Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*. 364 (21) 2037-2042. doi: 10.1056/NEJMc1007358
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación* (5 Ed.) Mexico: McGraw Hill.
- Hogg, M., y Vaughan, G. (2005). *Social Psychology (4th edition)*. Prentice-Hall. England.
- Ivanoff, A. y DuBose, A. (2014). Dialectical behavior therapy in clinical social work, with Tony DuBose. *Columbia School of Social Work*. Recuperado de: <http://blogs.cuit.columbia.edu/dbt/2014/07/28/hello-world/>
- James, P., D. y Cowman, S. (2007). Psychiatric nurses knowledge experience and attitudes towards clients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (7) 670-8. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01157.x
- Kaplan, R., M. y Saccuzzo, D., P. (1982). *Construction of an instrument designed to assess student*. Brooks/Cole.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. *Public opinion quarterly*, 24, 163 - 204. doi: 10.1086/266945

- Kjellander, C., Bongar, B. y King, A. (1998). Suicidality in borderline personality disorder. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 19 (3) 125-135.
- Kliem, S. (2010). *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78 (6) 936 – 951.
- Koerner, K. y Dimeff, A., L. (2007). *Dialectical behavior therapy in Clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: The Guilford Press.
- Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzales, A., Morse, J., Bishop, G., Butterfield, M., Bastian, L. (2001) Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women veterans With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371 – 390.
- Kullgren, G., Renberg, E. y Jacobsson, L. (1986). An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (6) 328-331.
- LaPiere, R., T. (1934). Attitudes vs. Actions. *Social Forces*, 13, 230-237.
- Laurensen, E., M., Smits, M., L., Bales, D., L., Feenstra, D., J., Eeren, H., V., Noom, M., J., Köster, M., A. ... Verheul, R. (2014). Day hospital mentalization-based treatment (MBT-DH) versus treatment as usual in the treatment of severe borderline personality disorder. *BIOMed Central Psychiatry* 14 - 149.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., News, S., A. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet* 377, 74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5.
- Leiderman, A., E., Buchovsky, S., Jiménez, M., Nemirovsky, M., Pavlovsky, F., Giordano, S. y Lipovetzky, G. (2004). Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Borderline de la personalidad. Una encuesta a profesionales. *Vertex*, 58 (15) 280 – 286.
- Linehan, M., M. (1981). *A social-behavioral analysis of suicide and parasuicide implications for clinical assessment and treatment*. J. Glazer y J. F. Clarkin (Eds.), *Depression: Behavioral and directive intervention strategies*. *Garland* 229-294.
- Linehan, M., M. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48 (12) 1060-1064.
- Linehan, M., M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M., M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M., M., Comtois, K., A., Murray, A., M., Brown, M., Z., Gallop, R., J., Heard, H., L. ... Lindenboim, N., O. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for

Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, (63)757 -766.

- Linehan, M., M., Dimeff, L., Koerner, K. y Miga, M. (2014). Research on Dialectical Behavior Therapy: Summary of the Data to Date. *Linehan Institute/Behavioral Tech*.
- Linehan, M., M. (2015). *Dialectical behavior therapy skills training manual* (2a. ed.). NewYork: Guilford Press.
- Linehan, M., M. (2015). *Dialectical behavior therapy skills training handouts and worksheets* (2a. ed.). NewYork: Guilford Press.
- Linehan, M., M., Korslund, E., K., Harned, S., M., Gallop, J., R., Lungu, A., Neacsiu, D., A.... Murray-Gregory, M., A. (2015). Dialectical Behavior Therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder. A randomized clinical trial and component analysis. *Journal American Medical Association Psychiatry*, 72 (5) 475 – 482. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Markham, D. y Trower, P. (2003). The effects of the psychiatric label “borderline personality disorder” on nursing staff’s perceptions and causal attributions for challenging behaviors. *The British Psychological Society*, 42 (3) 243-56.
- Martín-Baró, I. (1988) *Hacia una psicología de la liberación*. Psicología de la liberación. Trotta. España.
- McLeod, S., A. (2014). Attitudes and Behavior. *Simply Psychology*. Recuperado de: www.simplypsychology.org/attitudes.html
- Miller, A., L., Rathus, J., H. y Linehan, M., M. (2007). *Dialectical behavior therapy with adolescents*. NewYork: Guilford Press.
- Nunnally, C., J.(1967) . *Psychometric Theory*. New York: MacGraw Hill.
- Nunnally, C., J. (1978). *Psychometric Theory* (2 Ed.) New York: MacGraw Hill.
- Oldham, J., M., Skodol, A., E. y Bender, D., S. (2007). *Tratado de los Trastornos de la Personalidad*. Barcelona: The American Psychiatric Publishing.
- Quintero, P. (2013). Entrevista a Marsha Linehan, creadora de la Terapia Dialectica Conductual, por Pablo Gagliesi. *PSYciencia*. Recuperado de: <http://www.psyciencia.com/2013/21/entrevista-marsha-linehan-terapia-dialectico-conductual-pablo-gagliesi/>
- Runeson, B. y Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (3) 153-156.
- Sansone, R., A. y Sansone, L., A. (2013). Responses of mental health clinicians to patients with borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neurosciencie*, 10 (26) 716. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719460/>

- Servais, L. y Saunders, S., M. (2007). Clinical psychologists perceptions of persons with mental illness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38 (2) 214–219.
- Skodol, A. (2007). Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En Oldham J., Skodol A.E. y Bender D., (Eds.) *Tratado de los trastornos de la personalidad*. España: Elsevier.
- Soler, J., Pascual, J., Tiana, T., Cebria, A., Barranchina, J., Campins, M., Gich, I., Álvarez, E. y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behavioral Research Therapy*, 47 (5) 353 – 358. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.013.
- Stoffe, J., M., Völm, B., A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.
- Stroebe, W. y Jonas, K. (1996). *Principles of attitudes formation and strategies of change*. In: Hewstone, Miles; Stroebe, Wolfgang; Stephenson, M. *Introduction to social psychology: A European Perspectiv (2nd Ed.)*. United States: Blackwell, 240 – 275.
- Swenson, C., Sanderson, C., Dulit, R., A. y Linehan, M., M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72 (4) 307-324.
- Tang, N. y Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*, 36 (5) 575-586
- Treolar Commons A., J. (2009) AQualitative Investigation of the Clinician Experience of Working with Borderline Personality Disorder. *New Zealand Journal of Psychology*, 38 (2) 30 – 34.
- Ubillos, S., Mayordono, S. y Páez, D. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la acción razonada y acción planificada. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. Y Zubietta, E. (coord.), *Psicología Social y Educación*, 301 – 339.
- Vallerand, R., J. (1994). *A social psychological analysis of sportsmanship: Theoretical perspectives*. Unpublished Manuscript, Montreal: Université du Quebec à Montréal.
- Welch, S. y Comer, J. (1988). *Quantitative method for public administration: techniques and applicatons*. Virginia: Brooks/Cole Publishing Co.
- Woollaston, K. y Hixenbaugh, P. (2008). Destructive Whirlwind: nurses' perception of patients diagnosed with boderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 15 (9) 703 - 9. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x.

Zanarini, M., C., Frakenburg, F., R., Hennen, J. y Silk, K., R. (2005). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 years prospective follows-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 19 (1)19-29.

Zimbardo, P. y Leippe, R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. New York: McGraw-Hill.





ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado



Carrera de Psicología

Consentimiento Informado

Lo invitamos a participar como experto trabajador en el tema de salud mental, su participación es voluntaria, por favor siéntase en la libertad de hacer cualquier pregunta sobre la investigación o sobre el cuestionario al autor de la investigación, si usted decide en cualquier momento dejar de responderlo o retirar el permiso de usar sus respuestas en la investigación también puede hacerlo, no es necesaria una explicación de su decisión.

El cuestionario que llena se usará en la investigación "*Actitudes de Psicólogos y Psiquiatras en pacientes sobre el Trastorno de Personalidad Límite en un Hospital Psiquiátrico de Lima, Perú*", que será presentada como Tesis de Grado por el Bachiller en Psicología Paolo Pérez Luna en la Universidad de Lima, no se utilizará su nombre ni se le identificará con sus respuestas o con el cuestionario.

Al tener el trabajo en formato para su publicación se le hará llegar una copia a su correo electrónico.

Gracias por su colaboración.
Paolo Pérez Luna
Teléfono 997182051
Correo: paolopl@gmail.com

Yo, _____ he sido informado(a) de las condiciones en las cuales acepto participar de la investigación realizada por el Bachiller en Psicología Paolo Pérez Luna con código 20042787 de la Carrera de Psicología de la Universidad de Lima.

Lima, ____ de _____ del 2015

Firma del Participante

ANEXO 2: Ficha de Recolección de Datos

“Actitudes de Psicólogos y Psiquiatras de pacientes sobre el Trastorno de Personalidad Límite en un Hospital Nacional de Lima, Perú”

Ficha de Recolección de Datos

Por favor llene la siguiente información marcando con una “x” en el recuadro:

1. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino

2. Edad: _____

3. Tiempo que lleva trabajando en el área de Salud Mental: _____

- 4.Cuál es su profesión:
 - Medico Psiquiatría
 - Psicólogo

5. Señale si tiene alguna formación en psicoterapia:
 - Si
 - No

6. Si marcó si, indique que tipo de psicoterapia utiliza: _____

- 7.Cuál es su experiencia con consultantes diagnosticados con “trastorno de personalidad limítrofe”:
 - La mayoría de mi trabajo es con estos consultantes
 - He trabajado con algunos de ellos
 - Nunca trabaje con ellos

8. Tiene algún conocimiento sobre las siguientes terapias:
 - Terapia Dialectico Comportamental
 - Terapia de Mentalización
 - Terapia enfocada en la Trasferencia

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 3: Escala de Actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de Personalidad

Escala de actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de la Personalidad

Por favor lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones sobre los casos de pacientes con trastornos de personalidad límite, y marque con un círculo la alternativa que refleje mejor su parecer:

- a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni acuerdo ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
-
1. Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
 2. Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
 3. Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
 4. Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
 5. Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
 6. Suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante el tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
 7. Me he sentido aliviado luego de que un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandone el tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
 8. El trastorno de personalidad límite tiene un mal pronóstico.
a) b) c) d) e)
 9. El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización.
a) b) c) d) e)

10. La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
11. Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite para su hospitalización.
- a) b) c) d) e)
12. Me he sentido aliviado luego de que un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandonara la hospitalización mediante alta voluntaria.
- a) b) c) d) e)
13. Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando son hospitalizados.
- a) b) c) d) e)
14. Durante el tratamiento intento validar las emociones de los pacientes con trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
15. Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación.
- a) b) c) d) e)
16. Es difícil realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
17. He sentido cólera hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)
18. De ser indispensable hospitalizar a un paciente con trastorno de personalidad límite, esta hospitalización debe de ser lo más corta posible.
- a) b) c) d) e)
19. He sentido rechazo hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)
20. Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
21. Me agrada brindar tratamiento ambulatorio a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
22. La hospitalización de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite suele ser emocionalmente agotadora.
- a) b) c) d) e)
23. Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada.
- a) b) c) d) e)
24. Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)

25. La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible.
a) b) c) d) e)
26. Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento.
a) b) c) d) e)
27. He sentido cólera hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización.
a) b) c) d) e)
28. Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límite son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
29. El trato que les doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
30. Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
31. He sentido rechazo hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización.
a) b) c) d) e)
32. Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta.
a) b) c) d) e)
33. Discuto con los pacientes el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
34. Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente.
a) b) c) d) e)
35. Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
36. Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación.
a) b) c) d) e)
37. Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
38. Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)

ANEXO 4: Version Final de la Escala de Actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de Personalidad

Escala de actitudes sobre los pacientes con el Trastorno Límite de la Personalidad

Por favor lea cuidadosamente las siguientes afirmaciones sobre los casos de pacientes con trastornos de personalidad límite, y marque con un círculo la alternativa que refleje mejor su parecer:

- f) Totalmente de acuerdo
- g) De acuerdo
- h) Ni acuerdo ni en desacuerdo
- i) En desacuerdo
- j) Totalmente en desacuerdo

1. Intento poner límites personales, desde el inicio del tratamiento, a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
2. Son necesarias varias consultas antes de realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
3. Me he sentido frustrado durante la hospitalización de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
4. Durante la hospitalización, suele ser complicado mantener límites con los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
5. Me he sentido frustrado durante el tratamiento ambulatorio de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
a) b) c) d) e)
6. Suele ser complicado mantener límites personales con pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante el tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
7. Me he sentido aliviado luego de que un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite abandone el tratamiento ambulatorio.
a) b) c) d) e)
8. El trastorno de personalidad límite tiene un mal pronóstico.
a) b) c) d) e)
9. El trato que le doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante una hospitalización.
a) b) c) d) e)

10. La conducta manipuladora del sujeto es un síntoma importante para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
11. Prefiero derivar a otros colegas a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite para su hospitalización.
- a) b) c) d) e)
12. Prefiero evitar tratar pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando son hospitalizados.
- a) b) c) d) e)
13. Durante el tratamiento intento validar las emociones de los pacientes con trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
14. Los intentos suicidas durante su tratamiento ambulatorio en pacientes con trastorno de personalidad límite suelen ser intentos de manipulación.
- a) b) c) d) e)
15. Es difícil realizar el diagnóstico de trastorno de personalidad Límite.
- a) b) c) d) e)
16. He sentido cólera hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)
17. He sentido rechazo hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)
18. La hospitalización de un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite suele ser emocionalmente agotadora.
- a) b) c) d) e)
19. Durante el tratamiento ambulatorio confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite cuando su conducta es inapropiada.
- a) b) c) d) e)
20. Doy psicoeducación sobre su diagnóstico a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
21. La hospitalización de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite debe ser evitada en la medida de lo posible.
- a) b) c) d) e)
22. Mantengo hospitalizados a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite hasta que vea cambios en su motivación al tratamiento.
- a) b) c) d) e)
23. He sentido cólera hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización.
- a) b) c) d) e)
24. Las conductas manipuladoras por parte del paciente con trastorno de personalidad límite son frecuentes durante su tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)

25. El trato que les doy a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite es similar al que brindo a otros pacientes durante un tratamiento ambulatorio.
- a) b) c) d) e)
26. Suelo terminar emocionalmente agotado luego de una consulta con un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
27. He sentido rechazo hacia un(a) paciente con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite durante su hospitalización.
- a) b) c) d) e)
28. Confronto a los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, durante una hospitalización, sobre las razones que lo llevaron a esta.
- a) b) c) d) e)
29. Durante la hospitalización de pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, la conducta manipuladora es frecuente.
- a) b) c) d) e)
30. Durante el tratamiento ambulatorio, la relación terapéutica es difícil de manejar en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
31. Les enseño a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite sobre las conductas de manipulación.
- a) b) c) d) e)
32. Es necesario aplicar pruebas psicológicas para hacer el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)
33. Doy psicoeducación sobre el diagnóstico a los familiares de los pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite.
- a) b) c) d) e)