



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Medicina**



**Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”**

Evaluación de las funciones yoicas en Pacientes Ambulatorios con Trastorno Límite de la Personalidad, candidatos a un proceso psicoterapéutico grupal, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

**Berenice Rangel Barrera**

**Asesores:**

**Dr. Marco Antonio López Butrón**  
Asesor teórico

**Dr. Jorge Andrés Peña Ortega.**  
Asesor Metodológico.

México, D. F. 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco la participación de cada uno de los pacientes, su cooperación y constancia que permitieron la elaboración de esta investigación.

En especial agradezco a los médicos del servicio de consulta externa que me apoyaron en todo momento, al Dr. Constantino Flores y al Dr. Francisco Muñoz, encargados de llevar los grupos de valoración y tratamiento a largo plazo respectivamente, por permitirme integrarme y aprender de su trabajo, también al jefe de servicio de consulta externa, el Dr. Alvar Colonia, quien nunca perdió el interés por compartirnos su experiencia.

También agradezco a mis asesores de tesis, el Dr. López Butrón y el Dr. Peña Ortega, quienes desde un principio apoyaron mi proyecto y contribuyeron en todo momento hasta finalizar el mismo.

En general a todos aquellos que intervinieron en mi formación como psiquiatra, profesores y compañeros, que tal vez sin saberlo, lograron contribuir como un estímulo con sus cuestionamientos y propuestas. Agradezco a aquellos profesores que dedicaron gran parte de su tiempo a la enseñanza y a quienes aun muestran interés por sembrar conocimiento en quienes el día de mañana se encargarán de la salud mental.

## **CONTENIDO**

**AGRADECIMIENTOS** ..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**LISTA DE CUADROS Y FIGURAS** ..... **III**

**ABREVIATURAS**.....**IV**

**RESUMEN**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**INTRODUCCIÓN**.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**MARCO DE REFERENCIA**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**ANTECEDENTES**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**JUSTIFICACIÓN** .....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**OBJETIVOS** ..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**HIPÓTESIS**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**MATERIAL Y MÉTODOS**.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**TIPO DE ESTUDIO** ..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA** ..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**PROCEDIMIENTO**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**RESULTADOS**.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**DISCUSIÓN**.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**CONCLUSIONES**.....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**REFERENCIAS** .....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**ANEXOS** .....;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**I. CONSENTIMIENTO INFORMADO**..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

**II. ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA.** ..... ;ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

## LISTA DE CUADROS Y FIGURAS

*Cuadro 1: Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad DSM IV;***Error! Marcador no definido.**

*Cuadro 2: Frecuencia de trastornos de personalidad atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Año 2007; Servicio de Estadística).....***Error! Marcador no definido.**

*Cuadro 3: Valores asignados en la Evaluación de Funciones Yoicas para la calificación<sup>23</sup>;***Error! Marcador no definido.**

*Cuadro 4: Estadística descriptiva de las funciones yoicas. ....***Error! Marcador no definido.**

*Cuadro 5: Análisis estadístico entre el género de los pacientes en relación con las funciones yoicas..***Error! Marcador no definido.**

*Cuadro 6: Comparación de la media de las funciones yoicas, entre datos de los pacientes con trastorno límite contra datos de médicos residentes sin diagnóstico psiquiátrico<sup>25</sup> .....***Error! Marcador no definido.**

*Figura 1: Media de las funciones yoicas del total de la población N=57.....***Error! Marcador no definido.**

*Figura 2: Comparación de la media de las funciones yoicas, entre datos de los pacientes con trastorno límite contra datos de médicos residentes sin diagnóstico psiquiátrico<sup>25</sup> .....***Error! Marcador no definido.**

## ABREVIATURAS

B.E.	Barrera a los Estímulos. (Función Yoica)
Col.	Colaborador.
Cols.	Colaboradores.
D.C.	Dominio y Competencia. (Función Yoica)
DE	Desviación Estándar.
EEG.	Electroencefalograma.
EFY.	Evaluación de la funciones yoicas.
F.A.	Funcionamiento Autónomo. (Función Yoica)
F.D.	Funcionamiento Defensivo. (Función Yoica)
F.S.I.	Función Sintético Integrativa. (Función Yoica)
Ju.	Juicio. (Función Yoica)
M.	Media
MMPI.	Minnesota Multiphasic Personality Inventory.
N.	Número total de la muestra.
NIMH.	National Institute of Mental Health.
P.Ej.	Por ejemplo.
Pg.	Página.
P.P.	Procesos del pensamiento. (Función Yoica)
P.R.	Prueba de Realidad. (Función Yoica)
R.A.I.I.	Regulación de afectos, impulsos e instintos. (Función Yoica)
R.A.S.Y.	Regresión Adaptativa al Servicio del Yo. (Función Yoica)
R.O.	Relaciones Objetales. (Función Yoica)
S.R.	Sentido de Realidad del Mundo y del Sí Mismo. (Función Yoica)
SCL-90	Symptom Check List 90
SCL-90-R.	Symptom Check List 90 items Revised.
TAT.	Test de Apercepción Temática.
TSP.	Total de Síntomas Positivos.
UNAM.	Universidad Nacional Autónoma de México.

## **RESUMEN**

Las funciones del yo son un constructo originado en el psicoanálisis, que involucra procesos funcionales que se infiere ocurren en una parte del aparato psíquico en el modelo tripartita de la mente, el Yo. Son asequibles a su valoración, utilizando un instrumento objetivo, confiable, y validado en población mexicana, la Evaluación de las Funciones Yoicas de Bellak. Un Yo que presente un adecuado funcionamiento, involucra una mejor salud mental, y una mayor adaptabilidad y desempeño en las diferentes esferas vitales. Los psicoanalistas han realizado numerosos aportes empíricos al estudio del funcionamiento yoico en los pacientes borerline. Fairbairn, encontró que las funciones del Yo en pacientes con trastorno límite de personalidad, luchan contra la escisión y la debilidad del Yo, para mantener integrada la realidad externa, el comportamiento, la realidad interna psíquica y corporal.

El objetivo de esta investigación es evaluar las funciones yoicas en pacientes con diagnóstico clínico de Trastorno Límite de la Personalidad, del Hospital Fray Bernardino Álvarez que son candidatos para valoración del proceso de psicoterapia grupal.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó una investigación descriptiva con observación transversal y se incluyeron pacientes que fueran diagnosticados clínicamente como Trastorno Límite de Personalidad además de ser enviados al proceso de valoración para iniciar psicoterapia grupal. Se les aplicó la EFY (Evaluación de Funciones Yoicas) y el análisis estadístico consistió en fórmulas estadísticas descriptivas como porcentajes, medias, medianas y desviación estándar. Para encontrar una asociación estadística se utilizó una T de student.

**RESULTADOS.** Se detectaron 148 pacientes diagnosticados y citados para iniciar el proceso de valoración a psicoterapia de grupo, de los cuales solo 73 pacientes se presentaron y continuaron con dicho proceso. Se eliminaron 10 pacientes y 6 se excluyeron. Por lo que finalmente se obtuvo una muestra de 57 pacientes. Las funciones que tuvieron peor puntaje fueron: Barrera a estímulos, función defensiva, dominio y competencia, función sintético integradora en orden descendente. Mientras que las funciones en las que se mostró mejor desempeño fueron: procesos del pensamiento, juicio, sentido de realidad y prueba de realidad en forma ascendente.

**DISCUSIÓN.** Se encontró un mayor porcentaje de mujeres con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (85.9%) lo cual corresponde con un predominio de género reportado a nivel internacional como característica epidemiológica de dicho trastorno. Un sesgo de este estudio fue que solo se tomaron aquellos pacientes que fueran candidatos a psicoterapia grupal y acudieran a la misma, además de la probabilidad de contar con alguna comorbilidad psiquiátrica. Las doce funciones en general presentaron medias bajas, incluso con mayor evidencia al compararlas con una población sin evidencia de patología psiquiátrica.

**CONCLUSIONES.** Los pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, candidatos para psicoterapia grupal, presentan un funcionamiento yoico deficiente, menor que en la población mexicana sin evidencia de diagnóstico psiquiátrico. Los hombres presentaron un mejor funcionamiento yoico aunque sin asociación estadística significativa.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón perdurable de inestabilidad en la regulación del afecto, en el control de impulsos, en las relaciones interpersonales y en la autoimagen<sup>1</sup>.

El concepto de trastorno de personalidad límite lleva consigo un extenso recorrido de investigaciones y estudios que han intentado clasificarlo, ya sea dentro del espectro de la esquizofrenia o de los trastornos del ánimo, en un primer momento. Ha sido denominado de diferentes formas por estudiosos del tema: síndrome, condición, estructura, estado, organización, personalidad, etcétera seguidas de la condición limítrofe o límite. El uso corriente del lenguaje psiquiátrico y psicoanalítico ha adoptado el anglicismo *borderline*. Estos dos enfoques han guiado preponderantemente la discusión, en miras de establecer un diagnóstico, curso y tratamiento claro para estos pacientes, distinguiéndolo de otras patologías.

Se estima que entre el 10% y 13% de la población general tiene algún trastorno de personalidad<sup>1, 2</sup>, y en la consulta psiquiátrica ambulatoria esa cifra se eleva del 30% al 50%. Si se toma en cuenta además a las personas cercanas que establecen lazos estrechos con estas personas, y que de algún modo padecen sus síntomas en la convivencia diaria la importancia de este trastorno aumenta considerablemente, afectando en nuestra sociedad a millones de personas.

El trastorno de personalidad límite es un cuadro psicopatológico cuya sola prevalencia constituye una buena razón para estudiarlo: según la literatura internacional, la prevalencia varía en un rango del 0.8% en Noruega al 1.8% en los Estados Unidos<sup>2, 3, 4</sup> en general se considera que lo padece del 1 al 2% de la población, el 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y el 20% de los hospitalizados<sup>1</sup>. En nuestro país, no hay datos epidemiológicos que permitan inferir la prevalencia aún, sin embargo, contamos con la



información del departamento de estadística del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, de manera descriptiva, es el trastorno de personalidad más frecuentemente diagnosticado.

### **Marco de referencia.**

El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por una severa disfunción psicosocial<sup>5</sup> y una elevada tasa de mortalidad debido al suicidio, se calcula que el 10% de pacientes lo cometen (lo cual aumenta 50 veces el riesgo en comparación con la población general<sup>6</sup>. Debido al tipo de tratamiento que requieren, los pacientes con este desorden de personalidad utilizan más recursos en cuanto a salud mental se refiere que los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos<sup>7,8</sup>.

El DSM-IV-R<sup>6</sup> considera 9 criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad, incluyendo las condiciones comentadas en el cuadro 1. Las personas que presentan este espectro clínico muestran una serie de características comunes sintomáticas, desde cualquier perspectiva teórica de donde se mire. Dentro de éstas, se encuentran los sentimientos crónicos de vacío y tedio, los que aludirían a un déficit de desarrollo de recursos yoicos genuinos y propios para enfrentar la realidad. También se encuentra la imposibilidad que tienen estas personas para estar solos, la que tendría su raíz o explicación en el hecho que el sí mismo primitivo nunca pudo descubrir la posibilidad de “ser” sin estar permanentemente referido a otro, que al no satisfacer las necesidades de confianza básica impidió el desarrollo y condicionó la permanente búsqueda de una incondicionalidad imposible de encontrar. La inestabilidad afectiva, la tendencia a la depresión, a la irritabilidad y ansiedad son expresiones de esta misma situación<sup>9</sup>.

#### **Cuadro 1: Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad DSM IV**

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos; marcada impulsividad, de inicio en la adultez temprana y que se presenta en varias situaciones, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo

(p.ej. sexo, gastos, abuso de sustancias, conducción irresponsable, atracones de comida).

2) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.

3) Inestabilidad afectiva: cambios marcados del humor, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad de horas o pocos días de duración.

4) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

5) Un patrón de relaciones interpersonales inestables o intensas, caracterizadas por extremos de idealización y devaluación.

6) Alteración de la identidad: acusada y persistente inestabilidad de la autoimagen y del sentido de sí mismo.

7) Sentimientos crónicos de vacío.

8) Ira inapropiada e intensa dificultad para controlarla.

9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Los consensos de expertos, consideran que los síntomas del Trastorno Límite se pueden clasificar en 4 áreas de psicopatología, y así poderlos diferenciar de otros trastornos de personalidad<sup>1, 10</sup>. La primer área son los desordenes afectivos: Los pacientes con trastorno límite tienen un rango de intensos afectos disfóricos, algunas veces experimentados como tensión, rabia, pena, vergüenza, melancolía, terror, o sentimientos crónicos de vacío y soledad. Estos pacientes pueden distinguirse de otros grupos por el grado exagerado de su dolor emocional multifacético<sup>11, 12</sup>. Otro aspecto de los desordenes afectivos es su reactividad emocional intensa<sup>13</sup>, los pacientes a menudo cambian de un estado anímico reactivo de forma rápida y fluida, experimentando diversos estados disfóricos y periodos de eutimia durante el curso de un solo día.

La segunda área psicopatológica son las alteraciones cognitivas. Los pacientes muestran tres niveles de sintomatología cognitiva<sup>10</sup>, A) Problemática no psicótica como ideas

sobrevaloradas de ser malo, experiencias de disociación en términos de despersonalización y desrealización, suspicacia e ideas de referencia no delirante; B) Síntomas casi-psicóticos o “como si fueran” psicóticos (psychotic-like), por ejemplo delirios o alucinaciones, transitorios, circunscritos y hasta cierto punto basados en la realidad; y 3) delirios o alucinaciones genuinos o verdaderos. La última categoría generalmente sucede en el contexto de una depresión psicótica<sup>14</sup>. Las alteraciones severas de la identidad se consideran en el área cognitiva, ya que se basan en una serie de creencias falsas.

La tercera es la impulsividad. Los pacientes pueden incluirse en formas deliberadas de daño físico autoinfligido, o formas más generales de impulsividad. La automutilación, ideación suicida e intentos suicidas son característicos en el primer grupo, mientras que en el segundo son abuso de sustancias, alimentación desordenada, gastos excesivos, conducción temeraria o heteroagresividad verbal o física.

La última área son las relaciones intensas e inestables, que se caracterizan por dos tipos de problemas distintos pero interrelacionados. El primero es un profundo miedo al abandono, el cual tiende a manifestarse con esfuerzos desesperados para evitar ser dejados solos. El segundo es una calidad tumultuosa en las relaciones vinculares cercanas, marcadas por discusiones frecuentes, separaciones y rompimientos, y estrategias mal adaptadas que pueden enojar o asustar a los otros, como respuestas impredecibles o altamente emocionales.

A partir de los últimos trabajos de Freud, en particular los referidos a la formulación del segundo modelo, el modelo estructural (que divide el aparato psíquico en Ello, Yo y Superyó), varios analistas europeos, de los años treinta hasta los sesenta (pero ya ubicados en Estados Unidos) se reunieron para fundar una corriente conocida como la Psicología del Yo, siendo sus principales exponentes Heinz Hartmann y Anna Freud. La Psicología del Yo obedeció a motivaciones de índole teórica y de tipo práctico. El interés

teórico fue transformar el Psicoanálisis que se había dedicado a estudiar el conflicto mental y los fenómenos inconscientes, en una psicología general. Para esto debían investigar desde la perspectiva psicoanalítica los fenómenos que habían sido abandonados a psicólogos académicos. Era necesario incluir temas como funciones mentales, conducta, inteligencia, pensamiento, entre otros, con el fin de comprender los procesos conscientes y preconscientes conocidos, a la luz de las concepciones psicoanalíticas<sup>15</sup>. La “Ego Psychology” dedicó sus esfuerzos a desarrollar la teoría psicoanalítica desde el punto de vista estructural, reformulando conceptos previos y por lo tanto generando nuevos conocimientos.

Hartmann como uno de los principales exponentes de la Psicología del Yo, obtuvo contribuciones por parte de Freud a su hipótesis psicoanalítica donde conceptualiza las actividades psíquicas humanas como ocurrentes más en el nivel consciente que en el inconsciente<sup>16</sup>. Muestra un notable apego a la teoría freudiana, por lo cual sería conveniente incluso considerarlo como una profundización de algunas de sus ideas. Además de tomar como base la estructura tripartita de la mente, utilizó las explicaciones de índole económica de dicha metapsicología<sup>15</sup>. Cuestiona la visión freudiana del yo como una estructura monolítica y unitaria, y subrayó su complejidad y heterogeneidad, muestra la complejidad de las relaciones entre las estructuras, revisa la cruda y simplista dialéctica del dualismo polar entre opuestos (por ejemplo: impulso del ello – defensa del yo, libido – agresión, principio del placer – principio de realidad), introduciendo una visión de campo con múltiples factores, más acorde a los modelos causales de la ciencia moderna en general<sup>17</sup>.

Los teóricos de dicha corriente, con ahínco investigaron al Yo, sus mecanismos de funcionamiento, su desarrollo y la relación de éste con las demás instancias del aparato psíquico y con la realidad. Proponen la existencia de aparatos innatos del yo constituidos por actividades como la memoria, la percepción, la motricidad, la capacidad de asociación, etcétera. Desde su punto de vista, el Yo no surge únicamente del conflicto

entre el ello y la realidad como se planteó inicialmente. Está presente desde el nacimiento representado por algunas funciones que por no estar inmersas en el conflicto entre el mundo interno y la realidad externa son autónomas y se consideran “área libre de conflictos”. Sin embargo ciertas funciones surgidas inicialmente del conflicto entre el ello y la realidad se pueden independizar posteriormente, adquiriendo una autonomía llamada secundaria<sup>15</sup>.

Hartmann considera al Yo como una estructura que contiene a su vez, un cierto número de subestructuras, originadas en distintos momentos del desarrollo; permitiendo un ordenamiento jerárquico y genético. Dicho orden depende del grado de neutralización de la energía que usan, ya sea libidinal o agresiva<sup>18</sup>. Así mismo considera que no toda la energía usada por el Yo deriva de los impulsos, gran parte de ella es primaria y autónoma<sup>19</sup>. Pensando que hay ciertas funciones autónomas primarias del yo, presentes en forma rudimentaria desde el nacimiento, afirma que hay diferencias congénitas de las funciones yoicas<sup>18</sup>.

Las modificaciones al concepto afirman que desde el nacimiento todo ser humano cuenta con una dotación innata de funciones yoicas que no guardan relación directa con los impulsos; Y dicha dotación es un importante auxiliar que el Yo podrá utilizar para resolver los conflictos que se le presentan en su relación con el ello y la realidad. También el autor considera que las funciones autónomas del Yo, son la base filogenética de los mecanismos de defensa, como si fueran moldes sobre los cuales, en el curso del desarrollo psíquico podrán armarse distintas modalidades defensivas<sup>18</sup>.

Así mismo propone que hay factores que determinan la funcionalidad del Yo que interactúan en el curso del desarrollo con el constitucional ya mencionado: las influencias de los impulsos instintivos, los condicionamientos de la realidad externa, y por último el propio cuerpo, que juega un importante papel en la diferenciación del yo con el mundo de los objetos<sup>19</sup>. Lo que mueve al Yo a diferenciarse es la necesidad de

supervivencia; mientras que en los animales basta con satisfacer el principio del placer (o de la descarga inmediata del impulso), en los humanos depende de favorecer su adaptación al medio.

Los seguidores de esta teoría psicoanalítica, como David Rappaport<sup>20</sup> y Edith Jacobson<sup>21</sup> continuaron el trabajo de Hartmann y afinaron con más precisión sus contribuciones; permiten integrar al campo clínico conceptos como funciones, fortalezas y debilidades del Yo como parte de la evaluación psicodinámica habitual del paciente. Bellak y col.<sup>22</sup> sistematizaron las funciones del yo en escalas utilizadas tanto para la investigación como para la evaluación clínica.

En forma concreta que el concepto psicoanalítico del Yo, se refiere a una de las tres estructuras del aparato mental. Generalmente, las estructuras se relacionan con patrones de organización, esquemas de funcionamiento, órganos y aparatos. Por otra parte, las funciones suelen referirse a actividades y procesos. Mientras que las estructuras se refieren, por lo común a algo relativamente fijo, las funciones se describen como variaciones sistémicas dentro de aquellas<sup>23</sup>. El concepto de estructura, se refiere a una construcción teórica, cuyos referentes empíricos son funciones mentales específicas organizadas en sistemas de nivel u orden superior; cada una representa un aspecto particular del funcionamiento mental. Es claro que esta estructura metapsicológica, está relacionado con un sustrato biológico<sup>17</sup>.

El Yo, como sistema de funciones, aparece dotado de una movilidad mayor que los otros dos, su plasticidad potencial contrasta con la inercia asignada al superyó y al ello. Esa movilidad permite dar cuenta de fenómenos empíricamente constatables en la experiencia clínica, de modificaciones en el comportamiento del sujeto. Además al ser la parte del aparato psíquico que está en contacto con la realidad, aparece como zona puente de especial interés para todo enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico que

aspire a rebasar los marcos de una óptica individual concentrada en el “mundo interno”<sup>24</sup>.

Los constructos de las funciones del Yo pueden referirse a contenidos, procesos o resultados mentales. Una base sólida para entender y tal vez clasificar a dichas funciones, está en los términos de los procesos involucrados. Los resultados adquieren mayor importancia cuando reflejan que algún individuo manifiesta graves problemas de adaptación en determinada área de las funciones yoicas. El hecho de definir al Yo por medio de sus funciones, implica la decisión de clasificarlas de una manera particular y luego llamar Yo a esta suma de procesos<sup>23</sup>.

El Yo, organiza y controla la movilidad y la percepción del mundo exterior, pero también del si mismo; sirve como una barrera protectora contra los estímulos externos y los internos; Comprueba la realidad e incide sobre ella. Un amplio sector de las funciones del Yo puede ser descrito también desde el ángulo de su naturaleza inhibitoria. Otra serie de funciones que se atribuyen al Yo, es lo que se denomina el carácter de una persona, y otra, son las tendencias coordinadoras e integradoras conocidas como la función sintética<sup>25</sup>.

Trabajan con energía neutral, y pueden contraponer esa energía a la satisfacción de los impulsos instintivos; pero no solo se opone a ellos, sino que busca facilitar su satisfacción. Es el lugar donde se manifiesta la intuición, pero también la racionalización y parte del juicio; suscita el conocimiento objetivo de la realidad, pero al mismo tiempo por medio de la identificación y el ajuste social, entra en posesión durante el desarrollo de los prejuicios convencionales del medio ambiente; Como se ve, persigue sus finalidades independientes, pero también es característico de él tomar en consideración las demandas de las otras subestructuras de la personalidad<sup>26</sup>.

Existen diversas clasificaciones de las funciones yoicas, dependiendo el autor y su corriente teórica. Sin embargo, a pesar de ellas, tienden a agruparlas en tres órdenes primordiales<sup>24</sup>:

- a) Funciones Yoicas Básicas: Dirigidas al mundo exterior, a los otros y a aspectos del sí mismo: percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación (planificación o programación de la acción), exploración, ejecución, control y coordinación de la acción. Dependen esencialmente de la integridad y el correcto funcionamiento del Sistema Nervioso Central y por lo tanto están dotadas de un cierto potencial de autonomía primaria; es decir, están “libres de conflictos”, actúan eficazmente dentro de un margen amplio de condiciones.
  
- b) Funciones Defensivas: Dirigidas a neutralizar las ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos que se generan entre las condiciones de la realidad, los impulsos y las prohibiciones. Actúan simultáneamente que las básicas, las cabalgan y por ello, a menudo las interfieren en sus otros fines de ajuste. Por ejemplo, la defensa represión, no actúa solamente sobre el impulso, sino que se vale de su acción sobre percepciones, recuerdos, pensamientos y ejecuciones motoras para oponerse al instinto. Cabe aclarar que tanto las funciones defensivas influyen a las básicas como éstas moldean a las funciones de defensa; de la fuerza y disponibilidad constitucional de las funciones básicas depende la configuración del repertorio defensivo.
  
- c) Funciones Integradoras, Sintéticas u Organizadoras: Constituyen un estrato superpuesto jerárquicamente a las anteriores, permite mantener una cohesión, un predominio de los sinergismos sobre los antagonismos funcionales. De la multiplicidad de determinaciones que constituyen a un individuo, estas funciones tienden constantemente a “totalizarlo”.



Así mismo se mencionan algunas cualidades propias de las funciones yoicas, como son la autonomía (Posibilidad de cierto funcionamiento yoico no interferido por el compromiso de sus funciones al manejar los conflictos), Fuerza (Eficiencia adaptativa que logra una función cotejada por el monto de exigencias a la que es sometida y su adecuada resolución de las mismas) y Plasticidad (capacidad de reajuste del repertorio de funciones ante variaciones producidas en la calidad y el monto de las exigencias que enfrenta el individuo)<sup>24</sup>.

La definición de fortaleza yoica, es incompleta, si no se refiere a las estructuras intrasistémicas, es decir, si no toma en cuenta la preponderancia relativa de ciertas funciones del Yo sobre otras. Además involucra al grado en que el funcionamiento yoico es invadido o no por los otros sistemas, ello o superyó<sup>23</sup>. Fuerza del yo, cohesión y capacidad adaptativa son categorías que se adjudican al Yo desde el punto de vista metapsicológico. Un Yo es tanto más fuerte cuanto mejor puede enfrentar la ansiedad sin fragmentarse o escindirse, también si puede resolver mejor las distintas tareas, tales como contrastar la realidad objetivamente, emplear defensas mentales adecuadas frente a la angustia, a veces frenar los impulsos del ello y a veces facilitar su descarga<sup>15</sup>.

Hay 3 factores que se consideran principales para la evolución y el desarrollo de las funciones yoicas: la intensidad de los impulsos, la dotación genética y las influencias ambientales. El grupo y el ambiente donde se desarrolla el sujeto, puede presentar situaciones “yo reforzadoras”, pero también “yo debilitadoras”, es decir, aquellas donde se ataquen las capacidades yoicas, no se reafirmen ni se estimulen, se subrayen sus limitaciones o errores y se les niegue la posibilidad de replantear sus propias reglas de funcionamiento<sup>24</sup>.

Las distintas funciones yoicas requieren, con fines de lograr la adaptación óptima, una coordinación y una ordenación jerárquica que permita resolver diferendos de manera tal que no afecten la armonía interna del Yo ni la coexistencia con otras instancias psíquicas.

La estabilidad emocional y adaptativa de una persona está dada no sólo por la resolución equilibrada entre el yo y el ello, el yo y el superyó o el yo y la realidad, sino también por la ordenación y coordinación adecuada de las distintas funciones yoicas entre sí<sup>15</sup>.

Aunque generalmente se reconoce que las funciones del Yo son interdependientes, la experiencia clínica indica que las deficiencias en el funcionamiento tienden a ser más específicas que globales. Cuanto menos diferenciada está la personalidad, es mayor la tendencia de diversas funciones del Yo a mostrar, al mismo tiempo características de inadaptación. También es conveniente recordar que hay momentos estresantes o de ansiedad que favorecen situaciones regresivas en los pacientes, lo cual mostraría fluctuaciones en sus funciones yoicas<sup>22</sup>.

Muchos psicoanalistas han enumerado y discutido las funciones del Yo: Hartmann en 1939, Anna Freud en 1955, Bellak en 1949, Beres en 1956, y Arlow y Brenner en 1964<sup>22</sup>, por mencionar algunos de los principales. Además, diversos investigadores han desarrollado escalas para medir o evaluar las funciones yoicas. Al definir al yo por sus funciones, se alcanzan criterios operacionales. El concepto de las funciones del yo tiene un uso clínico directo en el enlace de lo descriptivo con lo psicodinámico, permitiendo así comprender, describir y controlar, favoreciendo el análisis objetivo de un constructo dinámico en la práctica clínica<sup>25</sup>.

En un proyecto de investigación auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INMH) en los Estados Unidos, se realizó un estudio sobre el funcionamiento del Yo de 100 sujetos (50 pacientes esquizofrénicos, 25 pacientes neuróticos y 25 personas normales), con el propósito de definir las principales manifestaciones comúnmente reconocidas del funcionamiento del yo<sup>22</sup>. El procedimiento de evaluación consistió en una entrevista clínica semiestructurada de dos horas con cada sujeto, diseñada para obtener información relevante acerca del funcionamiento pasado y presente del Yo; incluyó además una encuesta sobre la historia familiar. La entrevista fue videograbada y

posteriormente tres clínicos la vieron y evaluaron de manera independiente. El estudio duró tres años y fue necesario un gran equipo de investigadores, quienes después de un prolongado proceso de ensayo y error, llegaron finalmente a una lista de doce funciones del yo, a las que consideraron necesarias y suficientes, para la descripción y comprensión de las personas. Se definió a las doce funciones en términos de sus principales factores componentes, y se desarrollaron procedimientos para medir la adecuación de cada una. Fue traducida y validada en México en 1992<sup>23</sup>.

Las 12 funciones (con sus diversos componentes) que fueron finalmente seleccionadas fueron las siguientes<sup>22</sup>:

1. Relaciones Objetales: Se refiere al grado y tipo de las relaciones y del compromiso con los demás (tomando en cuenta al aislamiento, la preocupación narcisista, la elección narcisista del objeto o la mutualidad), la medida en que las relaciones presentes se adapten o no, que tanto son influidas por las antiguas, y sirven a propósitos presentes y maduros, más que a otros pasados e inmaduros; el grado en que la persona percibe a los demás como entidades separadas más que como una extensión de sí misma, y la medida en que la persona puede mantener la constancia objetal (tolerar la ausencia física, sostener relaciones por periodos prolongados, adaptarse a la ansiedad, frustración y hostilidad relacionadas con el objeto).
2. Prueba de Realidad: Involucra la distinción entre los estímulos internos y los externos, la exactitud de la percepción (incluyendo la orientación en tiempo, lugar y la interpretación de los acontecimientos externos, y precisión de la prueba de realidad interna (disposición psicológica y conciencia de los estados internos).
3. Juicio: Es la conciencia de lo adecuado y de las probables consecuencias de la conducta futura (anticipar probables peligros, responsabilidades, censura o desaprobación social) y el grado en el que la conducta manifiesta es un reflejo de la conciencia de esas probables consecuencias.
4. Sentido de Realidad del Mundo y del Sí Mismo: La medida en que los acontecimientos externos se experimentan como reales y como parte de un contexto

familiar; el grado en el que el cuerpo y su funcionamiento, y la conducta de uno mismo, se experimenta como perteneciente o procedente del individuo; el grado en que la persona ha desarrollado su individualidad, la unicidad, el sentido del si mismo y la autoestima, y el grado en que las auto representaciones de la persona están separadas de sus representaciones objetales.

5. Regulación y Control de Afectos, Instintos e Impulsos: Muestra que tan directa es la expresión de los impulsos (en un rango que va desde el acting out primitivo, pasando por el acting out neurótico, hasta las formas relativamente indirectas de expresión conductual) y la eficacia de la dilación y el control, el grado de tolerancia a la frustración, y la medida en que los derivados de los impulsos se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.
6. Procesos del Pensamiento: Es la adecuación de los procesos que adaptativamente guían y sostienen el pensamiento (atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria, y lenguaje), y la medida en que el proceso primario relativo influye en el pensamiento secundario (es decir, grado en que el pensamiento es irreal, ilógico, difuso).
7. Regresión Adaptativa al Servicio del Yo: Involucra el relajamiento de la agudeza perceptiva y conceptual y de otros controles del yo con un aumento concomitante en la conciencia de contenidos antes preconscientes, e incluso inconscientes, con la inducción de nuevas configuraciones que incrementan los potenciales adaptativos como resultado de integraciones creativas.
8. Funcionamiento Defensivo: Es la medida en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptablemente a la ideación y la conducta, y la medida en que tales defensas han tenido éxito o han fracasado (que se demuestra con el grado de surgimiento de ansiedad, depresión o afectos disfóricos, manifestaciones de la debilidad de las operaciones defensivas).
9. Barrera a los estímulos: El umbral, la sensibilidad y la conciencia relacionados con la conciencia de los estímulos que inciden en varias modalidades sensoriales (principalmente externas, pero que incluyen el dolor) y la naturaleza de la respuesta

a diversos niveles de estimulación sensorial en términos de los mecanismos empleados para enfrentarse activamente a ellos, o los efectos negativos de los mismos: desorganización, evitación, aislamiento.

10. Funcionamiento Autónomo: Grado de inmunidad al deterioro de los aparatos de la autonomía primaria (trastornos funcionales de la vista, audición, lenguaje, memoria, aprendizaje o movimiento) y el grado de deterioro de la autonomía secundaria (hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutinas de trabajo, pasatiempos e intereses).
11. Funcionamiento Sintético Integrativo: Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y auto representaciones discrepantes o potencialmente contradictorias, y grado de agrupamiento e integración de acontecimientos psíquicos y conductuales.
12. Dominio y Competencia: Desempeño de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio y dominarlo, y el nivel del sentido de competencia, es decir, la expectativa de éxito de la persona, o el lado subjetivo de su desempeño real (que tan bien cree la persona que puede hacerlo).

Cada función se calificó en una escala de 0 a 20 (donde 0 representa el nivel más pobre, y el 20 el óptimo). Debe hacerse notar que estos extremos raramente existen en la realidad; el 17 - 18 representa un funcionamiento "promedio" definido por la ausencia de patología notable, sin que sea óptimo. Se diseñó un manual que contiene un soporte de definiciones detalladas y específicas para puntos alternos en la escala del 0 al 20, donde cada punto describe un nivel más primitivo o más avanzado de cada área del funcionamiento yoico<sup>22</sup>.

Posteriormente la EFY se validó en otros diversos tipos de desordenes psiquiátricos, desde diferentes enfoques<sup>27, 28</sup>, el estudio de situaciones psicodinámicas en trastornos de personalidad<sup>29</sup>. Ha sido utilizada en contextos tan diferentes como la psiquiatría forense, como base de criterios para la intervención en crisis, la selección y evaluación de altos

ejecutivos, así como de figuras políticas y servidores civiles, la orientación vocacional, la elección de psicofármacos y la valoración de los efectos de las drogas, la valoración de los tratamientos hospitalarios<sup>30</sup>, la evaluación de candidatos a psicoterapia (como criterio para la inaplicabilidad de un paciente), la evaluación de los propios procesos psicoterapéuticos en sí<sup>31, 32, 33</sup>, y para determinar características de las funciones yoicas en trastornos de personalidad<sup>34,35, 36</sup> y trastornos alimenticios<sup>37</sup>.

La Universidad de Yale buscaba parámetros que pudieran reflejar la mejoría de los pacientes hospitalizados. Entre los investigados, aquellos que mostraron significancia estadística fueron cambios en las funciones yoicas, síntomas afectivos, riesgo suicida, auto destructividad y violencia, nivel de la alianza terapéutica<sup>38</sup>.

La valoración de 216 pacientes con trastornos severos de personalidad en los hospitales Menninger y Harding<sup>39</sup>, tratados bajo un esquema de psicoterapia intensiva (grupal e individual), además de psicofármacos, donde se aplicaba la evaluación de las funciones yoicas de Bellak, además de la Brief Psychiatric Rating Scale, y la Global Assessment Scale, antes de iniciar el tratamiento, al dar de alta al paciente (variable según el caso) y posterior a un año del egreso. Refiriéndome exclusivamente a la evaluación de las funciones yoicas, se observa mejoría significativamente estadística, posterior al tratamiento y sostenida después de un año, en las siguientes funciones: prueba de realidad, juicio, regulación y control de los afectos, relaciones objetales, procesos del pensamiento, función autónoma, y dominio y competencia.

Los psicoanalistas hicieron numerosos aportes empíricos al estudio del funcionamiento yoico en los pacientes borderline. Glover describe<sup>40</sup> un yo indiferenciado parcialmente del objeto, lo cual a través de la identificación proyectiva se genera una sustitución del Yo por el objeto, mostrando así una estructura frágil, enclenque, que necesita de un contenedor externo para subsistir. Por otro lado, Fairbairn menciona que las defensas del

yo, luchan contra la escisión y la debilidad del yo para mantener integrada la realidad exterior, el comportamiento, la realidad interna psíquica y corporal<sup>41</sup>.

Knight propiamente como teórico de la psicología del yo, subraya la gran fragilidad de las funciones del yo, y la “fuerza de los impulsos primitivos inconscientes”, así como las “fuerzas instintivas desintegradoras” y afirma que incluso hay una deformación del yo, ya que se apoya en la realidad exterior frente al control desfalleciente de la realidad interior, siendo principalmente “lo sensorial”, lo que determina el rumbo de la conducta de los borderline<sup>42</sup>. Para el autor, el yo es frágil desde el triple punto de vista de la adaptación a la realidad y al entorno, de las relaciones de objeto y de los mecanismos defensivos, por lo tanto, niega la concepción del trastorno como un estado excluyente (ni neurosis, ni psicosis), sino un estado de “conflicto fundamental del yo”.

Los psiquiatras y psicoanalistas modernos que se han dedicado al tópico: Kernberg, Spitzer, Gunderson, Stone, Grinker, Werble y Drye, coinciden en afirmar que en estas organizaciones psíquicas o en estos padecimientos, el yo en su función de elaboración de los conflictos desfallece, de ahí la persistencia de las contradicciones que no se organizan y no se simbolizan. Y de ahí también el polimorfismo no coordinado de los síntomas y la inconsistencia de las relaciones de objeto<sup>43, 44</sup>.

## **Antecedentes**

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, según los datos brindados por el servicio de estadística, los diferentes trastornos de personalidad son la segunda causa de atención en urgencias y aproximadamente el 10% de las consultas brindadas en el servicio de consulta externa. Haciendo de estos diagnósticos una área de oportunidad relevante. De los pacientes hospitalizados en hospitalización general y en los distintos servicios especiales, aproximadamente un 20% corresponde a Trastornos de Personalidad; su frecuencia se puede observar en el cuadro 2.

**Cuadro 1: Frecuencia de trastornos de personalidad atendidos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (Año 2007; Servicio de Estadística)**

Trastorno de Inestabilidad emocional	61%
Trastorno de Personalidad sin especificar	23%
Trastorno Disocial	5%
Trastorno Histriónico	4%
Trastorno Dependiente	2%
Trastorno Paranoide	2%
Otros	3%

Si bien es cierto que este tipo de pacientes que se estudia como limítrofes o límite, han existido siempre, es en los últimos años cuando el tema ha despertado un creciente interés. Por un lado, la práctica de la psicoterapia psicoanalítica ha permitido descubrir que los trastornos limítrofes, que durante muchos años aparecieron como una patología difusa y difícil de identificar, conforman una entidad clínica. Por otro lado, estos trastornos parecen haber aumentado en las últimas décadas, ya que podrían haberse incrementado con las condiciones sociales de nuestra época.

En cuanto a los antecedentes de investigación de las funciones yoicas a través de instrumentos, que buscan endurecer la información sobre este tema, existen los siguientes antecedentes que van desde plantear la necesidad de generar este tipo de conocimiento clínico<sup>45, 46</sup>, separándose paulatinamente de la óptica de reportes de caso o de experiencias analíticas individuales<sup>47, 48</sup>.



Sin embargo, ya en estudios metodológicamente más confiables, y con procedimiento “más objetivos”, se ha intentado evaluar de diversas maneras el funcionamiento yoico de los pacientes borderline: A través de pruebas de Rorschach<sup>49</sup> (incluía 50 borderlines y 28 narcisistas), utilizando entrevistas clínicas con orientación estructural<sup>50</sup> (incluyendo 28 limite y 19 neuroticos), con el test de frases incompletas<sup>51</sup>, y por último con la Evaluación de las Funciones Yoicas (EFY) de Bellack (comparando 7 borderlines con 10 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria)<sup>52</sup>.

Como se puede observar, la investigación en ésta área de la psicopatología utilizando métodos de aproximación originados en las metapsicologías psicoanalíticas es pobre, y los estudios revisados, a pesar de ser un intento bastante serio para obtener conocimiento duro, denotan deficiencias y muestran lagunas notables en el conocimiento del funcionamiento yoico de los pacientes límite. En México no se han realizado investigaciones utilizando el instrumento de la Evaluación de las Funciones Yoicas propuesto por Bellack, salvo su validación<sup>23</sup> y su aplicación en una población de residentes de psiquiatría<sup>25</sup>.

## **Justificación**

El Trastorno Límite de la Personalidad, es uno de los principales diagnósticos en cuanto a los desórdenes de la personalidad se refiere, incluso se podría afirmar, cuando menos en forma descriptiva y empírica que es uno de los más frecuentes que se atiende en los servicios ambulatorios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Como se ha mencionado, es un trastorno de personalidad severo, con un patrón de deterioro permanente en el control de los impulsos, la regulación emocional, la cognición y la autoimagen. Genera una alta tasa de disfunción psicosocial, además de un aumento en las tasas de suicidio (una tasa casi 50 veces más alta que en la población general). Por lo tanto es posible afirmar que es una enfermedad trascendente y con alto impacto.

Como se ha demostrado con el marco teórico, los autores de la Psicología del Yo, consideran al Yo como la estructura central de la personalidad, y consideran que la adaptación de éste a las circunstancias de la realidad debe valorarse desde la perspectiva del funcionamiento externo e interno del individuo. La estabilidad emocional y adaptativa de una persona, está dada por la relación y coordinación adecuada de las distintas funciones yoicas entre sí.

Las evidencias internacionales han demostrado a través de las valoraciones clínicas que los pacientes que cumplen criterios diagnósticos para un Trastorno Límite de la Personalidad, tienen suficientes criterios para determinar disfunciones de las funciones yoicas. Estableciendo un diagnóstico estructural, la estructura límite, implica carencias en todo el funcionamiento psíquico del paciente. Las consecuencias de tales deficiencias se reflejan en las características del curso del trastorno, en su evolución longitudinal, en su pronóstico, e incluso en la elección de un esquema de tratamiento principalmente psicoterapéutico adecuado, así como en las dificultades para seguirlo. Sin embargo, los acercamientos a través de instrumentos estructurados, con adecuada confiabilidad, para validar el funcionamiento del yo son muy pocos.

La importancia de la presente investigación radica en ser un primer acercamiento a una muestra amplia de población diagnosticada clínicamente con el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a través de una evaluación objetiva de las funciones yoicas que permita obtener evidencias acerca de las dimensiones psicopatológicas prevalentes en este grupo y en general acerca de su funcionamiento psíquico.

Es una investigación factible por sus características metodológicas, que permitirá obtener una visión panorámica de un corte transversal de la población en estudio en cuanto a las características del funcionamiento yoico de los pacientes, lo cual favorecerá el desarrollo de planes terapéuticos individuales e institucionales, la orientación de recursos humanos, técnicos y materiales, e incluso previsiones pronosticas acerca de la evolución de los mismos.

Por último, este trabajo de investigación busca además demostrar que a través de instrumentos de evaluación adecuados, será posible retomar conceptos útiles, originados en las teorías psicoanalíticas, y aplicarlos a la práctica clínica sin desdeñarlos por considerarse arcaicos o poco objetivos.

## ***Objetivos***

Evaluar las funciones psicóticas en pacientes con diagnóstico clínico de Trastorno Límite de la Personalidad, del Hospital Fray Bernardino Álvarez

## ***Hipótesis***

El presente trabajo de investigación se considera descriptivo, por lo cual no aplica desarrollar una hipótesis.

Se infiere que en los pacientes con trastorno límite de la personalidad hay un peor funcionamiento del yo, manifiesto en todas sus categorías, en comparación con la población sin diagnóstico de psicopatología.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***Tipo de estudio***

Se realizó una investigación descriptiva, con una observación transversal. Este diseño permitió llevar a cabo el estudio necesario para cumplir los objetivos del anteproyecto, al menor costo y de una manera accesible.

### ***Población en estudio y tamaño de la muestra***

El universo se planeó con todos los pacientes que fueran diagnosticados clínicamente (realizado o verificado cuando menos por dos médicos psiquiatras de la institución) como Trastorno Límite de la Personalidad, y que fueron enviados al proceso de valoración para psicoterapia grupal de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, en el periodo de Marzo a Junio del año 2008. Así, se considera que el tipo de muestreo es no probabilístico intencional.

Conviene mencionar que no todos los pacientes ambulatorios que son diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad son enviados a valoración para psicoterapia grupal, ello depende de varios factores, como que el paciente cuente con criterios de agrupabilidad (definidos operacionalmente a través de un consenso entre los terapeutas de grupo de la Institución), una demanda de tratamiento psicoterapéutico por parte del paciente, capacidad del clínico y del paciente para encontrar un foco de trabajo que permita utilizar el modelo de la psicoterapia grupal del Hospital, y disponibilidad del paciente para acudir a las valoraciones y al proceso grupal en sí.

Por las características de la población en estudio y el sesgo de la elección se hace evidente que la muestra estudiada es exclusivamente representativa de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que son candidatos a psicoterapia grupal en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

### ***Criterios de inclusión, exclusión y eliminación***

- Criterios de inclusión.
  - Se incluyen únicamente a Pacientes ambulatorios, en seguimiento por el servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, con el diagnóstico clínico de Trastorno Límite de la Personalidad (realizado cuando menos por dos psiquiatras adscritos a la Institución) y diagnóstico corroborado a través del Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, que fueron candidatos para psicoterapia grupal durante el periodo comprendido del 1º de Marzo al 30 de Junio del 2008 (en cualquiera de los 7 grupos que se programaron entre tales fechas).
  
- Criterios de exclusión.
  - Diagnóstico clínico de comorbilidad con otro trastorno de personalidad.
  - No haber sido enviado a proceso de valoración para psicoterapia grupal.
  - Que no padezca Trastorno Límite de la Personalidad, que el diagnóstico no haya sido corroborado cuando menos por dos psiquiatras clínicos del Hospital, o que los resultados del cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, arrojen contradicciones diagnósticas.  
(Los motivos de estas exclusiones serán comentados en la discusión)
  
- Criterios de eliminación
  - Haber sido enviado al proceso, pero no acudir.

- Negarse a firmar el consentimiento informado.
- Que una vez aceptada la aplicación de los instrumentos, se nieguen a contestar el cuestionario, no lo concluyan o no lo entreguen al aplicador.

### **Variables y escalas de medición**

La aplicación de la EFY permite describir 12 características individuales, que según el marco teórico que lo sustenta se consideran funciones del Yo, previamente delimitadas con confiabilidad interjueces y de constructo bien establecida, fundada en la matriz de las hipótesis psicoanalíticas básicas<sup>22</sup>. La evaluación es autoaplicable, dividida en 12 subtests dirigido cada uno a una función yoica. Cada subtest se compone de 10 reactivos planteados en forma de pregunta, los cuales cuentan con tres opciones de respuesta (rara vez, a veces, a menudo). Se califican dichas opciones con un valor mínimo de 0, y con un máximo de 2, dependiendo de la función yoica que se esté evaluando. La EFY fue traducida y validada en México en una población de pacientes neuróticos y población sin psicopatología<sup>23</sup>.

En el cuadro 3 se puede observar el valor que se le asigna a cada respuesta dependiendo el subtest que se trate, incluso se muestran las excepciones por preguntas que no aplican para dicho valor. Posteriormente se realiza una suma del puntaje obtenido en cada pregunta, siendo el máximo puntaje que se puede obtener por subtest de 20 puntos.

**Cuadro 1: Valores asignados en la Evaluación de Funciones Yoicas para la calificación<sup>23</sup>.**

Número de subtest	Función yoica evaluada	Excepciones	RARA VEZ	A VECES	A MENUDO
1	<i>Prueba de realidad</i>		2	1	0
2	<i>Juicio</i>		2	1	0
3	<i>Sentido de realidad.</i>		2	1	0
4	<i>Regulación y control de impulsos,</i>		2	1	0



	<i>afectos e instintos</i>				
5	<i>Relaciones objetales</i>	De pregunta 1 a la 6	2	1	0
	<i>Relaciones Objetales</i>	De pregunta 7 a la 10	0	1	2
6	<i>Procesos de pensamiento</i>		2	1	0
7	<i>Regresión al servicio del yo</i>		0	1	2
8	<i>Funcionamiento defensivo</i>		2	1	0
9	<i>Barrera a los estímulos</i>		2	1	0
10	<i>Funcionamiento autónomo</i>	De pregunta 1 a la 6	2	1	0
	<i>Funcionamiento autónomo</i>	De pregunta 7 a la 10.	0	1	2
11	<i>Función sintético integrativa</i>	De pregunta 1 a la 3.	0	1	2
	<i>Función sintético integrativa</i>	De pregunta 4 a la 10.	2	1	0
12	<i>Dominio competencia</i>		0	1	2

Con fines de la calificación de la escala se utilizan estos parámetros ya mencionados (del 1 al 20, siendo 20 puntos la mejor calificación posible), los cuales serán también utilizados al momento de graficar los resultados.

### ***Procedimiento***

Se solicitó a la Subdirección de Servicios Ambulatorio y a la Jefatura de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la autorización para la realización del presente trabajo debido a la aplicación del instrumento en los pacientes ambulatorios y el apoyo metodológico necesario para llevar el trabajo a buen fin.

Por las características del estudio, en donde se aplican instrumentos que podrían considerarse una prueba psicológica, en donde no se manipulará la conducta del sujeto, y se realizará con fines exclusivamente descriptivos, se considera un estudio con RIESGO

MÍNIMO. Por las características de las escalas y de la información que implica aspectos cognitivos, afectivos o conductuales personales y privados, los resultados de la escala se manejarán con total confidencialidad, eliminando el nombre del sujeto, identificando los instrumentos aplicados con un número seriado.

Los pacientes que son valorados en la consulta externa, ya sean de primera vez o subsecuentes, en los cuales se identifiquen criterios clínicos para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad pueden ser enviados a valoración para ingresar a un proceso de psicoterapia grupal, como se ha mencionado previamente ello depende de varios factores. Se enlistan a los pacientes para iniciar el proceso de valoración, en fechas específicas, citando aproximadamente 25 a 30 pacientes por proceso. Sin embargo suele llegar un porcentaje variable de pacientes. De aquellos pacientes que si acudieron al proceso de valoración en el periodo de cuatro meses, se les ofreció a todos la posibilidad de participar en la presente investigación.

A cada paciente se le solicitó un consentimiento informado, el cual una vez firmado por el sujeto, fue guardado por la sustentante de la tesis. Entonces se le entregaba el set de instrumentos que incluye una encuesta sociodemográfica y la Evaluación de las Funciones Yoicas (EFY). La sustentante de la tesis estuvo presente durante el proceso con el fin de aclarar dudas existentes acerca de los ítems, y verificar la correcta aplicación.

Se utilizó la versión autoaplicable de la EFY, en una sola observación del paciente, previo a haber corroborado a través del expediente clínico el diagnóstico referido, realizado cuando menos por dos médicos psiquiatras adscritos a la Institución y a haber aplicado el cuestionario de Salamanca de Trastornos de Personalidad para declarar de manera más objetiva el diagnóstico. Cabe aclarar que se consideró solamente la categoría diagnóstica según el consenso establecido por los médicos que han valorado a los pacientes.

La sustentante de la tesis fungió como el recurso humano principal, como conciliador con los sujetos, aplicador del instrumento, y recolector de la información. Se solicitó apoyo a los asesores de la tesis para establecer el marco teórico suficiente para sustentar la justificación referida, y para el desarrollo de la metodología y el análisis estadístico de la información obtenida.

En cuanto a recursos materiales, se utilizó un consultorio privado, que permitía la discreción al momento de aplicar el instrumento, con suficiente espacio para el sujeto y para el aplicador, ubicado en la consulta externa del hospital. Se usó una copia de la EFY, aportada por quienes la validaron en nuestro país, y la encuesta sociodemográfica realizada por la sustentante de la tesis. Para cada paciente fue necesario un juego con cada una de las fotocopias, además de un lápiz para contestar.

Para el análisis de los resultados y la elaboración de la tesis en sus diferentes avances, se ocupó una computadora personal, con los programas de cómputo indispensables, tanto para el almacenaje de información como para el análisis estadístico de los datos. El costo de la aplicación fue de 3 pesos por sujeto.

La información obtenida de los instrumentos se vertió en una hoja de cálculo del programa Excel, colocando en forma horizontal cada uno de los ítems codificados para su pronta evaluación, y en forma vertical cada uno de los sujetos que contestaron las escalas. Se verificó la correcta transcripción de los datos comentados. En la misma hoja de cálculo se aplicaron fórmulas matemáticas que permitieron posteriormente el análisis de los mismos.

El análisis estadístico se realizó con fórmulas estadísticas descriptivas como porcentajes, medias, medianas y desviaciones estándar. Y buscando una asociación estadística entre el género de los pacientes en estudio y las variables principales, se utilizó una prueba T

de Student. Todo ello se hizo con una estrecha dirección por parte del asesor utilizando el paquete computacional SPSS v.15.

## RESULTADOS

El total de pacientes diagnosticados que se citaron en el periodo comprendido de marzo a junio del 2008 para comenzar un proceso de valoración grupal para psicoterapia fue de 148 (Se realizaron 7 grupos de valoración en estos 4 meses, con un promedio de 21 pacientes citados para cada uno). Cabe recordar, que hay pacientes que no acuden a la valoración o que no siguen el tratamiento en la institución, por lo cual el número real de asistentes al proceso varía.

El número de pacientes que si se presentó a comenzar el proceso de valoración, y los cuales eran candidatos para ser sujetos de la presente investigación fue de 73 (lo cual representa un 49.32% de los pacientes originalmente citados). Sin embargo, se eliminaron 10 pacientes y se excluyeron 6, quedando como muestra total 57 pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

Primero serán comentados los resultados obtenidos a través de la encuesta sociodemográfica que se les aplicó a los pacientes, la cual permite tener una visión panorámica de la población en estudio.

El 85.9% son mujeres (N=49), y el 14.1% son hombres (N=8). Los pacientes tienen una media de edad de 27.57 años, habiendo notables extremos en la muestra, desde 17 hasta 53 años. En cuanto al estado civil, hay 18 casados, 16 solteros, 10 viviendo en unión libre, 11 divorciados o separados y 2 viudos. El 85% son originarios del D.F. o del Estado de México, mientras que el resto nacieron en otros estados, y una paciente es originaria de Argentina. El 95% radica en el D.F. y áreas conurbadas del Estado de México, 3 en Hidalgo, una paciente en Michoacán y otra en Guerrero.

21 de ellos comentaron padecer alguna enfermedad, entre las que destacan: Asma (5), Epilepsia (4), Gastritis (3), Atopias, alergias cutáneas o problemas dermatológicos (2), Colitis nerviosa (3), rinitis alérgica (1), hipotiroidismo (1), hipertiroidismo (1), lesión traumática en columna (1). Y de ellos 18 afirmaron tomar medicamento entre los que destacan: Salbutamol, Beclometasona, Omeprazol, Ranitidina, Antihistamínicos,

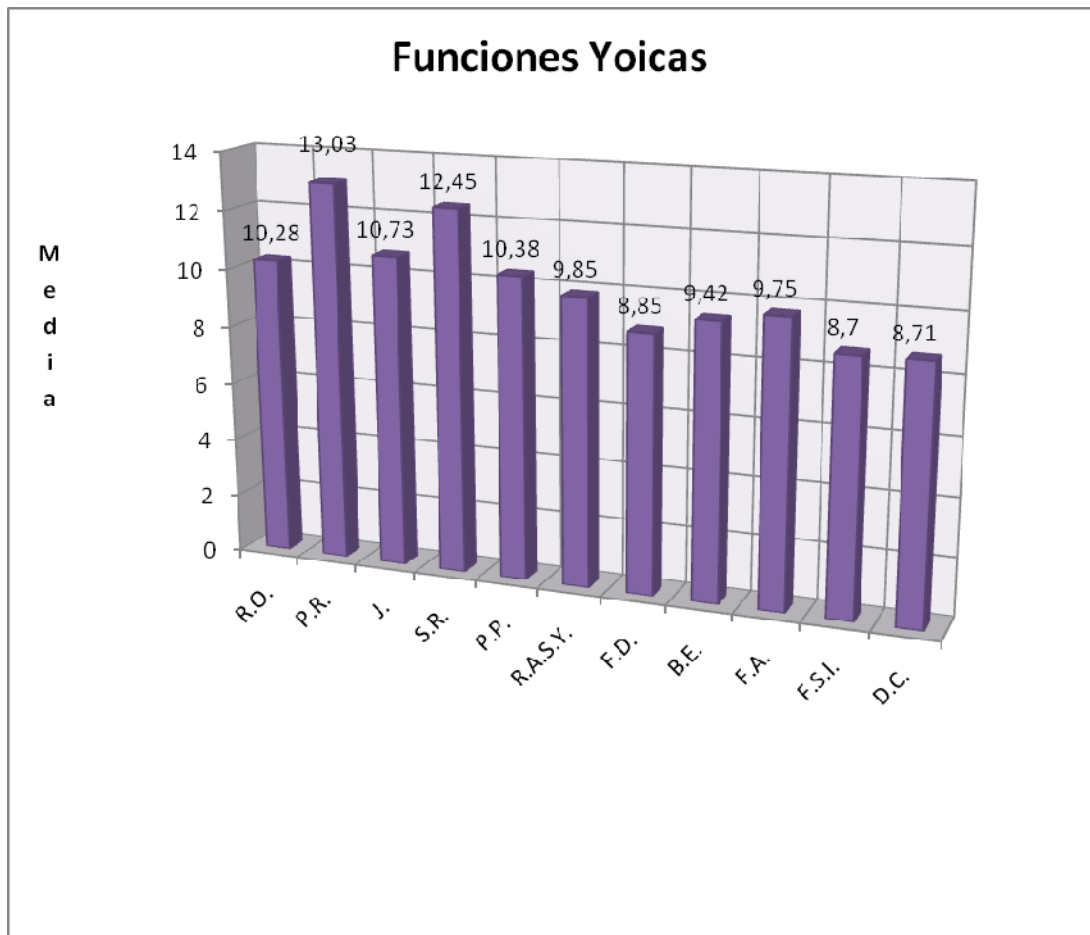
Analgésicos antiinflamatorios, Fenobarbital, Carbamazepina, Valproato de Magnesio Levotiroxina e Hidrocortisona tópica.

El 52% de los pacientes afirma haber llegado a la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, a través del servicio de Preconsulta, sin embargo un 48%, fue atendido por primera vez en el servicio de urgencias. De los 57 pacientes, 24 han estado hospitalizados debido a motivos psiquiátricos (los cuales no fueron especificados) lo cual representa el 42% de la muestra, sin embargo 17 más afirman que se les sugirió hospitalización como parte del esquema del tratamiento en alguna de las intervenciones previas, sin embargo, decidieron no aceptarlo. Once pacientes han estado hospitalizados en dos o más ocasiones (19.3% del total de la población).

En la figura 1 se observa la media de cada una de las funciones yoicas del EFY, comparadas entre sí, tomando en cuenta a los 57 sujetos del universo. Como se puede corroborar, en el total de la población, las funciones que peor puntúan son barrera a los estímulos (B.E.), función defensiva (F.D.), dominio y competencia (D.C.), y función sintético integrativa (F.S.I) en orden descendente. Las funciones con un mejor desempeño son procesos del pensamiento (P.P.), juicio (J), sentido de realidad (S.R.) y prueba de realidad (P.R.) en forma ascendente.

En cuanto a la aplicación de métodos estadísticos, en el cuadro 4 se muestran los métodos descriptivos aplicados a la muestra de 57 sujetos; con los datos acerca de las funciones yoicas, resultado de la aplicación del instrumento EFY.

**Figura 1: Media de las funciones yoicas del total de la población N=57**



**Cuadro 1: Estadística descriptiva de las funciones yoicas.**

Variable	Media	Desviación Estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Relaciones Objetales	10.32	±3.56	10	2	18
Prueba de realidad	13.03	±4.47	13	3	20
Juicio	10.73	±3.99	11	3	17
Sentido de Realidad	12.45	±4.86	13	1	19
Regulación de Afectos	9.52	±4.55	9	1	19
Procesos del Pensamiento	10.38	±4.97	9	2	19
Regresión Adaptativa del Yo	9.85	±3.35	10	2	17
Función Defensiva	8.85	±4.41	8	1	18
Barrera a los Estímulos	9.42	±4.42	9	1	19
Función Autónoma	9.75	±4.0	9	2	19
Función Sintético Integrativa	8.70	±3.62	9	1	14
Dominio y Competencia	8.71	±4.22	9	0	15

Buscando otros factores que pudieran generar diferencias entre las funciones yoicas de los pacientes con Trastorno de Personalidad tipo Límite candidatos a proceso de psicoterapia, en el cuadro 5, se exponen las medidas estadísticas comparando a los

hombres y a las mujeres. Se pueden observar las medidas descriptivas de los dos grupos y los datos arrojados por el análisis de la T de Student para dos muestras suponiendo varianzas iguales.

**Cuadro 2: Análisis estadístico entre el género de los pacientes en relación con las funciones yoicas.**

Variable	MUJERES (N=49)		HOMBRES (N=8)		DIFERENCIAL		T de Student	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	T	Pr > t
Relaciones Objetuales	10.32	±3.56	10	±2.82	0.3265	±5.30	-3.71	0.8066
Prueba de Realidad	13.08	±4.47	12.75	±4.97	0.3316	±5.72	-5.89	0.8488
Juicio	10.46	±3.99	12.37	±4.20	-1.9056	±4.42	-1.26	0.2194
Sentido de Realidad	12.42	±4.86	12.62	±5.04	-0.1964	±5.22	-5.16	0.9163
Regulación de Afectos	9.53	±4.55	9.5	±2.44	0.0306	±5.07	-1.27	0.9853
Procesos del Pensamiento	10.32	±4.97	10.75	±4.89	-0.4234	±3.84	0.00010	0.8238
Regresión adaptativa	9.61	±3.35	11.37	±3.02	-1.7627	±4.66	<b>-5.12</b>	<b>0.1691</b>
Función Defensiva	8.73	±4.41	9.62	±3.15	-0.8903	±3.94	-7.71	0.5875
Barrera a los estímulos	9.34	±4.42	9.87	±4.58	-0.5380	±3.37	0.00054	0.7567
Función Autónoma	9.77	±4.08	9.62	±4.43	0.1505	±23.77	0.00013	0.9244
Función Sintético Integrativa	8.32	±3.62	11	±1.85	-2.67	±4	<b>-7.09</b>	<b>0.0469</b>
Dominio y Competencia	8.38	±4.22	10.75	±2.31	-2.3622	±4.29	<b>-2.11</b>	<b>0.1303</b>

Como se puede observar en las tendencias de ambos cuadros, en cuanto a las funciones yoicas, los hombres tienen un peor funcionamiento en Relaciones Objetuales, Prueba de Realidad y Función Autónoma, aunque ninguna es estadísticamente significativa. Sin embargo las mujeres arrojan peores resultados en las siguientes funciones yoicas: Juicio, Sentido de Realidad, Procesos del Pensamiento, Regresión Adaptativa al servicio del Yo, Función defensiva, Barrera a los estímulos, Función sintético integrativa y dominio y competencia. En este caso si se observa significancia estadística, en los casos de la F.S.I, D.C y la R.A.S.Y, que se observan en negritas en el cuadro 5.



## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos por el estudio, se comenzará haciendo una descripción general del universo poblacional. Se observa un mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino (85.9%), con edades variables (promedio: 27), la gran mayoría con una pareja formal (casados o en unión libre). Esta predominancia del género femenino se ha reportado internacionalmente como característica epidemiológica del trastorno límite<sup>1</sup>. En cuanto a la edad, cabe mencionar que el servicio de consulta externa de el Hospital Fray Bernardino Álvarez atiende solamente pacientes de los 18 a los 55 años, algunos casos menores de edad por las características de su psicopatología, lo cual se refleja en estos promedios de edad.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, que haya sido realizado por consenso de cuando menos dos psiquiatras adscritos a la institución, corroborado con el historial del paciente. La presente investigación no corrobora el diagnóstico de tal desorden de la personalidad, por lo cual los resultados pueden prestarse a controversia por la posible variabilidad entre clínicos. Por tal motivo se decidió aplicar el Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad, un instrumento autoaplicable, que no ha sido validado en población mexicana, para una mayor fiabilidad diagnóstica, sin embargo, en estudios posteriores se recomienda la aplicación de un instrumento que genere un diagnóstico de personalidad más certero, como el SCID II, o de manera más específica la Entrevista Diagnóstica para pacientes Borderline.

Se resalta que durante el periodo en que se aplicaron los instrumentos (durante los meses de marzo a junio del 2008), había 7 grupos de valoración para psicoterapia, teniendo una población fija de enfermos con diagnóstico de trastorno de personalidad límite, sin embargo hay un sesgo que es necesario mencionar con respecto a la muestra elegida. Los pacientes elegidos no son representativos del constructo diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad, solamente lo son del grupo de

pacientes candidatos a recibir psicoterapia grupal en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Cabe plantear la duda de si los pacientes que no son enviados a grupo de valoración, o que incluso por su caracteropatía pierden la agrupabilidad (como constructo teórico), tendrían resultados similares en cuanto a las funciones yoicas predominantes. Recordando que las evidencias comentan que a mayor difusión de identidad (es decir, frente a un yo clínicamente menos integrado) hay mayor psicopatología<sup>53</sup>, se plantea la hipótesis de que aquellos pacientes que fueron incapaces de tener una adecuada función sintética integrativa por su identidad difundida o que su pobre control de los impulsos les impidiera ser considerados como “adecuados” para una psicoterapia grupal tendrían un peor funcionamiento del yo. Este sesgo se podría eliminar incluyendo una muestra de pacientes que fuera mayor, donde se incluyeran además los pacientes con Trastorno Límite que no fueran enviados a psicoterapia grupal, y donde incluso se compararan ambas muestras; ello se plantea como recomendación para futuros estudios.

El 36.8% de los pacientes, afirmó padecer alguna enfermedad, las cuales incluyeron principalmente Asma y rinitis alérgica, Epilepsia, Gastritis y colitis, problemas dermatológicos, hipo e hipertiroidismo; mientras que 31.5% comenta estar en tratamiento con algún medicamento no psiquiátrico. Algunas de las enfermedades médicas que la muestra padece, se han correlacionado estrechamente con datos de psicopatología, por ejemplo la epilepsia y los problemas tiroideos, factores que pueden estar sesgando los resultados obtenidos, y que incluso se podría afirmar que podría en algunos casos modificar las categorías de la función del yo. De la misma manera, algunos de los medicamentos, como el salbutamol, la levotiroxina, y los anticomiciales pueden tener como efectos secundarios sintomatología psiquiátrica, teniendo la misma consecuencia.

Así mismo, se deberá recordar que los paciente ambulatorios tratados en la Institución, no son pacientes que presenten un solo diagnóstico; seguramente hay trastornos psiquiátricos comórbidos claramente identificados y tratados, por lo tanto,

no es posible asegurar que el funcionamiento del yo que el instrumento refleja, se pueda atribuir de manera exclusiva a los rasgos de personalidad. De hecho, se afirma que las alteraciones en las funciones del yo, no son sensibles al constructo de un diagnóstico, como el caso del Trastorno Límite de la Personalidad, ni tampoco específicas para descartarlo; cuando menos la evidencia existente hasta el momento impide generalizar esta información, por lo tanto, la presente investigación permite describir las características del funcionamiento yoico de una muestra de pacientes límite, tal cual fue considerado en la justificación.

El diagnóstico del eje I de estos pacientes, los psicofármacos que consumen y la evolución de sus padecimientos son datos que no fueron tomados en cuenta y que influyen notablemente en los resultados observados. Una forma de poder generalizar ésta información sería comparando la muestra actual con un grupo de pacientes psiquiátricos identificados, con diversos diagnósticos (incluso metodológicamente cegados), pero en quienes esté descartada una comorbilidad con un trastorno de personalidad. Incluso quizás sería útil pensar en el diagnóstico estructural de Otto Kenberg, pensando que puede haber diferencias Yo – estructurales<sup>43</sup>, en una serie de pacientes con el mismo diagnóstico clínico.

Así mismo otra posibilidad metodológica sería comparar diversas poblaciones de pacientes, con un diagnóstico certero de diferentes trastornos de personalidad, con el objetivo de verificar las variaciones entre las distintas funciones yoicas de cada grupo. Algo similar a lo que hizo el grupo del Collaborative Longitudinal Personality Disorders<sup>54</sup>, que incluyó Trastorno Esquizotípico, Límite, Evitativo y Anancástico, pero donde se utilizaban instrumentos de tamizaje psiquiátrico.

Los datos acerca de cómo llegaron los pacientes a la Consulta Externa (52% desde Preconsulta, 48% desde urgencias) y los datos acerca de las hospitalizaciones psiquiátricas previas (42%) o de la indicación médica de hospitalización son irrelevantes para la presente investigación, sin embargo es posible sugerir estudios futuros, en los cuales se compare la magnitud de la psicopatología observada, con las manifestaciones conductuales de los pacientes que finalmente pueden llevar a la

sugerencia de la hospitalización como medida terapéutica, incluso quizás planteando la hipótesis que a un yo más deficitario, se encontrará mayor necesidad de contención intrahospitalaria.

Con relación a los resultados de la Evaluación de las Funciones Yoicas, el EFY proporciona evidencia de la magnitud del funcionamiento de cada una, en una escala del uno al 20 (siendo el veinte el mejor funcionamiento posible), en todos los pacientes del universo estudiado. Es posible observar que las doce funciones, en el general de la población estudiada presentan medias bajas.

Las funciones puntuaron de la siguiente manera (en orden descendente, de la mejor puntuación a la peor): Prueba de realidad (M=13.03), Sentido de realidad (M= 12.45), Juicio (M=10.73), procesos del pensamiento (M=10.38), relaciones objetales (M=10.28), Regresión adaptativa al servicio del yo (M=9.85), función autónoma (M=9.75), regulación de afectos, instintos e impulsos (M=9.52), Barrera a los estímulos (M=9.42), función defensiva (M=8.85), Dominio y competencia (M= 8.71) y Función Sintético Integrativa (M=8.70).

Quizás parezcan datos aislados, sin embargo, lo relevante surge al compararlos con las medias de la población general. En la aplicación del instrumento a una población de médicos residentes mexicanos, sin diagnóstico psiquiátrico<sup>25</sup>, con una muestra de 92 sujetos, con una media de edad de 27 +/- 2 años, se obtuvieron los resultados observados en el cuadro 6, en el cual se compara con la muestra de pacientes límite, separados por género, con el fin de observar la magnitud de la sintomatología referida. Cabe sugerir además que sería interesante compararlos con el funcionamiento yoico de otros trastornos psiquiátricos, tal cual ha sido propuesto previamente.

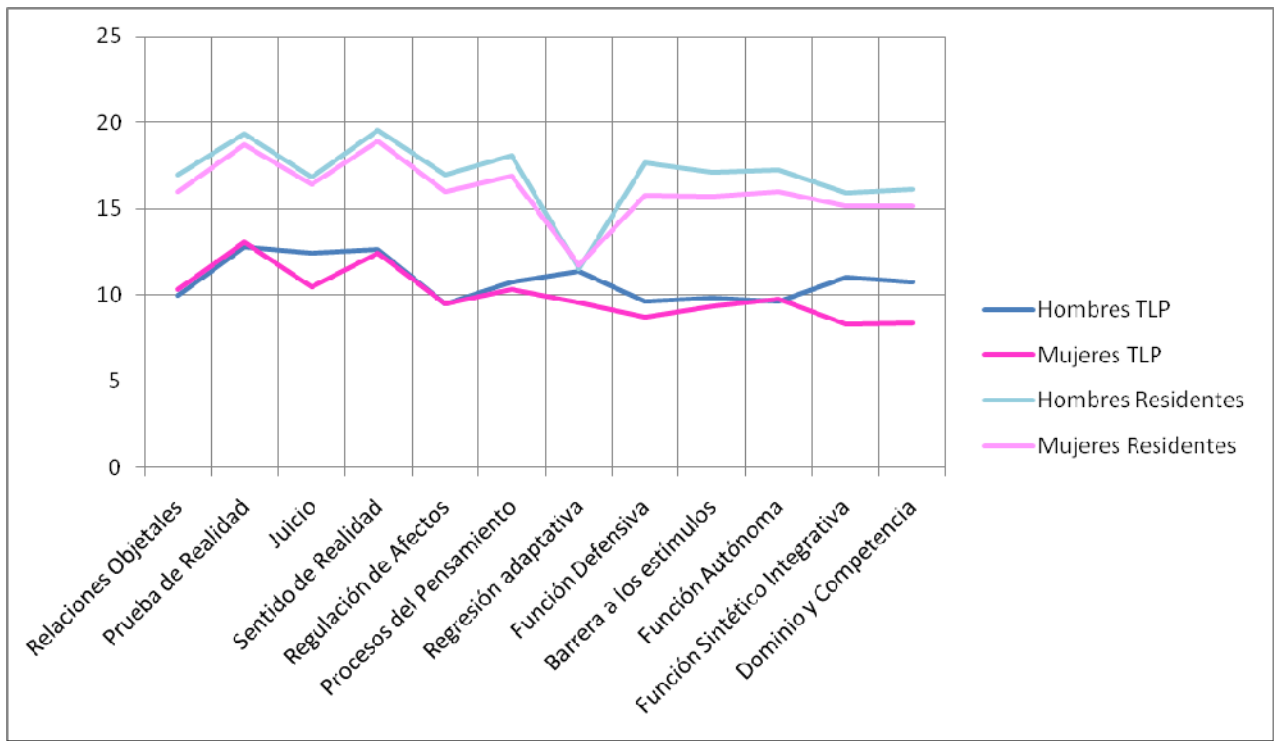
**Cuadro 1: Comparación de la media de las funciones yoicas, entre datos de los pacientes con trastorno límite contra datos de médicos residentes sin diagnóstico psiquiátrico <sup>25</sup>**

ESTUDIO:	Estudio actual.	Evaluación de las funciones yoicas en médicos residentes <sup>25</sup>
----------	-----------------	--

POBLACION:	HOMBRES con dx. de Trastorno Límite		MUJERES con dx. de Trastorno Límite		T Student		HOMBRES		MUJERES		T Student	
	M	DE	M	DE	P	Pr < T	M	DE	M	DE	P	Pr < T
Relaciones Objetales	10	±2.82	10.32	±3.56	-3.71	0.8066	17.023	±2.0872	16	±2.6458	-2.04	0.0444
Prueba de Realidad	12.75	±4.97	13.08	±4.47	-5.89	0.8488	19.349	±0.8967	18.714	±2.1213	-1.82	0.0716
Juicio	12.37	±4.20	10.46	±3.99	-1.26	0.2194	16.884	±2.4515	16.367	±2.9559	-0.90	0.3682
Sentido de Realidad	12.62	±5.04	12.42	±4.86	-5.16	0.9163	19.581	±0.73414	18.918	±1.9455	-2.11	0.0305
Regulación de Afectos	9.5	±2.44	9.53	±4.55	-1.27	0.9853	17.023	±2.3451	15.98	±2.8975	-1.88	0.0631
Procesos del Pensamiento	10.75	±4.89	10.32	±4.97	0.00010	0.8238	18.14	±2.0997	16.898	±2.8155	-2.37	0.0199
Regresión adaptativa	11.37	±3.02	9.61	±3.35	<b>-5.12</b>	<b>0.1691</b>	11.535	±2.9709	11.714	±3.2275	0.28	0.7832
Función Defensiva	9.62	±3.15	8.73	±4.41	-7.71	0.5875	17.698	±1.8197	15.755	±2.4709	<b>-4.24</b>	<b>&lt;.0001</b>
Barrera a los estímulos	9.87	±4.58	9.34	±4.42	0.00054	0.7567	17.163	±2.6271	15.735	±2.8415	-2.49	0.0146
Función Autónoma	9.62	±4.43	9.77	±4.08	0.00013	0.9244	17.256	±2.5643	15.98	±3.1391	-2.12	0.0370
Función Sintético Integrativa	11	±1.85	8.32	±3.62	<b>-7.09</b>	<b>0.0469</b>	15.93	±2.5392	15.143	±2.5981	-1.47	0.1462
Dominio y Competencia	10.75	±2.31	8.38	±4.22	<b>-2.11</b>	<b>0.1303</b>	16.163	±2.2809	15.163	±2.764	-1.92	0.0581

Como se puede observar en la figura 2 las funciones yoicas en los pacientes con trastorno límite de la personalidad, son notablemente menores, en comparación con la población sin evidencia de padecimiento psiquiátrico<sup>25</sup>.

**Figura 1: Comparación de la media de las funciones yoicas, entre datos de los pacientes con trastorno límite contra datos de médicos residentes sin diagnóstico psiquiátrico <sup>25</sup>**



Nótese como en los pacientes límite las mejores funciones yoicas son: prueba de realidad, sentido de realidad y juicio, mientras que las peores son la función defensiva, dominio y competencia y la función sintético integrativa, en comparación con el grupo de la población sin dx. Psiquiátrico<sup>25</sup>. Estas diferencias en el orden del funcionamiento yoico requieren una prueba estadística para valorar su significancia, que incluso podría ser motivo de otra investigación.

Con respecto al género de los pacientes, posterior a la aplicación de una T de Student, se observó que en cuanto a las 12 subescalas del EFT, hay una tendencia de todas las funciones a ser peores en las mujeres que en los hombres (excepto en relaciones objetuales, prueba de realidad y función autónoma). Sin embargo, ninguna de ellas tuvo una asociación estadísticamente significativa, las más cercanas fueron: los procesos del pensamiento, el dominio y competencia y la función sintético integrativa, que podríamos afirmar resultan peores en las mujeres con Trastorno Límite de la Personalidad.

Una objeción que en este momento cabría hacer es que la muestra resulta pequeña por la cantidad de hombres que incluye, y por lo tanto quizás, teniendo una muestra mayor, con más cantidad de pacientes del género masculino se lograrían datos más certeros.

## CONCLUSIONES

La muestra de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, ambulatorios, candidatos a psicoterapia grupal en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez presenta un funcionamiento yoico deficiente, menor que en la población mexicana sin evidencia de diagnóstico psiquiátrico.

Los hombres muestran un mejor funcionamiento yoico, aunque no se encuentran asociaciones estadísticamente significativas, excepto en procesos del pensamiento, dominio y competencia y la función sintético integrativa.

Se encuentran deficiencias metodológicas en el presente estudio, sin embargo se plantean sugerencias para futuras investigaciones. Se considera que la principal utilidad de los hallazgos del presente estudio será para comparar la población con Trastorno Límite de la Personalidad que resulta no ser candidata a un proceso de psicoterapia grupal.

El funcionamiento yoico de los pacientes con el trastorno límite de la personalidad, puede ser abordada desde diversas perspectivas teóricas metapsicológicas, y actualmente ninguna brinda una explicación satisfactoria, sin embargo, es posible afirmar con datos objetivos que los pacientes borderline presentan un yo deficitario.



## Referencias

1. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan M, Bohus M. «Borderline Personality Disorder.» *Lancet*, n° 364 (2004): 453 - 461.
2. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. «The prevalence of personality disorders in a community sample.» *Arch Gen Psychiatry* 58 (2001): 590-596.
3. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. «Estigmating the prevalence of borderline personality disorder in the community.» *J Personal Disord* 4 (1990): 257 - 272.
4. Widiger TA, Weissman MM. «Epidemiology of borderline personality disorder.» *Hosp Comm Psychiatry* 42 (1991): 1015 - 1021.
5. Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, et al. «Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder.» *Am J Psychiatry* 42 (2002): 144 - 150.
6. American Psychiatric Association. «Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder— introduction.» *Am J Psychiatry* 158 (2001): 2.
7. Zanarini MC, Frankenburg FR, Khera GS, Bleichmar J. «Treatment histories of borderline inpatients.» *Compr Psychiatry* 42 (2001): 144- 150.
8. Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, et al. «Treatment utilization by patients with personality disorders.» *Am J Psychiatry* 158 (2001): 295 - 302.
9. Dorfman B. «Las funciones yoicas en el borderline y el psicótico.» *Acta psicológica de América Latina* 42 (1996): 121 - 126.
10. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. «Cognitive features of borderline personality disorder.» *Am J Psychiatry* 147 (1990): 57 - 63.
11. Zanarini MC, Frankenburg FR, DeLuca CJ, Hennen J, Khera GS, Gunderson JG. «The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder.» *Harv Rev Psychiatry* 6 (1998): 201 - 207.
12. Stiglmayr CE, Shapiro DA, Stieglitz RD, Limberger MF, Bohus M. «Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder: a controlled study.» *J Psychiatr Res* 35 (2001): 111 - 118.
13. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al. «Characterizing affective instability in borderline personality disorder.» *Am J Psychiatry* 159 (2002): 784 - 788.
14. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, et al. «Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients.» *J Nerv Ment Dis* 190 (2002): 381 - 387.
15. Bleichmar N, Leiberman C. *El Psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós, 1997.
16. Accursio G, Meloni M,. «Alcune note alla psicologia dell'lo di Heinz Hartmann.» *Giornale Storico di Psicologia Dinamica* 11 (1990): 203-232.
17. Nos J. «La Escuela Norteamericana de la Psicología del Yo.» *Anuario de Psicología* 67 (1995): 41 - 51.
18. Hartmann H. *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

19. Hartmann H. *La Psicología del Yo y el Problema de la Adaptación* . México : Pax, 1960.
20. Rappaport D. *Organization and Pathology of Thought: Collected Papers*. Nueva York: Basic Books Inc., 1967.
21. Jacobson E. *The Self and the Object World*. Nueva York: International Universities Press, 1964.
22. Bellak L, Goldsmith L. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. México: Manual Moderno, 1993.
23. Hidalgo CG, Solares LV. *Evaluación de las funciones yoicas como un instrumento autoaplicable a sujetos en psicoterapia*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México D.F: Universidad Intercontinental, 1995.
24. Fiorini HJ. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Vision, 2002.
25. Mesa FJ, Muñoz MC, Díaz A. *Evaluación de las funciones yoicas en residentes de psiquiatría y correlación clínica a través de una evaluación sintomática*. Tesis para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. México D.F: UNAM, 2009.
26. Rangell L. «The executive functions of the ego: an extension of the concept of ego autonomy.» *Psychoanalytic Studies of the Child* 41 (1989): 1 - 37.
27. Shmidt P. «Ego function ratings after Bellak et al, in psychiatric testimony.» *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 41 (1989): 88 -91.
28. Docherty JP, Fiester S. «Funciones del Yo y resultado clínico en la esquizofrenia.» En *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*, de Bellack L, 77-89. México: Manual Moderno, 1984.
29. Dahl AA. «Evaluación de las funciones del yo de pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, con especial referencia a los pacientes límite.» En *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*, de Bellack L, 181 - 191. México: Manual Moderno, 1984.
30. Allen JG, Lolafaye C, Murphy TM, Tarnoff G, Buskyrk JN, Kearns W. «Comparación de escalas para las funciones del yo y calificaciones de síntomas en la evaluación del tratamiento hospitalario a largo plazo.» En *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*, de Bellack L, 161 - 171. México : Manual Moderno, 1984.
31. Romano E. «Utilización del modelo estimulativo- perceptivo como test diagnóstico individual y grupal.» *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina* 38 (1992): 159 - 163.
32. Burns D. «Focusing on ego strenghts.» *Arch Psych Nurs* 5 (1991): 202 - 208.
33. Lolafaye C, Shroder PJ, Siebolt F, Cerney M, Newsom M, Novotny M. «Evaluación de las funciones del yo; su relación con el resultado del tratamiento en un hospital psiquiátrico y la adaptación en el seguimiento: el estudio del factor analítico.» En *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*, de Bellack L, 91 - 111. México: Manual Moderno, 1984.
34. Comte H, Plutchik R, Buck L, et al. «Interrelations between ego functions and personality traits: their relation to psychotherapy outcome .» *Am J Psychother* 45 (1991): 69 - 77.

35. Comte HR, Buckley P, Picard S, Byram KT. «Relationships between psychological mindedness and personality traits and ego functioning: Validity studies.» *Comp Psych* 36 (1995): 11-17.
36. Berg J. «Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities.» *J Pers Assess* 55 (1990): 537-548.
37. Norring C, Schlberg S, Rossmark B, et al. «Ego functioning in eating disorders: description and relation to diagnostic classification.» *Int J Eating Dis* 8 (1989): 607-621.
38. Allen JG, et al. «An innovative approach to assessing outcome of long term psychiatric hospitalization.» *Hosp Community Psychiatry* 37 (1986): 376-380.
39. Gabbard GO, Lolafaye C, Allen JG, Herbert S, Donald BC, Marshal V. «Evaluation of inpatient treatment of severe personality disorders.» *Psychiatric Services* 51 (2000): 893 - 898.
40. Glover, E. «On the etiology of drug adiction.» *Int. Journal Psychoanalysis*. 13 (1932)
41. Fairbairn, WR. *An Object Relations Theory of the Personality*. Londres: Basic Books Inc, 1952.
42. Knight, RP. «Borderline states.» En R. Lowenstein. *Drives, affects and behaviors*. Nueva York: International Universities Press, 1953.
43. Chabert, K. Brusset, B. *Neurosis y funcionamientos límite*. Madrid: Editorial Síntesis, 1999.
44. Weinshel EM. «The ego in health and normality.» *J Am Psychoanal Assoc* 18 (1970): 682-735.
45. Buie, D. H., Jr. « The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence.» *Int J Psychoanal* 58(1977): 89-93.
46. Frosch, J. «Technique in regard to some specific ego defects in the treatment of borderline patients. » *Psychiatr Q* 45(1971): 216-220.
47. Atkin, S. «A borderline case: ego synthesis and cognition. » *Int J Psychoanal* 55(1974): 13-19.
48. Bolelouchy, Z. «Borderline states in modern psychiatry. II. (Ego psychology and further psychodynamic and biometric approaches) » *Cesk Psychiatr* 75(1979): 356-62.
49. Berg, J. L. «Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities. » *J Pers Assess* 55(1990): 537-48.
50. Koga, Y. «A study of borderline personality disorder from the viewpoint of ego functions. » *Jpn J Psychiatry Neurol* 47(1993): 783-800.
51. Marziali, E., N. Field, et al. «The assessment of ego development in borderline personality disorders.» *Can J Psychiatry* 38 (1993): S23-7.
52. Smith, T. E., N. A. Burkey, et al. «A comparison of demographic, behavioral, and ego function data in borderline and eating disorder patients. » *Psychiatr Q* 62(1991): 19-33.
53. Starcevic V. «The SCL-90-R as a screening instrument for severe personality disturbance among outpatients with mood and anxiety disorders .» *J Personal Disord* 14 (2000): 199 - 207.
54. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow SA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG et al. «Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for

Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders.» *Am J Psychiatry* 162 (2005): 883 - 889.

# Anexos

## I. Consentimiento informado

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### Evaluación de las funciones yoicas en Pacientes Ambulatorios con Trastorno Límite de la Personalidad, del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El propósito del presente estudio es investigar las características del funcionamiento yoico en pacientes con un diagnóstico clínico de Trastorno Límite de la Personalidad. Con mi participación contribuiré a aumentar el marco teórico de los conocimientos acerca del padecimiento que me han diagnosticado.

Mi participación consistirá en responder dos instrumentos de evaluación, que me ocuparan 30 minutos aproximadamente. Los instrumentos son una encuesta sociodemográfica y el cuestionario EFY.

#### Beneficios

Los fines del estudio son sólo de investigación y proporcionará información sobre la presencia de sintomatología psiquiátrica en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

#### Confidencialidad

Toda la información clínica será manejada por medio de códigos que hacen imposible mi identificación. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o en la publicación de los resultados. La información solo será consultada por los investigadores involucrados en el estudio.

#### Riesgos

Durante la aplicación de los cuestionarios, es posible que se traten temas sensibles por lo que recibiré ayuda inmediata por alguno de los psiquiatras involucrados en el proyecto. El riesgo se considera mínimo.

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio, de tal manera, acepto participar voluntariamente. Estoy enterado que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias. De la misma manera, mi información será destruida en el momento en que yo decidiera no participar en el estudio.

#### Contacto

Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del estudio, puedo contactar a la Dra. Berenice Rangel Barrera al teléfono 044 55 24 92 31 71.

_____ Nombre y firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha

