



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Estudio Comparativo sobre el Impacto del Modelo de Atención de Psicoterapia Grupal en las Funciones yojicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA

PRESENTA

María Teresa Cruz Romero

ASESOR TEÓRICO

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Dr. Francisco Muñoz Sandoval

ASESOR METODOLÓGICO

Dr. Félix Armando Ambrosio Gallardo

MEXICO D.F. FEBRERO DE 2013



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**

A mis asesores de tesis, Dr. Francisco Muñoz Sandoval, Dr. Félix A. Ambrosio Gallardo y la Dra. Cecilia Bautista Rodríguez, quienes me apoyaron durante todo el proceso para realizar el presente trabajo.

A todos los pacientes que aceptaron colaborar en la realización de éste proyecto así como a cada uno de los médicos de este hospital que participaron en mi formación como psiquiatra.

A mis padres por su confianza y apoyo a lo largo de mi vida.

## ÍNDICE

Lista de tablas y gráficas _____	ii
Resumen _____	iii
Introducción _____	1
Marco Teórico _____	4
Método _____	44
• Justificación _____	44
• Planteamiento del problema _____	45
• Objetivos _____	45
• Variables _____	46
• Muestra _____	46
• Criterios de Selección _____	47
• Tipo de Estudio _____	48
• Instrumento _____	48
• Procedimiento _____	51
• Consideraciones Éticas _____	53
Resultados _____	54
Discusión _____	66
Conclusión _____	61
Referencias bibliográficas _____	68
Anexos _____	75

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	55
Tabla 2	57
Tabla 3	60

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar el impacto que tiene la psicoterapia dinámica breve de grupo en las funciones yoicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

**Material y Métodos:** Se aplicó la Evaluación de Funciones Yoicas a dos grupos, control y de casos, conformados por 14 y 15 pacientes respectivamente. La primera aplicación para el grupo de casos fue al inicio del proceso psicoterapéutico grupal y posteriormente otra a los seis meses de dicho tratamiento. Para el grupo control se realizó el mismo procedimiento, a diferencia de que éste solo era manejado en el área de consulta externa de la institución. Se aplicaron las pruebas estadísticas T de student, Anovas y Mc Nemar.

**Resultados:** Se encontró, que en el grupo de casos hubo mejoría estadísticamente significativa en las funciones yoicas de sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, funcionamiento defensivo, funcionamiento autónomo y dominio competencia; por otro lado el grupo control presentó reducción en el puntaje de dos funciones yoicas, a saber, relaciones objetales y regresión al servicio del yo. Detectamos que no hubo mejoría estadísticamente significativa, a través del tiempo y en la comparación de ambos grupos, hubo una mejoría en el puntaje de las funciones yoicas en el grupo de casos así como una disminución en los puntajes en el grupo control, sin embargo no fue significativa estadísticamente.

**Conclusiones:** Existen diversas limitantes dentro del estudio, sin embargo se detecta que los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad se benefician con el proceso de psicoterapia dinámica breve de grupo impartido en la institución.

**Palabras clave:** Evaluación de las Funciones Yoicas, Trastorno Límite de la Personalidad, Psicoterapia Dinámica Breve

## INTRODUCCIÓN

Se habla de un trastorno de personalidad cuando en un individuo existe un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se desvía de su contexto cultural, con inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, que es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto<sup>2</sup>. Se estima que su prevalencia en la población general es entre el 10 a al 13% y que aproximadamente la mitad de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico tienen un trastorno de personalidad asociado<sup>1,3</sup>.

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad de relaciones interpersonales, dificultad en la regulación del afecto, en el control de impulsos y en la autoimagen<sup>1</sup>, su comienzo es en la madurez temprana y se presenta en una variedad de contextos.

Por sus características clínicas se le ha tratado de clasificar en distintas áreas que van desde el espectro de la esquizofrenia hasta los trastornos afectivos, de forma que se ha denominado de distintas maneras: esquizofrenia ambulatoria, esquizofrenia seudoneurótica, trastorno psicótico de la personalidad, síndrome, condición, estructura, organización, etcétera seguidas de la condición limítrofe o límite.

El trastorno de personalidad límite es un cuadro psicopatológico cuya prevalencia deja saber la importancia de su estudio, 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>. Aunado a esto se detecta la creciente demanda de servicios intrahospitalarios y el poco éxito de un abordaje exclusivamente farmacológico que ha condicionado, a lo largo del tiempo, el surgimiento de diversos manejos de tipo psicoterapéutico para mejorar el curso de este trastorno.

Psicodinámicamente se han establecido modelos de la mente, que son una forma especial de construcción teórica de importancia en la teoría psicoanalítica. Ellos han sido utilizados como esquemas explicativos de los datos observados en el proceso psicoterapéutico de pacientes. Los más frecuentemente empleados son los que logran representar una apreciación actual del funcionamiento psíquico, en una gama relativamente amplia de estados clínicos. Y aun así, diversos autores han hecho notar, que no existe aún ningún modelo de la mente totalmente satisfactorio <sup>6</sup>.

Una de las grandes dificultades a las que se ha enfrentado la psiquiatría contemporánea es la polarización entre psiquiatras de orientación biológica, o aquellos con orientación psicoanalítica o psicodinámica. Esta conceptualización se basa en la fragmentación del paciente en mente y cerebro o mente y cuerpo <sup>7</sup>. Ello no solo se refleja en las concepciones etiológicas o fisiopatológicas de las enfermedades mentales, sino también en el tratamiento ofrecido. Actualmente el desarrollo de las neurociencias nos permitirá lograr una comprensión elaborada de la interacción entre el cerebro y el ambiente que pueden llevar a mejores explicaciones patológicas y mejores estrategias de tratamiento.

Respecto al manejo psicoterapéutico de los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, sabemos que existen numerosas investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica para dicho trastorno, muchas de ellas enfocadas en el tratamiento individual de corte psicoanalítico, cognitivo conductual y de apoyo, así como el manejo grupal. Hay gran evidencia de la mejoría de síntomas psiquiátricos y la reducción de las tentativas suicidas después de seis meses de tratamiento psicoterapéutico<sup>7</sup>.

La psicoterapia psicodinámica breve en grupos, se orienta hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación; esto es, se dirige esencialmente a aprehender la estructura de la situación transversal en que se actualizan los determinantes patogénicos, obligando a jerarquizar el papel desempeñado por las condiciones de vida del paciente, dirigiéndose a la experiencia actual de la realidad del paciente. Considera básicamente que en gran medida el hombre depende directamente de su ambiente común para su normal funcionamiento <sup>20</sup> por lo que este modelo terapéutico incide en las funciones yoicas del paciente al ser estas las encargadas de la interacción de la persona con el mundo exterior. Este procedimiento se lleva a cabo en menor tiempo que las terapias analíticas, por ejemplo, y por lo tanto emplea menos recursos económicos, lo que a su vez permite su implementación en instituciones.

## MARCO TEÓRICO

### TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno Límite de la Personalidad tiene la característica de generar una severa disfunción psicosocial y una elevada tasa de mortalidad debido al suicidio, se calcula que el 10% de pacientes lo cometen <sup>8,9</sup>. Debido al tipo de tratamiento que requieren los pacientes con este desorden se considera que emplean más recursos hospitalarios que los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos. No obstante, debe considerarse la creciente popularidad del diagnóstico en las últimas décadas, situación que ha generado que en ocasiones se sobre utilice y sea mal empleado.

Desde la década de los cuarenta se observó un cuadro clínico en el que los pacientes no estaban suficientemente enfermos como para diagnosticarlos con esquizofrenia, pero se encontraban muy perturbados para realizar un tratamiento psicoanalítico clásico. Se referían a este grupo como esquizofrenia pseudoneurótica, caracterizada por un patrón sindromático de “panneurosis, panansiedad y pansexualidad”. Posteriormente se le caracterizó según las dificultades en el funcionamiento yoico, incluyendo la incapacidad de planificar de manera realista, incapacidad de defenderse contra impulsos y la predominancia del pensamiento en proceso primario sobre el de proceso secundario <sup>7</sup>.

En 1968 Grinker y col. Realizaron una clasificación de este padecimiento comentando que había cuatro subgrupos de pacientes borderline que parecían ocupar un continuo, desde el “borde psicótico” (Tipo I), hasta el “borde neurótico” (Tipo IV). Entre los dos extremos se encontraba un grupo con afectos negativos y dificultad para mantener relaciones interpersonales estables (Tipo II) y otro grupo (Tipo III) caracterizado por falta de identidad generalizada, lo que conducía a adoptar la identidad de otros. Así mismo establecieron cuatro características generales en estos pacientes: 1) Enojo como el afecto más importante o único afecto, 2) defectos en relaciones interpersonales, 3) ausencia de identidad del sí mismo coherente, y 4) depresión prevalente. Observaron las diferencias claras de éste padecimiento con respecto a la esquizofrenia, en donde un dato importante era que estos pacientes no tenían un deterioro tan importante como en dicha enfermedad <sup>7</sup>.

Hacia 1990 Zanarini y colaboradores, lograron identificar características definidas que describían al llamado síndrome borderline, entre ellas destacaban el pensamiento casi psicótico, automutilación, esfuerzos manipulativos suicidas, preocupaciones acerca del abandono, demandantes, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia <sup>11</sup>.

Desde una perspectiva psicoanalítica, Otto Kernberg buscó caracterizar a los pacientes límites, empleando un abordaje combinado de la psicología del yo y la de relaciones objétales; de esta forma acuña el término organización borderline de la personalidad que abarcaba a pacientes con patrones característicos de debilidad yoica, operaciones defensivas primitivas y relaciones de objeto

problemáticas. También observó diversos síntomas en estos pacientes entre los que destacan la ansiedad flotante, síntomas obsesivos-compulsivos, fobias, reacciones disociativas, preocupaciones hipocondríacas, síntomas de conversión, sexualidad perversa y abuso de sustancias <sup>12</sup>.

Para Kernberg el diagnóstico definitivo implicaba, además de los síntomas descritos, realizar un análisis estructural que podría revelar cuatro rasgos claves: Manifestaciones no específicas de debilidad del yo, tendencia al proceso primario del pensamiento, operaciones defensivas específicas y relaciones de objeto patológicas internalizadas. Proponía que los pacientes con otros trastornos de personalidad (grupo A y B) estaban caracterizados por una organización borderline de la personalidad subyacente. Aún existe controversia sobre si el término debe ser aplicado a un trastorno de personalidad específico o utilizado para describir una dimensión de la personalidad <sup>12</sup>.

Dentro de la estadística internacional actual, la prevalencia varía en un rango del 0.8% en Noruega al 1.8% en los Estados Unidos <sup>3,4,5</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>. Es el diagnóstico del Eje II que más se utiliza, con una prevalencia entre 15 y 25%. En la vasta mayoría de los casos, a lo largo del tiempo, los pacientes borderline continúan manifestando sintomatología clínica uniforme, sin derivar en otros trastornos psiquiátricos mayores <sup>7</sup>.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los diferentes trastornos de personalidad son la segunda causa de atención en urgencias y aproximadamente el 15% de las consultas brindadas en el servicio de consulta externa. En el año 2011 ingresaron, al área de hospitalización continua y a los servicios especiales (UCEP y Observación), 291 pacientes que contaban con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad de los cuales 63 fueron hombres y 228 mujeres, así mismo en el área de consulta externa se atendieron 4,859 personas con dicho diagnóstico en el mismo año <sup>25</sup>.

Tratando de unificar conceptos y criterios diagnósticos, el DSM-IV-TR considera nueve criterios diagnósticos para el Trastorno Límite de la Personalidad, incluyendo las condiciones comentadas en el siguiente cuadro.

Criterios para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad DSM IV-TR \*

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.

\* American Psychiatric Association: Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastonos Mentales: Texto Revisado (DSM IV- TR) 1ra ediciòn 2002. Ed. Elsevier Masson p. 794-795.

Los últimos consensos realizados a nivel mundial, consideran que los síntomas del Trastorno Límite se pueden clasificar en cuatro áreas de psicopatología y así poderlos diferenciar de otros trastornos de personalidad<sup>1</sup>.

La primera área se refiere a los desórdenes afectivos. 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. Otro aspecto de los desórdenes afectivos es su reactividad emocional intensa<sup>14</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>11</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, 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>10</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 se refiere a las relaciones intensas e inestables. Por una parte existe un profundo miedo al abandono, el cual tiende a manifestarse con esfuerzos desesperados para evitar ser dejados solos. Por otra hay 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.

Dentro de la etiología del trastorno se ha informado de un origen multifactorial. Se han postulado tres factores indispensables, uno es el ambiente traumático y caótico en el hogar, con separaciones tempranas prolongadas, abandono, insensibilidad a sentimientos y necesidades del niño y trauma de varios grados. El segundo factor es un temperamento vulnerable y de bases biológicas. El tercer factor se relaciona con eventos disparadores como el intento de formar una relación íntima, mudarse del hogar, experimentar un abuso sexual u otro evento traumático, cualquiera de los cuales puede actuar como un catalizador para producir la sintomatología de la condición borderline. Ciertos tipos de temperamento basados genéticamente pueden incrementar la probabilidad de la ocurrencia de eventos negativos de la vida, de manera que hay un efecto interactivo entre los genes y el ambiente en el desarrollo del trastorno borderline de la personalidad.

Existen numerosas investigaciones sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica como beneficio en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. Se refiere que la hospitalización parcial con psicoterapia

psicoanalítica sugiere ser la alternativa más promisorio y económica respecto a los internamientos y el tratamiento psiquiátrico en general <sup>7</sup>.

La psicoterapia de grupo puede ser un adyuvante beneficioso a la psicoterapia individual de los pacientes borderline. Todos los grupos son propensos a emplear las defensas borderline de escisión y de identificación proyectiva, brindan la oportunidad de comprender estas defensas a medida que ocurren en el contexto grupal. La mayoría de los estudiosos del tema concuerdan en que el paciente borderline es tratado con mayor efectividad en grupos de pacientes que sufren neurosis o trastornos de personalidad de nivel superior, así como que hay mayor beneficio con la psicoterapia individual en forma concomitante <sup>7,11</sup>. Se ha observado que los pacientes borderline parecen ser más deseosos de aceptar la confrontación y la interpretación acerca de esos rasgos por sus compañeros en la psicoterapia de grupo más que por un terapeuta.

## PSICOLOGÍA DEL YO

En la actualidad continua siendo aceptado el modelo estructural propuesto por Freud que divide al aparato psíquico en Ello, Yo y Superyó. Desde los años treinta diversos analistas fundan la corriente conocida como la Psicología del Yo, que tiene su mayor auge en los años 60 en Estados Unidos. Sus principales exponentes fueron Heinz Hartmann y Anna Freud, basan sus teorías en el modelo tripartito propuesto por Freud <sup>16</sup>.

El interés teórico fue transformar el Psicoanálisis que se había dedicado a estudiar el conflicto mental y los fenómenos inconscientes, en una psicología general. Por esto fue necesario investigar desde la perspectiva psicoanalítica los fenómenos que habían sido abandonados a psicólogos académicos. Se incluyeron 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>.

Hartmann como uno de los principales exponentes, conceptualizó las actividades psíquicas humanas como ocurrentes más en el nivel consciente que en el inconsciente. Mostró un notable apego a la teoría freudiana, profundizando en algunas de sus ideas y utilizó las explicaciones de índole económica de dicha metapsicología<sup>15</sup>. Cuestionó la visión freudiana del yo como una estructura monolítica y unitaria, y subrayó su complejidad y heterogeneidad, mostró la complejidad de las relaciones entre las estructuras, revisando la cruda y simplista dialéctica del dualismo polar entre opuestos e introduciendo una visión de campo con múltiples factores, más acorde a los modelos causales de la ciencia moderna en general<sup>26</sup>.

Los exponentes de la Psicología del yo investigaron arduamente los mecanismos de funcionamiento del yo, 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, adquiriendo una autonomía llamada secundaria<sup>15</sup>.

Hartmann considera que el yo, tomado como estructura, contiene 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>17</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>18</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>17</sup>. Esto es, desde el nacimiento todo ser humano cuenta con una dotación innata de funciones yoicas que no guardan relación directa con los impulsos; 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>17</sup>. 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>18</sup>.

Los seguidores de esta teoría psicoanalítica, dentro de sus contribuciones, permiten integrar al campo clínico conceptos como funciones, fortalezas y debilidades del yo como parte de la evaluación psicodinámica del paciente. Bellak y colaboradores<sup>19</sup> sistematizaron las funciones del yo en escalas utilizadas tanto para la investigación como para la evaluación clínica. Otros autores destacados en la Psicología del Yo son Kris, Lownstein, Fenichel, Waelder, entre otros, del mismo modo existen teóricos como Mahler, Kohut y Kernberg que han sido influenciados por esta corriente metapsicológica.

El concepto psicoanalítico del yo, se refiere a una de las tres estructuras del aparato mental; una construcción teórica, cuyos referentes empíricos son funciones mentales específicas organizadas en sistemas de nivel superior. Mientras que las estructuras se refieren a algo relativamente fijo, las funciones se describen como variaciones sistémicas dentro de aquellas. Cada función representa un aspecto particular del funcionamiento mental <sup>15</sup>.

La importancia del yo dentro del modelo estructural radica en que éste aparece dotado de una movilidad mayor que los otros dos. Mantiene una plasticidad que 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 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>20</sup>.

Los esquemas 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>19</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>20</sup>:

1. Funciones Yoicas Básicas. Están dirigidas al mundo exterior, a los otros y a los 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 por lo que actúan eficazmente dentro de un margen amplio de condiciones.
2. Funciones Defensivas. Dirigidas a neutralizar la ansiedad mediante diversas modalidades de manejo de conflictos que se generan entre las

condiciones de la realidad, los impulsos y las prohibiciones. Actúan simultáneamente con las funciones yóicas básicas interfiriendo en sus fines de ajuste al mundo exterior. 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 últimas a las defensivas.

3. 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 yóicas, como son la autonomía (Posibilidad de cierto funcionamiento yóico 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>20</sup>.

La definición de fortaleza yóica, 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>17</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 escindirise, 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>.

Existen tres 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>20</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>.

La experiencia clínica indica que las deficiencias en el funcionamiento yoico tienden a ser más específicas que globales. Cuanto menos diferenciada está la personalidad, es mayor la tendencia de diversas funciones del yo a mostrar 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>19</sup>.

Si consideramos al proceso psicoterapéutico desde un punto de vista psicodinámico estructural, el yo es la instancia que funciona como puente para el conocimiento de las otras dos partes de la psique, es decir ello y superyó. Por tanto, se hace necesario lograr un máximo conocimiento de él, lo que se logra a través de un análisis completo de las funciones que le caracterizan. Freud mismo señaló que el objeto del Psicoanálisis es ayudar al paciente a determinar el mejor nivel posible del funcionamiento del yo, dados los inevitables conflictos que tienen origen en el ambiente externo, el superyó y las exigencias instintivas del ello.

El objetivo psicoterapéutico sería lograr un yo que tenga la capacidad de disociarse, observar sin participar, y así percibir las totalidades con los detalles, de acercarse a la función perceptual al objeto y ver un detalle haciendo la abstracción de la totalidad, pero sin confundir la parte con el todo, captar los deseos propios y llevarlos a la acción en tanto exista la posibilidad de satisfacer dicha necesidad y para ello tomar una decisión luego de haber calibrado el equilibrio entre necesidad y posibilidad, adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo; la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo, tener un monto de ansiedad útil, preparatoria, para llevar a cabo una acción, una vez establecido el vínculo, tomada

la decisión, y observadas las circunstancias, tener la posibilidad de enviar un mensaje en el cual la acción, la idea y la expresión del afecto se combinen adecuadamente<sup>17</sup>.

### EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES YOICAS

Diversos 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>19</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>24</sup>. 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.

Las funciones yoicas también se han evaluado a través de otras técnicas. Por ejemplo, en la esfera proyectiva, el test Rorschach permite a través del análisis de patrones específicos en las figuras una evaluación del funcionamiento del yo del individuo, e incluso separar algunas de sus funciones entre las que destacan juicio de realidad, control de los impulsos y afectos, función sintético integrativa y la

regresión adaptativa<sup>27</sup>. También el Test de Apercepción Temática (TAT), se ha utilizado para valorar en forma proyectiva las características del funcionamiento yoico<sup>28</sup>. Ha habido intentos por crear instrumentos que valoren las funciones yoicas orientadas al desarrollo infantil<sup>29</sup>, sin embargo no han arrojado datos relevantes.

En un proyecto de investigación auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental (INMH) en los Estados Unidos (1973), 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>19</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 video grabada 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.

Las 12 funciones que fueron finalmente seleccionadas fueron las siguientes:

1. Relaciones Objétales: Se refiere al grado y tipo de relaciones y de 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 sí mismo y la autoestima, y el grado en que las representaciones de la persona están separadas de las de sus objetos.

5. Regulación y Control de Afectos, Instintos e Impulsos: Muestra qué 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 inadaptativamente 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 y 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 (qué tan bien cree la persona que puede hacerlo).

Cada función se calificó en una escala de 1 a 7 (donde 1 representa el nivel más pobre, y el 7 el óptimo). Debe hacerse notar que estos extremos raramente existen en la realidad; el 6 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 1 al 7, donde cada punto describe un nivel más primitivo o más avanzado de cada área del funcionamiento yoico. Una vez que se han calificado, pueden graficarse, lo cual permite una visualización clara del estado psicológico del paciente<sup>19</sup>. Dicha escala se desarrolló en 1973 tras un proyecto de investigación auspiciado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, realizado por Bellak, Hurvich y Gediman.

Como la evaluación de las funciones del yo está basada únicamente en datos clínicos, su naturaleza discreta la hace muy adaptable a muchas situaciones clínicas diferentes. La Evaluación de las Funciones Yoicas (EFY), nombre que se le dio al instrumento empleado en el estudio mencionado previamente, al identificar las áreas problemáticas específicas dentro de la estructura psíquica del individuo, a menudo hace que se comprendan las dinámicas subyacentes y sugiere también la probable etiología. Tiene una amplia aplicación clínica y es compatible con varios enfoques para la comprensión de la mente así como implicaciones directas en términos del tratamiento, y por último del pronóstico.

## PSICOTERAPIA DE GRUPO

Se considera que la terapia de grupo en el sentido de una actividad planificada bajo guía profesional para tratar la patología de la personalidad surge en el siglo XX. El primer exponente es Joseph Pratt (1922) quien era médico internista y el

cual desde 1905 realizaba sesiones de lectura con pacientes tuberculosos de manera ambulatoria, en dichas lecturas además se combinaba la información con sugerencias útiles para aprender a manejar su enfermedad crónica. Al observar la mejoría psicológica, Pratt y sus colegas realizaron dicha tarea con grupos de pacientes diabéticos y en ocasiones pacientes neuróticos. En 1921 Edward Lazell, psiquiatra, adoptó el método mencionado para aplicarlo con pacientes esquizofrénicos en un hospital de Washington D. C. <sup>21</sup>.

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad comenzó en los Estados Unidos en la década de 1930 con los trabajos de Louis Wender, quien manejó pacientes hospitalizados y ambulatorios empleando conceptos freudianos sobre psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar a la transacción dentro del grupo; Paul Schilder, que se considera por algunos pionero de la psicoterapia analítica de grupo debido a su sistemática interpretación de la transferencia y de los sueños; Jacob L. Moreno, aplicaba métodos de acción dramática, lo que conocemos actualmente como Psicodrama, y que tuvo orígenes desde los años 20 en Viena, y hasta mediados de los treinta tiene mayor auge con la fundación de un hospital psiquiátrico en Beacon, Nueva York. Por su parte Samuel R. Slavson era educador y trabajador social quien adquiere formación como psicoterapeuta quien trabaja con grupos de adolescentes generando una terapia de actividad grupal que se orientaba a la expresión de fantasías y sentimientos mediante acción y juego. Fritz Redl, en 1942 introdujo los grupos diagnósticos de niños, en medios intrahospitalarios. Alexander Wolf desarrolló un abordaje freudiano para terapia de

grupo con adultos, utilizando un derivado de la asociación libre, incluyendo el análisis de la transferencia, la resistencia y los sueños <sup>21,22</sup>.

A partir de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo cobra impulso y popularidad debido a la abundancia de casos psiquiátricos. Los psiquiatras militares se ven obligados a emplear métodos de grupo por necesidad. William C. Menninger, el principal psiquiatra militar de América, consideró que el empleo de la terapia de grupo durante la Segunda Guerra Mundial fue una de las más importantes contribuciones de la psiquiatría militar a la psiquiatría civil. De esta forma las dos principales asociaciones de terapeutas de grupo (American Group Psychotherapy Association, fundada por Slavson, y American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama, creada por Moreno) tuvieron un gran avance durante estos años y la siguiente década <sup>21</sup>.

Toda la literatura sobre terapia de grupo de los años cincuenta, demostró la aplicabilidad del tratamiento grupal en una amplia gama de escenarios, incluyendo hospitales generales y psiquiátricos, ambulatorios, programas de rehabilitación e instituciones correccionales. La población de pacientes abordables ocupaba un amplio espectro de edades así como trastornos psiquiátricos diversos. Una vez lograda la aceptación de la terapia de grupo como forma válida de tratamiento, una corriente de contribuciones teóricas que trataban de abordar aspectos básicos del cómo y cuándo de la terapia de grupo, sentar criterios diferenciales respecto a la aplicabilidad, grupos homogéneos versus heterogéneos, tratamiento combinado y conjunto y manejo de separación de pacientes. Dicha búsqueda se extiende hasta la década de los sesenta en que se trataban de crear teorías

sólidas psicodinámicas de la terapia de grupo. Aparecen diversas publicaciones al respecto como el Tratado sobre Terapia Analítica de Grupo de Slavson, Experiencias con Grupos y Otros escritos de Bion, entre otros <sup>21</sup>.

Desde los años 70 se inició un crecimiento sin precedentes de la terapia de grupo considerada globalmente. Se detectó que al menos la mitad de los establecimientos sanitarios para pacientes internos en América aplicaban tratamientos de grupo, situación que se extendió a todos los servicios que trataran con recursos humanos, desde escuelas a hospitales generales como grupos de autoayuda. Se determinó que ante la realidad económica convenía desarrollar estrategias de atención para diversos grupos, desde niños, adolescentes, ancianos, pacientes orgánicos y consumidores de drogas. Así mismo se sabía que irían ganando popularidad modalidades de terapia de grupo con objetivos a corto plazo (breves) orientadas a crisis y fundamentalmente de apoyo, frente al modelo inicial de terapia reconstructiva de larga duración <sup>22</sup>.

### PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE

Es notable el ritmo de crecimiento de la actividad psiquiátrica, tanto en ámbitos institucionales como en la asistencia privada. El proceso de desarrollo genera disparidad entre el monto de demandas y la organización de recursos teóricos y técnicos con que se cuenta para enfrentarlas. La práctica hospitalaria nos impone un salto de nivel, pone en evidencia los desajustes en el plano técnico y los instrumentos desarrollados muestran limitaciones. Ante las demandas creadas, las

instituciones se ven obligadas a instrumentar terapéuticas breves que pueden ser poco aceptadas por tratarse de instrumentos considerados ambiguos en sus fundamentos y en su técnica, y cuya brevedad de aplicación sugeriría ya soluciones precarias, más aparentes que efectivas. Pueden considerarse procedimientos poco definidos, impredecibles y de efectos difícilmente evaluables.

Se atribuye a Alexander Wolf (1965) el primer desarrollo de terapia a corto plazo. En gran medida el interés por la terapia breve refleja el hecho de que la mayoría de los contactos psicoterapéuticos ambulatorios son breves, ya sea por planificación o por abandono prematuro, con menos de seis sesiones. Igualmente, la mayoría de los servicios para pacientes internos están previstos para estancias cuya duración media es inferior a 21 días. Los factores que contribuyen al creciente interés por la terapia breve son el elevado coste de la terapia y la atención de salud mental en general; la presión de las compañías de seguros médicos y de la administración sanitaria pública por abaratar los costes; la enorme demanda de servicios y la limitada oferta profesional; el aumento de la demanda de tratamientos cortos por reticencia o incapacidad para comprometerse en un tratamiento a largo plazo; el uso cada vez más difundido del hospital como refugio pasajero, unido a la proliferación de posibilidades de crédito para la asistencia transitoria y el cambio en la filosofía sobre los pacientes ingresados, lejos ya de los ingresos de larga duración. Deben considerarse como una modalidad específica, no como una versión abreviada de la terapia a largo plazo <sup>21</sup>.

Algunos autores sugieren que no es el número de sesiones o la duración del tratamiento en su conjunto lo que define a la psicoterapia breve, si no que el

tratamiento sea parco, se utilice el tiempo previsto de la forma más eficaz posible y racionada. Típicamente las sesiones varían desde una a más de 50, distribuidas a lo largo de un año. Para esta terapia suele ser entre 12 y 15 sesiones, la mayoría de ellas con duración de 45 a 90 min, con frecuencia semanal y una gama de diversas orientaciones teóricas: psicoanalítica, cognitiva, interpersonal y conductista <sup>21</sup>.

Existe un conjunto de características en común para la psicoterapia breve, ya sea individual o de grupo: 1) Manejo terapéutico de las limitaciones temporales; 2) limitación de los objetivos terapéuticos; 3) centrar el presente en el contenido de la terapia; 4) manejo directivo de las sesiones por el terapeuta; 5) valoración rápida; 6) prontitud en la intervención; 7) flexibilidad por parte del terapeuta; 8) ventilación o catarsis como parte del proceso; 9) establecimiento rápido de una relación interpersonal a partir de la cual obtener influencia terapéutica; y 10) adecuada selección de pacientes, ya que no todos pueden beneficiarse de un contacto terapéutico breve <sup>21</sup>. Los partidarios de esta terapia subrayan la importancia de una composición homogénea del grupo para favorecer la cohesión y universalización.

Una terapéutica breve puede organizarse por referencia a determinados modelos sobre etiología y funcionamiento normal y enfermo de la personalidad. Este modelo intenta un acercamiento a la vida cotidiana del paciente, el cual se instrumenta en las interpretaciones, en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral, “ocuparse del afuera del tratamiento”. Lo que es opuesto en gran medida a la teoría psicoanalítica estricta. Hartmann ha llamado la

atención sobre el papel selectivo que en la aparición de trastornos psíquicos ejercen determinadas estructuras sociales, actualizando o inhibiendo la emergencia de actitudes adaptativas.

La psicopatología dinámica ha iluminado el campo de los fenómenos de enfermedad del paciente, pero es un cuerpo de datos de la experiencia clínica, así como de la psicología general y social, lo que ha llevado a cuestionar la posibilidad de que modelos de conducta patológica puedan dar cuenta de toda la conducta del paciente. Se ha planteado que no es posible entender la enfermedad sin considerar en todo momento su interacción con el funcionamiento normal. Si el paciente es capaz de conservar en grado variable cierto comportamiento realista, adaptativo y si interjuegan en su conducta fenómenos patológicos y adaptativos, pueden localizarse áreas de enfermedad, y distinguirse grados o niveles de la misma. Una terapéutica breve organiza sus recursos de modo flexible, los organiza en función de una evaluación total de la situación del paciente, en su grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad, elabora su estrategia según qué capacidades están invadidas por conflictos o libres de ellos

20, 22.

La mayoría de los terapeutas que utilizan el abordaje a corto plazo subrayan que los objetivos deben ser limitados, específicos, explícitos, y estar de acuerdo con ellos tanto el terapeuta como los participantes en el grupo. En la medida de lo posible, los objetivos deben formularse en el lenguaje interpersonal, usando el contexto grupal para tratar aquí y ahora los temas que surjan. Además, los objetivos previstos deben estar en consonancia con el tamaño del grupo, el

número, duración y frecuencia de las sesiones. Sin embargo, quizá el factor más importante sea la congruencia entre los fines de la terapia y el nivel de funcionamiento yoico y las motivaciones de los pacientes para lograrlos.

El grueso de datos relativos a los criterios de selección se encuentran en forma de informes clínicos o anecdóticos, es poca la información que se tiene respecto a las indicaciones para la selección de éstos pacientes, sin embargo hay mayor consenso en lo relativo a las contraindicaciones para esta terapia, dentro de lo que se resumen tres grupos de criterios de exclusión: a) Contraindicaciones interpersonales (por ejemplo, miedo a mostrarse, incompatibilidad individual con la terapia de grupo, somatización frecuente de los conflictos e intensa tendencia a la negación como mecanismo defensivo); b) Contraindicaciones motivacionales (centrarse injustificadamente en los hechos externos asociados a las dificultades de los pacientes antes que en los factores intrapsíquicos o interpersonales, pacientes remitidos a un grupo como vía de terminar la terapia individual y pacientes con escasa motivación para el cambio); c) contraindicaciones diagnósticas tradicionales (pacientes con psicosis aguda y retirada esquizoide grave, homicidas o suicidas, consumidores de drogas, pacientes con síndromes mentales de origen orgánico y sociópatas) <sup>21</sup>.

Dentro de las características de los pacientes para ingresar en terapia de grupo se encuentran: 1) cierto nivel mínimo deseable de capacidades personales; 2) motivación para hacer terapia y cambiar; 3) ansiedad y displacer psicológicos actuales; 4) expectativas de mejorar con la terapia; 5) motivo de consulta circunscrito; 6) síntomas de comienzo repentino; 7) antecedentes premórbidos de

buena adaptación; 8) historial de relaciones significativas con al menos una persona en la vida; 9) capacidad de relación flexible con el terapeuta y acceso a reacciones emocionales durante la entrevista diagnóstica; 10) capacidad de introspección; 11) expectativas realistas del proceso terapéutico; y 12) muestras de fortaleza adaptativa, como consistencia educativa y laboral <sup>21</sup>.

En la literatura se reporta que la terapia breve produce cambios significativos, lo cual parece ser conforme a la revisión de grupos experimentales y terapéuticos aplicable tanto al tratamiento grupal como individual. La evaluación de la eficacia terapéutica del tratamiento breve individual versus el tratamiento grupal, por lo general no ha mostrado diferencias significativas atribuibles a la modalidad escogida. El meta-análisis del estudio de resultados basado en la valoración de terapeutas y pacientes y admitiendo lo sesgado de las fuentes de información sobre el tema, registran un espectro del 0.80 lo que indica que la media de personas tratadas supera el 80 por ciento de la muestra de no tratados. Estas cifras parecen coincidir en los resultados tanto de terapia breve individual como de grupo. Es de interés el hecho de que la inmensa mayoría de los pacientes fueron atendidos durante menos de ocho sesiones y que aproximadamente la mitad obtuvieron mejoría sustancial en ese tiempo, después de lo cual la mejoría disminuyó. Esto es, los cambios parecen producirse en los comienzos del proceso psicoterapéutico, el empleo de grupos breves parecen ofrecer efectos idóneos con mayor eficacia que los grupos a largo plazo, a la vez que son menos costosos <sup>21</sup>.

Respecto a los trastornos de personalidad, se sabe que el principal foco de atención se ha centrado en los pacientes con trastornos de personalidad narcisista

y límite. En los últimos diez años las tendencias al tratamiento de estos trastornos se determina por la aparición de seguros médicos y atención institucionalizada, hay necesidad de aplicación de terapias a corto plazo; se ha perfeccionado la comprensión teórica de los trastornos sin embargo la mayoría de los profesionales, tanto en medio intrahospitalario y fuera de él, aplican abordajes secuenciales, combinados, integrados y multimodales; la aplicación de modelos de corta duración ha provocado una mayor actividad por parte de los terapeutas en las fases de formación y tratamiento grupal; también ha disminuido la radicalización de los terapeutas grupales en cuanto a posiciones teóricas, permitiéndose más libertades a la hora de integrar los modelos interpersonal, de relaciones objetales, psicología del yo y experiencial. Los diagnósticos de morbilidades duales (eje I y II) han sacado a relucir a los pacientes con perturbaciones caracterológicas, que inicialmente no se habían detectado. Hay indicios de que las familias disfuncionales y con abusos sexuales son los precursores de los trastornos de personalidad narcisista y límite. Así mismo las investigaciones biológicas sobre trastornos de personalidad más recientes apuntan a conexiones genéticas entre trastornos de personalidad, por lo que a menudo se prescribe la aplicación combinada de terapia grupal y farmacoterapia a los pacientes con diagnósticos duales<sup>22</sup>.

Específicamente en el trastorno límite de la personalidad, Kernberg propone una psicoterapia dinámicamente orientada, cara a cara, dos o tres veces por semana con duración de dos a siete años. Esta aproximación ha sido descrita como una

psicoterapia expresiva, reconstructiva y de esclarecimiento. Con especial atención en la neutralidad del terapeuta y un ambiente con límites claros <sup>12</sup>.

Para la terapia grupal en dicho trastorno existió controversia respecto a su aplicación. Se consideraba que éste tipo de terapia podría ser una preparación a la terapia individual debido a que el grupo diluye la intensidad de los sentimientos de conexión y relación con una persona exclusivamente, característica de este padecimiento; además permite reducir la escisión de las representaciones del self y el objeto, lo que permitirá establecer una transferencia en la relación terapéutica diádica. Se sugiere para esta patología un tratamiento grupal a corto plazo, con internamiento y en el que estén reforzados los objetivos grupales y estabilidad grupal, así como el establecimiento de normas y la reducción del acting-out y la regresión. Por esta razón se realiza un análisis de la conducta del aquí y el ahora <sup>22</sup>.

Los factores curativos que propone Yalom <sup>22</sup> para la psicoterapia grupal han sido la base de diversos estudios con distintas orientaciones teóricas, y han mostrado interés en implementar técnicas que potencialicen fenómenos grupales que favorezcan cambios en los pacientes. Algunos de los beneficios de la terapia grupal incluyen: la disminución de la intensidad de las relaciones de transferencia al proporcionar numerosas relaciones interpersonales y múltiples blancos emocionalmente significativos; la producción de una regresión terapéutica más controlada que en la individual; el aumento de oportunidades de diversas identificaciones y de recepción de la retroalimentación de los pares; influencia de

la presión de los pares para contener las conductas relativas a la actuación de los impulsos; una prueba de realidad más firme a través de la interacción social <sup>42</sup>.

Es importante mencionar que a pesar de que la psicoterapia para TLP y otros trastornos de personalidad tradicionalmente se ha desarrollado a largo plazo, algunos autores sugieren el uso de terapias de tiempo limitado y con objetivos específicos. Esto favorecería el apego de los pacientes limítrofes a su tratamiento, si tomamos en cuenta que la principal dificultad observada en los estudios realizados es la rápida deserción de muchos de ellos <sup>43</sup>.

El proceso de psicoterapia grupal impartido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, consta de dos etapas; la primera etapa llamada "Grupos de Valoración", tiene el objetivo general de corroborar el diagnóstico y evaluación de los pacientes en el contexto grupal, generar y fortalecer conciencia de enfermedad, generar una demanda realista hacia la psicoterapia, facilitar la aceptación hacia el rol de paciente y promover la elección de objetivos de trabajo (Focalización); lo anterior mediante un contrato inicial de 8 sesiones fijas en día, hora y lugar, una vez por semana con una duración de una hora y 45 minutos aproximadamente. No se puede faltar más de una vez a la terapia y si el paciente está en crisis se excluye del grupo siendo canalizado con su médico tratante o a urgencias según el caso; además cada paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico establecido por su médico tratante. El modelo teórico está basado en la psicoeducación, se utilizan técnicas y recursos psicodramáticos así como gestálticos y cognitivos, con sesiones estructuradas así como una posición directiva por parte del terapeuta. Los grupos de valoración son abiertos, se

integran de 10 a 15 personas, todas canalizadas por el servicio de Consulta Externa. Cada una de las 8 sesiones tiene su nombre y objetivos específicos a cumplir, al finalizarlas se envía al grupo a la segunda etapa; cabe mencionar que la etapa de valoración es cuando existe el mayor número de abandono del programa de Psicoterapia de Grupo para TLP.

La segunda etapa consiste en el proceso terapéutico de “Trabajo”, tiene una duración de dos años (80 sesiones), una vez por semana, con duración de 90 minutos por sesión, los grupos están compuestos de 12 personas máximo; el objetivo general de esta etapa es apoyar al paciente para aceptar el trastorno y brindarle recursos (yoicos) para el manejo de su conflicto. Existen tres fases en la etapa de trabajo, estas son: de cohesión grupal, de trabajo propiamente dicha y de cierre; se emplean técnicas expresiva de apoyo, interaccional, lecturas psicodinámicas de los diversos fenómenos grupales centradas en el aquí y el ahora del grupo, cognitivo conductual para la elaboración de las diversas ansiedades en las que cae el grupo de terapia y dinámicas grupales para movilizar al grupo en caso de que manifieste grandes resistencias. En un primer paso se pretende la cohesión o consolidación del grupo en un periodo de 3 a 6 meses aproximadamente; posteriormente viene la fase denominada de trabajo, con duración de 12 a 16 meses que se centra en el manejo de “temas focalizados” por el grupo (centrado en 5 puntos: desregulaciones afectivas, impulsividad, relaciones interpersonales, conflictos de identidad y sus alteraciones cognitivas) y las “ansiedades” del paciente (de desintegración, de pérdida de objeto, pérdida del amor del objeto y ansiedad de castración) con el empleo de fenómenos grupales

como espejeo, transferencias y contratransferencias, roles, liderazgos, etc.; finalmente se da un tercer momento denominado de cierre, con 2 meses de duración aproximada, y se realiza de forma individual en el momento en que el paciente cumpla el tiempo establecido para la terapia. Se informa al paciente y al grupo que está por concluir su ciclo manejando las diversas respuestas que pueda tener ante este evento. Todo el programa permite mayor experiencia emocional, a través del grupo, para el fortalecimiento de la personalidad, que implica un adecuado funcionamiento yoico que permite mecanismos más adaptativos para afrontar los conflictos vitales.

#### ANTECEDENTES DE LA EVALUACIÓN DE FUNCIONES YOICAS

La Evaluación de Funciones Yoicas se validó en diversos tipos de desórdenes psiquiátricos, por ejemplo en el estudio de situaciones psicodinámicas en trastornos de personalidad<sup>30</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 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>31</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>32,33,34</sup>, y para determinar características de las funciones yoicas en trastornos de personalidad<sup>35,36,37</sup> y trastornos alimenticios<sup>38</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>39</sup>.

La valoración de 216 pacientes con trastornos severos de personalidad en los hospitales Menninger y Harding<sup>40</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 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.

En 1992 se llevó a cabo la traducción al español<sup>41</sup>. En 1995 su validación<sup>23</sup>, como una tesis para la titulación de la licenciatura en Psicología en la Universidad Intercontinental, se verificó la confiabilidad de la EFY y se validó como instrumento autoaplicable en 120 sujetos mexicanos, además a manera de un estudio experimental de campo, se buscaba identificar los niveles de fortaleza yoica, comparando dos grupos de 60 sujetos, cuya diferencia radicaba en el tener o no un tratamiento psicoterapéutico, debiendo tener el grupo que si estaba en un

proceso de psicoterapia cuando menos tres años asistiendo. Los resultados, además de la validación de la EFY, fueron diferencias significativas con mejoría en ciertas áreas del funcionamiento yoico como prueba de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, relaciones objetales, funcionamiento defensivo, y funcionamiento sintético integrativo, estadísticamente mejores en el grupo de sujetos bajo psicoterapia<sup>23</sup>.

Otros intentos más recientes por elaborar instrumentos que evalúen el funcionamiento yoico es el desarrollo del instrumento Psychological Mindedness Scale (PMS), que aún no ha sido traducido al español. Se generó en el Albert Einstein College of Medicine de Nueva York<sup>36</sup> y ha comprobado validez y confiabilidad para valorar tanto rasgos de personalidad como para medir el funcionamiento yoico. Las listas de cotejo de síntomas se utilizan a menudo en la psiquiatría descriptiva para evaluar el estado mental o el funcionamiento psicológico general. Permiten un acercamiento diagnóstico, sin embargo, no favorecen la comprensión de la psicodinámica o de la etiología, y el análisis del tratamiento o del pronóstico queda trunco. La evaluación de las funciones del yo, es un método que permite que alguien con orientación psicodinámica relacione las funciones del yo con la naturaleza de las cualidades y la cantidad del impulso, así como con la matriz completa de la red de hipótesis psicoanalíticas<sup>19</sup>.

Una revisión realizada en Cochrane indica que no hay evidencia convincente de que la medicación sea completamente exitosa<sup>44</sup>. La psicoterapia es necesaria y de primera elección para el tratamiento para el TLP<sup>45</sup>. Otros estudios han comparado la terapia esquemática y la terapia focalizada en la transferencia como

manejo para pacientes borderline, sosteniendo que ambas muestran una mejoría significativa en los síntomas de dicho trastorno, con incremento en la calidad de vida y cambios asociados a las características de la personalidad <sup>46</sup>. Sin embargo se ha demostrado mayor beneficio con la terapia esquemática respecto a la focalizada en la transferencia <sup>47</sup>.

En cuanto a antecedentes de investigación sobre las funciones yoicas existen los expuestos previamente respecto a la aplicación de la EFY <sup>19</sup>, así como estudios en los que, específicamente, se ha intentado evaluar de diversas maneras el funcionamiento yoico de los pacientes borderline. Uno de ellos a través de pruebas de Rorschach <sup>37</sup> que incluía 50 borderlines y 28 narcisistas; otro en el que se emplearon entrevistas clínicas con orientación estructural <sup>48</sup> (incluyendo 28 limite y 19 neuróticos); el uso del test de frases incompletas <sup>49</sup>, y por último con la Evaluación de las Funciones Yoicas (EFY) de Bellak (comparando 7 borderlines con 10 pacientes con trastornos de la conducta alimentaria) <sup>50</sup>.

Es poca la investigación en ésta área de la psicopatología que emplee métodos de aproximación originados en la metapsicología, en este caso con las corriente de los Psicólogos del Yo. Los estudios revisados denotan ciertas deficiencias. En México son escasas las investigaciones que se han realizado empleando el instrumento de la Evaluación de las Funciones Yoicas propuesto por Bellak, el primero fue su validación que hemos comentado previamente. Posteriormente en 2009 se realizó una investigación sobre la correlación de funciones yoicas (evaluada con Escala de Funciones Yóicas) y sintomatología clínica (evaluada con Lista de Cotejo de Síntomas Psiquiátricos SCL- 90) en un grupo de 92 residentes

de psiquiatría <sup>24</sup>. Dicho estudio encontró que, respecto a las dimensiones sintomáticas clínicas, los hombres tenían menos sintomatología o de menor severidad en comparación con las mujeres en la mayoría de los síntomas evaluados. La única dimensión sintomática que mostró una asociación estadísticamente significativa con el género fue la somatización.

En cuanto a la comparación del funcionamiento del yo, en todas las funciones los hombres mostraron una media mayor que el género femenino, con excepción de la regresión adaptativa al servicio del yo, que mostró valores discretamente más altos en las mujeres. Sin embargo la única función que resultó estadísticamente significativa, respecto al mejor funcionamiento comparado con el sexo femenino, fue la función defensiva del yo. Reportaron que dado el número de variables se consideró como significativa una  $p$  menor a 0.0006. Se encontró que la Somatización se relaciona con las funciones yoicas de Relaciones Objetales, Prueba de Realidad, Sentido de Realidad, Regulación de los afectos, instintos e impulsos, Procesos del pensamiento, Función defensiva, Barrera a los estímulos, Funcionamiento Autónomo y Función Sintético Integradora. Los síntomas obsesivos compulsivos se relacionaron con las funciones yoicas de Dominio y competencia, prueba de realidad, sentido de realidad, procesos del pensamiento, función defensiva, Barrera a los estímulos, funcionamiento autónomo y función sintético integrativa. La sensibilidad interpersonal con la función defensiva, regulación de afectos, instintos e impulsos, juicio y relaciones objetales. La depresión se relacionó con procesos del pensamiento función defensiva, barrera a los estímulos, funcionamiento autónomo y dominio competencia. La ansiedad con

la función sintético integrativa, funcionamiento autónomo, barrera a los estímulos, función defensiva, procesos del pensamiento, regulación de afectos, instintos e impulsos y sentido de realidad. La hostilidad se relacionó con la regulación de los afectos, instintos e impulsos, función defensiva, barrera a los estímulos. Los síntomas fóbicos tuvieron relación con la función defensiva, el sentido de realidad y la prueba de realidad. La ideación paranoide se relacionó con las relaciones objetales, el juicio, la función defensiva y barrera a los estímulos. Por último el psicoticismo se relacionó con la función defensiva, los procesos del pensamiento y el sentido de realidad <sup>24</sup>.

En 2010 se reporta un estudio transversal aplicado a 57 pacientes con TLP candidatas a recibir un manejo en psicoterapia de grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En los resultados de dicho estudio se obtuvo que los pacientes del sexo masculino con TLP tenían un peor funcionamiento en las Relaciones Objetales, Prueba de Realidad y Función Autónoma aunque no eran estadísticamente significativas. Las mujeres en cambio arrojaban bajo puntaje en el Juicio, Sentido de la Realidad, Procesos del Pensamiento, Regresión Adaptativa al servicio del Yo, Función defensiva, Barrera a los estímulos, Función sintético integrativa y en Dominio y competencia. En dicho estudio el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad se corroboró por clínica y con el Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad <sup>25</sup>.

Por otra parte, respecto a la psicoterapia grupal aplicada a pacientes con TLP, en el año 2009 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente se realizó un estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes

con el diagnóstico comentado con el objetivo de comparar la efectividad del tratamiento en función a la composición de los grupos. Se formaron dos grupos, uno homogéneo (de pacientes limítrofes n= 12) y otro heterogéneo en el que se incluían otros trastornos sin patología grave de la personalidad (n=6). Los resultados sugirieron que la composición de grupos si era una variante significativa, mencionando que los pacientes con TLP pueden tratarse exitosamente mediante psicoterapia de grupo en una composición heterogénea de éste <sup>51</sup>, sin embargo se debe mencionar que en dicha investigación no existió un grupo control sin psicoterapia, con el que se pudiera evaluar el efecto real de la intervención terapéutica de grupo.

En la literatura internacional, no hay reportes actuales respecto al uso de la EFY, en general se habla del beneficio de pacientes borderline con el empleo de la Psicoterapia dialéctica conductual, evaluando datos como los intentos e ideación suicida, el número de hospitalizaciones, la adherencia terapéutica y la visita a los servicios de urgencias <sup>52</sup>.

## MÉTODO

### JUSTIFICACIÓN

Sabemos que el Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los padecimientos comúnmente diagnosticados y que ameritan una atención frecuente dentro de los servicios ambulatorios e intrahospitalarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Ante esta demanda es necesario brindar soluciones y una atención adecuada a los pacientes con dicho padecimiento debido, además, al patrón de deterioro que presentan, la disfunción psicosocial y su relación con las tasas de suicidio (50 veces más alta que en la población general).

Como se menciona previamente, los autores de la Psicología del Yo sostienen que el yo es la estructura central de la personalidad; una estabilidad emocional y adaptativa se dará por la interrelación adecuada de las distintas funciones yoicas. A través de la clínica e investigación se ha determinado que en los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad existe una alteración de las funciones yoicas, que determinarán en gran medida la evolución del padecimiento, su pronóstico así como en el proceso psicoterapéutico que deberá elegirse para el tratamiento.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez se han implementado nuevas estrategias dentro de la atención ambulatoria para mejorar la calidad en la atención y el funcionamiento de pacientes con personalidad limítrofe como la psicoterapia grupal, sin embargo no se ha realizado una evaluación objetiva del

impacto que éste tipo de terapia ejerce sobre dichos individuos. Por tal razón considero que este estudio es de gran importancia para evaluar la eficacia de la atención brindada en la institución a pacientes con Trastorno de Personalidad Límite, así como para implementar programas de atención suficientes e innovadores, además de generar nuevas líneas de investigación dentro de la institución.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la necesidad de generar nuevas técnicas en el manejo institucional de pacientes con trastornos de personalidad limítrofe, se implementa al tratamiento la psicoterapia grupal para pacientes ambulatorios con dicho diagnóstico en el HPFBA. Por tal razón surge la necesidad de evaluar, en un periodo de 6 meses, tal procedimiento a través de la medición de las funciones yoicas que, como hemos sustentado en el marco teórico, son el área en donde se ve reflejada la patología psiquiátrica y el punto de acción de la psicoterapia grupal.

## OBJETIVOS:

### A) GENERAL:

- Evaluar el impacto que tiene la psicoterapia breve de grupo en las funciones yoicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## B) ESPECÍFICOS:

- Determinar si existe mejoría en las funciones yoicas de pacientes con Trastorno Límite de la personalidad tras seis meses de recibir psicoterapia breve de grupo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Comparar los resultados de las funciones yoicas entre el grupo de pacientes con TLP que recibe psicoterapia y el grupo control, de pacientes que no la reciben.
- 

## VARIABLES:

### - DEPENDIENTES:

- a) Funciones yoicas

### - INDEPENDIENTES:

- a) Terapia de grupo

## MUESTRA

- Se formaron dos grupos de 15 (grupo 1) y 14 (grupo 2) integrantes cada uno. El grupo 1 o grupo de casos se conformó de pacientes con diagnóstico de TLP que recibieron psicoterapia breve de grupo en el área de Consulta Externa del HPFBA.

- El grupo 2 o grupo control se formó por pacientes vistos únicamente por Consulta Externa del HPFBA, que no recibieron psicoterapia y que fueron asignados por cuota.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### GRUPO 1

#### - INCLUSIÓN :

- a) Diagnóstico de TLP realizado cuando menos por dos psiquiatras de la institución y corroborado por la aplicación del SCID II
- b) Pacientes con TLP que inicien proceso de psicoterapia de grupo en HPFBA
- c) Aceptar participar en la investigación y firmar consentimiento informado

#### - EXCLUSIÓN:

- a) Que no cumplan con diagnóstico de TLP tras aplicación del SCID II
- b) No aceptar participar en la investigación.

#### - ELIMINACIÓN

- a) Pacientes que no cumplan con los seis meses de psicoterapia de grupo.
- b) No contestar de forma completa las escalas aplicadas o no entregarlas

## GRUPO 2

### - INCLUSIÓN:

- a) Diagnóstico de TLP hecho por dos psiquiatras de la institución como mínimo y corroborado por la aplicación de SCID II
- b) Recibir manejo en consulta externa de HPFBA

### - EXCLUSIÓN:

- a) Que no cumplan con diagnóstico de TLP tras aplicación de SCID II
- b) No aceptar participar en la investigación.
- c) Estar recibiendo psicoterapia de cualquier tipo

## TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo y comparativo.

## INSTRUMENTO

### ESCALA DE FUNCIONES YOICAS DE BELLAK (EFY)

La aplicación de la EFY permite describir 12 características individuales, que según el marco teórico que lo sustenta se consideran funciones del Yo, previamente validadas, con confiabilidad interjueces y de constructo bien establecida, fundada en la matriz de las hipótesis psicoanalíticas básicas. 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.

En el cuadro 1 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. Ello se traslapa por medio de una regla de tres, a una escala del uno al siete, donde el número menor habla de deficiencias en dicha función yoica, y el mayor hablar de un excelente estado de la misma.

**Valores asignados en la Evaluación de Funciones Yoicas para la calificación\***

<b>Número de subtest</b>	<b>Función yoica evaluada</b>	<b>Excepciones</b>	<b>RARA VEZ</b>	<b>A VECES</b>	<b>A MENUDO</b>
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, afectos e instintos</i>		2	1	0
5	<i>Relaciones objetales</i>	De pregunta 1 a la 5 y 7 a la 9	2	1	0

	<i>Relaciones Objetales</i>	Pregunta 6 y 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 5 y 7 a la 10	2	1	0
	<i>Funcionamiento autónomo</i>	Pregunta 6	0	1	2
11	<i>Función sintético integrativa</i>	De pregunta 1 a la 2 y 4 a la 10	0	1	2
	<i>Función sintético integrativa</i>	Pregunta 3	2	1	0
12	<i>Dominio competencia</i>		0	1	2

\* Bellak L, Goldsmith L. Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo. México: Manual Moderno; 1993.

Para la calificación de la escala se utilizan los parámetros ya mencionados (del 0 al 7). También se recomienda que, para graficar los resultados y analizarlos de una manera visual fácil, se transformen por medio de una conversión simple a una escala del 1 al 13, lo que facilita la localización de los datos en un plano de coordenadas. En los resultados se exponen los promedios del puntaje de cada sub escala correspondiente a cada función yoica (escala del 0 a 20 puntos, siendo

20 puntos la mejor calificación posible), pero se graficaron con lo sugerido (rango del 1 al 13).

## PROCEDIMIENTO

Posterior a la aprobación del proyecto de investigación por el servicio de enseñanza y el comité de bioética, se solicitó a la Subdirección de Servicios Ambulatorios y a la Jefatura de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la autorización para la realización de la investigación, ya que fue el área en donde se captaron los pacientes.

Para la realización del grupo 2, se captaron 14 pacientes que fueron valorados por médicos de la Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, tanto de primera vez como subsecuentes. Se identificaron criterios clínicos para el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad; posteriormente fueron enviados con la sustentante de la tesis para otorgar la información sobre el presente estudio, a los que aceptaron participar se les otorgó el consentimiento informado y una vez firmado se aplicó del SCID II, en aquellos que se corroboró el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad, se les realizó la EFY así como la encuesta sociodemográfica, a los seis meses de dicha aplicación se les captó nuevamente para la segunda aplicación de la EFY.

En el caso del grupo 1 se captaron a los pacientes que se encontraban en grupos de valoración para recibir terapia grupal y que contaban con el diagnóstico clínico de TLP; de igual manera se les invitó a participar en el estudio y a los que

aceptaron se les otorgó el consentimiento informado , posteriormente se aplicó el SCID II y al confirmar el diagnóstico se aplicó la EFY y encuesta sociodemográfica. Tras seis meses de participar en la psicoterapia grupal impartida en el área de consulta externa del HPFBA se aplicó nuevamente la EFY.

El proceso de psicoterapia grupal impartido en el HPFBA, constó de dos etapas; la primera etapa llamada de valoración, con un mes de duración, fue en la que se captaron 15 pacientes para formar el grupo 1 y en la que se realizó la primera aplicación de la EFY y el SCID II. Posteriormente, en la segunda etapa del proceso terapéutico denominada de Trabajo y con duración total de dos años, (80 sesiones), se realizó nuevamente la EFY seis meses después de la primera aplicación de ésta escala.

La sustentante de la tesis fungió como el recurso humano principal, como conciliador con los sujetos, aplicadora del instrumento, y recolectora de la información. Se solicitó apoyo a los asesores de la tesis para establecer el marco teórico y para el desarrollo de la metodología y de forma posterior para el análisis estadístico de la información obtenida.

Los recursos humanos empleados fueron el médico residente sustentante de la tesis, dos Psicoterapeutas de grupo que no se encontraron involucrados en la toma de mediciones, el asesor metodológico y el asesor teórico.

Dentro de los recursos materiales se utilizó un consultorio ubicado en el área de consulta externa del HPFBA, así como juegos de fotocopias de la EFY, SCID II y de la encuesta sociodemográfica. Se otorgó a cada paciente un juego con cada

una de las fotocopias, además de un lápiz y un bolígrafo para contestar. Posteriormente se usó el equipo de computo con los programas básicos indispensables para procesar la información y realizar el análisis estadístico.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Ante las características del estudio, en donde se aplicaron instrumentos que miden funciones psicológicas y no se manipuló la conducta del sujeto, se considera un estudio con RIESGO MÍNIMO. El presente estudio cumple con las normas nacionales e internacionales de ética ya que no fue un estudio de tipo invasivo y se respetó la confidencialidad de los datos que informaron los pacientes. Así mismo se entregó carta de consentimiento informado en donde se explicó el procedimiento del estudio y se indicó a los pacientes que deseaban participar que podían retirarse del estudio cuando lo decidieran sin menoscabo del tratamiento que estuviera llevando en la institución.

Por los rasgos de las escalas y encuestas aplicadas, esto es, que registran aspectos cognitivos, afectivos o conductuales personales, los resultados obtenidos se manejaron también con total confidencialidad, eliminando el nombre del sujeto, identificando los instrumentos aplicados con un número seriado.

## RESULTADOS

El tamaño total de la muestra fue de 29 pacientes. Se formaron dos grupos, el grupo de control (sin terapia de grupo o grupo 2) con 14 individuos; y el grupo de intervención (en terapia de grupo o grupo 1) con 15 individuos. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los individuos de acuerdo con su inclusión en terapia de grupo

GPO	Freq.	Percent	Cum.
No en terapia de grupo	14	48.28	48.28
En terapia de grupo	15	51.72	100.00
Total	29	100.00	

Respecto a los datos demográficos se contó únicamente con 2 (7%) pacientes del sexo masculino y 27 (93%) del sexo femenino, un paciente masculino en cada grupo. Un rango de edad de 18 a 53 años, con una media de 27.7, para el grupo 1 la media fue de 28.93 y para el grupo 2 de 26.57.

Se encontró que en el grupo 1, 46.66 % de los pacientes eran solteras, 26.66 % casadas, 6.66 % separadas y 26.66 % se encontraban en unión libre. En cuanto al grupo 2, 64.28 % solteros, 14.28 % casadas, y 21.42 en unión libre, sin encontrar pacientes separados o divorciados en este último grupo. Así mismo se reportaron en el grupo 1 hubo 12 (80%) pacientes católicos, 2 (13.33) cristianas y 1 (6.66%)

que se refirió sin religión; en el grupo 2 fueron 9 (64.28%), 1 (7.14%) y 4 (26.66 %) respectivamente.

Observamos que en el total de la muestra el rango de años de estudio fue de 5 a 19 años, con una media de 11.86, específicamente para el grupo 1 de 10.6 y para el grupo 2 de 13.21.

Dentro de las comorbilidades reportadas en la encuesta demográfica se encontraron migraña (en dos pacientes), colitis, fibromialgia, hipertensión arterial sistémica, epilepsia, asma, acné, bronquitis, tendinitis, gastritis y VPH, 20 pacientes (68.96%) de la muestra total no refirieron ninguna otra patología.

De la muestra total, 20 pacientes tuvieron un primer contacto con la institución a través del servicio de urgencias y 9 por el servicio de preconsulta; de éstos 12 del grupo 1 fueron por urgencias y 3 por preconsulta y en grupo 2 fueron 8 y 6 respectivamente. En cuanto al número de hospitalizaciones, 9 (31.03%) pacientes tuvieron hospitalizaciones, de los cuales 6 (66.66%) la tuvieron en una ocasión, 1 (11.11%) en dos ocasiones y 2 (22.22%) en tres ocasiones. De lo anterior cabe mencionar que en el grupo 1 se encontraban 6 del total de pacientes con hospitalizaciones previas.

Para cada grupo se evaluó el cambio en el promedio del puntaje para cada función yoyca, esto es, determinar si hubo o no mejoría en cada una de las funciones yoycas con el proceso psicoterapéutico; para ello se aplicó la prueba t-student, buscando significancia con un valor de  $p < 0.05$ .

En el grupo de intervención (grupo 1), los individuos que acudieron a terapia de grupo, 5 funciones yoicas presentaron incrementos en los puntajes promedio estadísticamente significativos: Sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos; funcionamiento defensivo, funcionamiento autónomo; y dominio de competencia. Mientras que 2 funciones yoicas (juicio y barrera a los estímulos) presentaron incrementos en sus puntajes promedio marginalmente significativos. (Tabla 2)

En aquellos individuos del grupo control, que no acudieron a terapia de grupo, 2 funciones yoicas presentaron reducción en los puntajes promedio estadísticamente significativos: Relaciones objetales y regresión al servicio del yo. Mientras que 2 funciones yoicas (procesos de pensamiento y dominio competencia) presentaron disminución en sus puntajes promedio marginalmente significativos (Tabla 2).

Tabla 2. Puntajes promedio iniciales y finales obtenidos para cada función yoica de acuerdo con su inclusión en terapia de grupo y significancia estadística en la prueba t-student

Función yoica evaluada	Sin terapia de grupo			En terapia de grupo		
	Inicial	Final	Valor de p	Inicial	Final	Valor de p
<i>Prueba de realidad</i>	12.5	12.71	0.4591	13.26	13.86	0.3012
<i>Juicio</i>	9.57	9.28	0.3649	10	11.46	0.0704
<i>Sentido de realidad</i>	12.64	12.35	0.3649	<b>12.33</b>	<b>13.93</b>	<b>0.0197</b>
<i>Regulación y control de impulsos, afectos e instintos</i>	7.64	7.35	0.1648	<b>7</b>	<b>8.6</b>	<b>0.0172</b>
<i>Relaciones objetales</i>	<b>8.78</b>	<b>7.85</b>	<b>0.0023</b>	9.13	9.53	0.3840

<i>Procesos de pensamiento</i>	8.07	7.5	0.0554	6.73	7.93	0.1501
<i>Regresión adaptativa al servicio del yo</i>	<b>9.07</b>	<b>8.5</b>	<b>0.0261</b>	8.73	9.2	0.3443
<i>Funcionamiento defensivo</i>	6.85	6.5	0.7070	<b>6.93</b>	<b>8.53</b>	<b>0.0105</b>
<i>Barrera a los estímulos</i>	8	7.35	0.4174	6.93	8	0.0998
<i>Funcionamiento autónomo</i>	9.21	9	0.8436	<b>7.93</b>	<b>9.4</b>	<b>0.0415</b>
<i>Funcionamiento sintético integrador</i>	9.71	9.07	0.1563	9	9.26	0.6813
<i>Dominio competencia</i>	9	7.92	0.1188	<b>7.66</b>	<b>9.06</b>	<b>0.0182</b>

Respecto a la prueba de McNemar, la cual se empleó para evaluar la mejoría de síntomas o su empeoramiento a través del tiempo tomando en cuenta ambos grupos, observamos que en ninguna de las funciones yojicas hubo mejoría estadísticamente significativa. Los mejores resultados se detectaron en el Funcionamiento Autónomo con una  $P = .125$ , seguida del Juicio, Sentido de Realidad, Regulación y control de afectos, instintos e impulsos, Relaciones Objetales y Procesos del Pensamiento, todos ellos con una  $P = .250$ ; posteriormente encontramos la Prueba de Realidad, Reacción adaptativa al servicio del yo y Barrera a los Estímulos con una  $P = .500$ ; finalmente el Funcionamiento Defensivo, el Funcionamiento Sintético Integrador y el Dominio y competencia fueron las funciones yojicas con escasa mejoría observando una  $P = 1.0$ .

Al aplicar la prueba estadística Anovas de medidas repetidas, con la finalidad de hacer una comparación entre grupos a través del tiempo, es decir, de las medias de cada función yoica obtenidas tanto en la evaluación inicial como en la final, observamos que en todas las funciones yoicas existió una mejoría del puntaje en el grupo que recibió psicoterapia grupal, comparando la evaluación inicial y la final. Cabe mencionar que no fue una mejoría estadísticamente significativa. Respecto al grupo control encontramos que el puntaje de la Prueba de realidad, Juicio, Relaciones Objetales y Funcionamiento Defensivo se mantuvo debajo del obtenido por el grupo con Psicoterapia de grupo, siendo la Prueba de realidad la única función yoica que mostro mejoría en el grupo control. Por otra parte observamos que en el resto de las funciones yoicas existe una disminución del puntaje en el grupo control lo que nos hace pensar en un empeoramiento del funcionamiento yoico en pacientes con trastorno límite que no reciben terapia de grupo.

Se identificó el total de pacientes que presentaron puntajes por función yoica mayores o iguales a 12 puntos al inicio y al final del estudio.

En el grupo control, en promedio 0.66 pacientes fueron clasificados de manera inicial como normales y al término del estudio fueron clasificados con déficit, por función yoica. Es de resaltar que en las funciones yoicas: Relaciones objetales y función sintético integrativa dos pacientes clasificados de manera inicial como normales redujeron sus puntajes lo suficiente para ser considerados al final del estudio como con déficit.

Para el grupo de intervención, en promedio 2.3 pacientes fueron clasificados de manera inicial con déficit y al término del estudio fueron clasificados como normales, por función yoica. La función yoica que presentó un mayor cambio en el total de pacientes (4) que progresaron de encontrarse en déficit hacia la normalidad fue: Funcionamiento autónomo. Cinco funciones fueron identificadas con mejoría en 3 pacientes cada una.

En el grupo de intervención, ninguna función presentó una reducción en el total de pacientes clasificados inicialmente como normales. Aunque es de mencionar que en el grupo control 8 funciones tuvieron reducción en el total de pacientes clasificados de manera inicial como normales, 3 funciones no presentaron cambios, y sólo en 1 función se incrementó el total de pacientes clasificados como normales.

Tabla 3. Número de pacientes con puntajes iniciales y finales normales (mayores o iguales a 12 puntos) para cada función yoica de acuerdo con su inclusión en terapia de grupo

Función yoica evaluada	Sin terapia de grupo			Con terapia de grupo		
	Inicial	Final	Diferencia	Inicial	Final	Diferencia
<i>Prueba de realidad</i>	7	9	+2	10	12	+2
<i>Juicio</i>	7	6	-1	5	8	+3
<i>Sentido de realidad</i>	8	8	0	9	12	+3
<i>Regulación y control de impulsos, afectos e instintos</i>	2	2	0	1	4	+3
<i>Relaciones objetales</i>	3	1	-2	2	5	+3
<i>Procesos de pensamiento</i>	4	3	-1	1	4	+3

<i>Regresión al servicio del yo</i>	5	4	-1	1	3	+2
<i>Funcionamiento defensivo</i>	2	2	0	3	4	+1
<i>Barrera a los estímulos</i>	4	3	-1	2	4	+2
<i>Funcionamiento autónomo</i>	4	3	-1	2	6	+4
<i>Función sintético integrativa</i>	5	3	-2	3	4	+1
<i>Dominio competencia</i>	3	2	-1	3	4	+1
<i>Promedio</i>	4.5	3.83	-0.66	3.5	5.83	+2.3

## DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos por el estudio, encontramos que un 93 % de la muestra fue del sexo femenino lo que va acorde con la literatura mundial respecto a las características epidemiológicas del trastorno límite de la personalidad.<sup>1</sup> La edad promedio fue de 27.7 años, semejante a la reportada por Rangel et al en 2010, lo que corrobora que continua siendo la edad media de las pacientes con TLP atendidas en el HPFBA, a diferencia de lo encontrado por dichos autores encontramos que la mayoría de los pacientes son solteros.<sup>25</sup> Mantuvieron un grado de estudios promedio equivalente al nivel medio superior.

Por otra parte consideramos que la muestra fue pequeña, observamos la reducción a más de la mitad de la población inicialmente captada para el estudio. Respecto al grupo que recibió psicoterapia breve de grupo, hubo un gran número de deserción, situación que se corrobora se da principalmente en la primera etapa del proceso psicoterapéutico llamada de valoración. Por otro lado detectamos que para el grupo control manejado únicamente en consulta externa, existió una dificultad en captar a los pacientes en el periodo de 3 meses en que se realizó la selección y aplicación inicial de las escalas, además de deserción de otros en la segunda aplicación (6 meses). Esta situación es de gran importancia ya que según datos estadísticos del HPFBA, tan solo en el año 2011 se dieron 4,859 consultas a pacientes con diagnóstico de TLP, lo que nos hace pensar en que son pocos los pacientes que siendo candidatos a un proceso psicoterapéutico de

grupo, lo concluyen; de igual forma pocos pacientes mantienen un apego adecuado a la consulta externa.

Con lo descrito anteriormente podemos proponer la aplicación de la EFY a todos los pacientes que inicialmente sean diagnosticados con dicho diagnóstico, manejados en consulta externa, la cual podría ser archivada en el expediente clínico, y considerar aplicaciones subsecuentes. Para pacientes que reciben intervención psicoterapéutica de grupo se sugiere la aplicación de la EFY a los seis meses y finalizar la psicoterapia (dos años) para comenzar a tener registros sobre el funcionamiento yoico que permitan nuevas líneas de investigación. De igual manera podrían realizarse estudios sobre la razón del alto número de deserción del manejo tanto en consulta externa como en la psicoterapia breve de grupo. Observamos también que, tomando en cuenta los datos estadísticos de esta institución, los recursos humanos actuales que brindan psicoterapia grupal para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad son insuficientes.

El tiempo de evolución del padecimiento, el diagnóstico en eje I y los psicofarmacos empleados no fueron evaluados en nuestro estudio. Dentro de los datos sociodemográficos se reportó únicamente que una paciente, perteneciente al grupo con psicoterapia breve de grupo, no seguía el tratamiento farmacológico. El resto de las pacientes mencionaron contaban con manejo farmacológico, sin embargo no se determinó el tiempo de uso ni dosis. Lo anterior puede considerarse un sesgo en esta investigación, ya que no podemos determinar en que medida este tipo de manejo contribuye al funcionamiento yoico. Sería necesario homogeneizar a ambos grupos respecto al manejo farmacológico.

Con relación a la Evaluación de las Funciones Yóicas, se encontró que para ambos grupos las funciones yoicas que mantuvieron el puntaje más elevado y un funcionamiento normal fueron la prueba de realidad y el sentido de realidad que está acorde con los datos obtenidos por Rangel et al (2010).<sup>25</sup>

En cuanto al grupo de intervención con psicoterapia breve de grupo, hubo incremento estadísticamente significativo ( $p < 0.05$ ) en las funciones de Sentido de realidad, Regulación y control de impulsos, afectos e instintos, funcionamiento defensivo, funcionamiento autónomo y dominio y competencia. Las funciones de Juicio y Barrera de estímulos presentaron incrementos marginalmente significativos. A pesar de esto, sólo dos funciones de este grupo se encontraban dentro de un funcionamiento normal, de estas el sentido de realidad es la que tuvo una mejoría estadísticamente significativa. Observamos que a pesar del incremento en el puntaje promedio, el resto de las funciones yoicas con mejoría estadísticamente significativa, continuaron reportando un funcionamiento deficiente. Lo anterior está enfocado en la evaluación individual de los grupos, sin embargo cuando se comparan ambos grupos (grupo de casos y grupo control) los resultados no tienen significancia estadística.

A pesar de lo descrito, existe mejoría en los pacientes que reciben psicoterapia breve de grupo, se identificó que en promedio 2 pacientes tuvieron de manera inicial un déficit en el funcionamiento yoico y al término del estudio fueron clasificados como normales, además de que la función denominada Funcionamiento Autónomo se colocó dentro de la normalidad en 4 pacientes. Aunque de manera global la mayor parte de los pacientes de este grupo tuvieron

un funcionamiento yoico deficiente, observamos que existieron casos con cambio a un funcionamiento normal; situación que puede deberse al tamaño de la muestra y al tiempo de la segunda aplicación (6 meses), ya que la literatura describe un tiempo de duración para la psicoterapia breve de grupo de un año <sup>21</sup>.

Por otra parte se considera que éste tipo de terapia podría ser una preparación a la terapia individual debido a que el grupo diluye la intensidad de los sentimientos de conexión y relación con una persona exclusivamente, característica de este padecimiento; de forma ideal se sugiere para esta patología un tratamiento grupal a corto plazo, con internamiento y en el que estén reforzados los objetivos grupales y estabilidad grupal, así como el establecimiento de normas y la reducción del acting-out y la regresión. Lo anterior debe ser considerado ampliamente para tener en cuenta las limitantes en la forma de tratamiento actual que se ofrece en el HPFBA a este grupo de pacientes y poder implementar nuevas alternativas de tratamiento.<sup>22</sup>

En aquellos individuos del grupo control (sin psicoterapia breve de grupo), se observó reducción significativa en las funciones de Relaciones objétales y regresión al servicio del yo, mientras que la función de proceso del pensamiento y la de dominio competencia presentaron disminución en sus puntajes promedio marginalmente significativos, cuando se comparan ambos grupos ya no hay estadística significativa, a pesar de lo cual se observa disminución en el puntaje de la mayoría de las funciones yoicas, lo que apoya la hipótesis de un mejor funcionamiento yoico con la psicoterapia breve de grupo.

## LIMITANTES

Encontramos que la evaluación en la consulta externa durante los seis meses del estudio fue llevada a cabo por distintos médicos tratantes para cada paciente. Puede darse el caso también de que una misma paciente sea evaluada en dicho lapso de tiempo por dos o más médicos. Así mismo el tratamiento farmacológico para ambos grupos no fue homogéneo, por lo que no podemos determinar en que medida favorece el fármaco en el funcionamiento yóico. En el estudio tampoco se determinó el tiempo de evolución del padecimiento.

Por otra parte al comparar ambos grupos, a pesar de existir mejoría en el funcionamiento yoico en las pacientes que recibieron terapia grupal, los resultados no fueron significativamente estadísticos, lo que nos hace pensar en la necesidad de captar un mayor número de pacientes para obtener resultados más fidedignos.

Otra limitante la encontramos en que la segunda aplicación de la escala se realizó a los 6 meses de iniciado el tratamiento, periodo que comprende menos de la mitad del tiempo en que se lleva a cabo todo el procedimiento psicoterapéutico brindado en el HPFBA y que se sugiere en la literatura, razón por la que los resultados pueden estar sesgados. Así mismo, no hay un plan de seguimiento a largo plazo para las pacientes que recibieron este tipo de tratamiento, por lo que desconocemos la evolución en el tiempo de la mejoría obtenida en dichos pacientes. Esto a su vez podría evaluarse o compararse en pacientes que continúen o no una psicoterapia individual.

## CONCLUSIÓN

De forma global, la muestra final para este estudio, de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad presentó de manera inicial un funcionamiento yoico deficiente. Observamos un predominio en el sexo femenino y que la muestra finalmente se redujo aproximadamente a la mitad de la población inicialmente captada.

En el grupo que recibió intervención con psicoterapia breve de grupo durante 6 meses se encontró mejoría estadísticamente significativa en algunas funciones yoicas como son el sentido de realidad, regulación y control de impulsos, afectos e instintos, funcionamiento defensivo, funcionamiento autónomo y dominio de competencia. Esta significancia se observó únicamente al evaluar los grupos de forma aislada, cuando se comparan ambos grupos mediante la prueba McNemar se observa que la mejoría no es estadísticamente significativa, siendo el funcionamiento autónomo el que mejores resultados tuvo.

Respecto al grupo que no fue manejado con psicoterapia breve de grupo obtuvimos una reducción estadísticamente significativa en el puntaje de dos funciones yoicas, las cuales fueron relaciones objetales y regresión al servicio del yo. En este grupo se encontraron pacientes que redujeron su funcionamiento yoico de normal a deficiente durante el estudio. Mediante la aplicación de Anovas Continuas se observó que, con excepción de la Prueba de Realidad, el resto de las funciones yoicas mostraron una disminución (sin significancia estadística) en

su puntaje. Lo que nos habla del empeoramiento probable en la sintomatología de dichas pacientes.

Por el contrario en el grupo manejado con psicoterapia breve de grupo, se encontraron pacientes quienes al inicio del estudio presentaban un funcionamiento yoico deficiente y al finalizarlo fue normal. En este sentido la función yoica denominada Funcionamiento Autónomo, fue la que mostró dicho cambio en un mayor número de pacientes. Hecho que se corrobora con los resultados de las tablas de contingencia.

Observamos también que hubo mejoría para el grupo de intervención con psicoterapia breve de grupo en otras funciones yoicas, sin embargo debido al deficit inicial de su funcionamiento yoico, asociado como ya mencionamos al diagnóstico de TLP, notamos que no se alcanzó la normalidad a pesar de haber mejorado el puntaje. Así mismo notamos que en las pacientes de este grupo, no hubo reducción del funcionamiento de las funciones yoicas considerado como normal de manera inicial, con respecto a la evaluación final.

De manera opuesta en el grupo control si se observó una disminución del funcionamiento yoico que colocó a algunos pacientes en el rango de deficiente cuando inicialmente se encontraban dentro de la normalidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan M, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *Lancet*. 2004; (364): 453–61.
2. Sadock B, Sadock V. Sinopsis de Psiquiatría. 10<sup>a</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
3. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; (58): 590-96.
4. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Personal Disord*. 1990; 4: 257-72.
5. Widiger TA, Weissman MM. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Comm Psychiatry*. 1991; 42 (3): 1015-21.
6. Gedo JE, Goldberg A. Modelos de la Mente. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
7. Gabbard O. Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica. 3<sup>a</sup> ed. México: Panamericana; 2002.
8. Skodol AE, Gunderson G, McGlashan T. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2002; 42: 144-50.
9. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder introduction. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 2.

10. Zanarini MC, Frankenburg F, Khera G, Bleichmar J. Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*. 2001; 42: 144-50.
11. Zanarini MC, Gunderson J, Frankenburg F. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 57-63.
12. Kernberg O. *Desórdenes fronterizos y narcicismo patológico*. Barcelona: Paidós; 1976.
13. Bender DS, Dolan R, Skodol A. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001; 158 (12): 295-302.
14. Dorfman B. Las funciones yoicas en el borderline y el psicótico. *Acta psicológica de América Latina*. 1996; 42: 121-26.
15. Bleichmar N, Leiberman C. *El Psicoanálisis después de Freud*. México: Paidós; 1997.
16. Freud S. *Obras completas: El yo y el ello*. Buenos Aires: Amorrortu; 1923.
17. Hartmann H. *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1987.
18. Hartmann H. *La Psicología del Yo y el Problema de la Adaptación*. México: Pax; 1960.
19. Bellak L, Goldsmith L. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. México: Manual Moderno; 1993.
20. Fiorini H. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002.
21. Kaplan HI, SADOCK B. *Terapia de grupo*. 3ª ed. España: Panamericana; 1996.

22. Yalom I. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
23. Hidalgo CG, Solares L. Evaluación de las funciones yoicas como un instrumento autoaplicable a sujetos en psicoterapia. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: Universidad Intercontinental; 1995.
24. Mesa FJ, Muñoz M, 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: UNAM; 2009.
25. Rangel B, López M, Peña J. 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 para obtener el título de Especialista en Psiquiatría. México: UNAM; 2010.
26. Nos J. La Escuela Norteamericana de la Psicología del Yo. *An Psicol.* 1995; 67: 41-51.
27. Benveniste P, Papouchis N, Allen R, Hurvich M. Rorschach assessment of annihilation of anxiety and ego functioning. *Psychoanalytic Psychology.* 1998; 15: 536-66.
28. Nawas MM. Change in efficiency of ego functioning and complexity from adolescence to young adulthood. *Developmental Psychology.* 1971; 4: 412-15.

29. Davis A. Ego functions in disturbed and normal children: aspiration, inhibition, time estimation and delayed gratification. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969; 33: 61-70.
30. Dahl A. Evaluación de las funciones del yo de pacientes psiquiátricos adultos hospitalizados, con especial referencia a los pacientes límite. En: Bellack L. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. México: Manual Moderno; 1984. p.181-91
31. Allen JG, Lolafaye C, Murphy T, 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: Bellack L. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. México: Manual Moderno; 1984. p. 161-71.
32. Romano E. Utilización del modelo estimulativo perceptivo como test diagnóstico individual y grupal. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de America Latina*. 1992; 38: 159-63.
33. Burns D. Focusing on ego strenghts. *Arch Psych Nurs* 5 (1991): 202 - 208.
34. 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.
35. Comte H, Plutchik R, Buck L. Interrelations between ego functions and personality traits: their relation to psychotherapy outcome . *Am J Psychother*. 1991; 45: 69-77.

36. Comte HR, Buckley P, Picard S, Byram K. Relationships between psychological mindedness and personality traits and ego functioning: Validity studies. *Comp Psych.* 1995; 36: 11-17.
37. Berg J. Differentiating ego functions of borderline and narcissistic personalities. *J Pers Assess.* 1990; 55: 537-48.
38. Norring C, Schlberg S, Rossmark B. Ego functioning in eating disorders: description and relation to diagnostic classification. *Int J Eating Dis.* 1989; (8): 607-21.
39. Allen JG. An innovative approach to assessing outcome of long term psychiatric hospitalization. *Hosp Community Psychiatry.* 1986; (37): 376-80.
40. Gabbard GO, Lolafaye C, Allen J, Herbert S, Donald B, Marshal V. Evaluation of inpatient treatment of severe personality disorders. *Psychiatric Services.* 2000; 51: 893 - 898.
41. Gonzalez de Rivera J. La evaluación psicodinámica de las funciones del yo. *Psiquis, Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática.* 1992; 13: 11-46.
42. Budman SH, Cooley S, Demby A, Kopenaal G, Koslog J. A model of time-effective group psychotherapy for patients with personality disorders: The clinical model. *International J Group Psychotherapy.* 1996; 46: 329–55.
43. Marziali E, Munroe B, McLeary L. The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorders. *Psychotherapy Research.* 1999; 9(4): 424-36.

44. Stoffers J, Völlm B, Rücker G, Timmer A, Lieb K. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: a metaanalysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry*. 2009; 23: 112-20.
45. Webber MA, Farrell J. Pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Psychopharm Review*. 2008; 43(11): 83-90.
46. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, Van Asselt T, et al. One-Year Follow-up of Schema focused therapy and Transference focused psychotherapy for BPD, and the influence of drop-out status, treatment status and medication. *Crossing Borders. Theory, Assessment and Treatment in Borderline Personality Disorder* by Giesen-Bloo J. 2006; 127-42.
47. Nadort M, Arntz A, Smit J, Giesen-Bloo J, Eikelenboom M, Spinhoven P, et al. Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design. *BMC Psychiatry*. 2009; 9: 64.
48. Koga, Y. A study of borderline personality disorder from the viewpoint of ego functions. *Jpn J Psychiatry Neurol*. 1993; 47: 783-800.
49. Marziali E, Field N. The assessment of ego development in borderline personality disorders. *Can J Psychiatry*. 1993; 38: 23-7.
50. Smith T, Burkey N. A comparison of demographic, behavioral, and ego function data in borderline and eating disorder patients. *Psychiatr Q*. 1991; 61: 19-33.
51. Biagini M, Torres J, Torruco M, Carrasco B. Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud mental*. 2009; 32: 241-49.

52. Linehan M, Comtois K, Murray A, Brown M, Gallop R, Heard H, et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 757-66.
53. American Psychiatric Association: Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastonos Mentales: Texto Revisado (DSM IV- TR). Madrid: Elsevier Masson; 2002.

## ANEXOS

### A) CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Impacto del Modelo de Atención de Terapia Grupal en las Funciones yojicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.**

El propósito del presente estudio es investigar si existe algún cambio en el funcionamiento yojico de pacientes un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que reciban psicoterapia de grupo durante un periodo de cuatro meses, comparado con aquellos pacientes que no reciben dicha terapia y son manejados únicamente en consulta externa. Con mi participación contribuiré a aumentar el marco teórico de los conocimientos acerca del padecimiento que me han diagnosticado.

Mi participación consistirá en responder inicialmente tres instrumentos de evaluación, que me ocuparan 15 minutos aproximadamente. Los instrumentos son una encuesta sociodemográfica y el cuestionario de la EFY, posteriormente, a los cuatro meses de la primera aplicación, se responderá nuevamente el cuestionario de la EFY y el SCID II.

#### Beneficios

Los fines del estudio son sólo de investigación y contribuirá a obtener información sobre los efectos de la psicoterapia de grupo proporcionada en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino a 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. María Teresa Cruz Romero al teléfono 044 55 21 82 74 57.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

## B) Encuesta Sociodemográfica

Por favor conteste las siguientes preguntas. Toda la información será manejada en forma confidencial y anónima con fines estadísticos de investigación.

1. Sexo: Masculino    Femenino.
2. Edad: \_\_\_\_\_ Años.
3. Estado civil:  
Casado \_\_\_    Soltero \_\_\_    Unión Libre \_\_\_    Divorciado/separado \_\_\_  
Viudo \_\_\_
4. Escolaridad: \_\_\_\_\_
5. ¿Usted padece alguna enfermedad?  
Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No
6. Usted llegó por primera vez al Hospital a través de :  
a) Urgencias. B) Preconsulta.
7. ¿Usted ha estado hospitalizado en éste o en otro Hospital Psiquiátrico?  
Si ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_ No
8. ¿Recibe actualmente un tratamiento farmacológico?  
Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
No ¿Ha recibido previamente algún tratamiento farmacológico?  
Si ¿Cuál? \_\_\_\_\_ No

GRACIAS

C) Evaluación de la funciones yoicas.

INSTRUCCIONES: A continuación hay una serie de reactivos; léalos cuidadosamente y marque con una X, la opción que mejor refleje su forma de ser. Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas.

Pregunta.	Rara Vez	A veces	A Menudo.
1. ¿Siente que nadie es en realidad su amigo?			
2. ¿Le ha sucedido que tenga problemas para decidir si algo sucedió realmente, fue un sueño, o sólo estuvo en su imaginación?			
3. ¿Hace usted cosas peligrosas?			
4. ¿Ha sentido que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?			
5. ¿Siente un fuerte impulso de estar físicamente activo?			
6. ¿Hay acontecimientos o ideas que interfieren su capacidad para concentrarse?			
7. ¿Es usted capaz de liberarse y tener pensamientos extraños, "locos" o extravagantes, sin sentirse trastornado o amenazado?			
8. ¿Las situaciones lo trastornan fácilmente?			
9. ¿Es usted especialmente sensible a la luz, el sonido o los cambios de temperatura?			
10. ¿Se le traba la lengua?			

11. ¿Se adapta usted con facilidad a los cambios en su rutina?			
12. ¿Funciona usted tan bien como cree ser capaz de funcionar?			
13. ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?			
14. ¿Ve cosas que las demás personas no puedan ver?			
15. ¿Hace usted cosas que otras personas consideran peligrosas?			
16. ¿Los ambientes familiares le parecen extraños?			

17. ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?			
18. ¿Le ha sucedido que le sea imposible recordar incluso cosas simples?			
19. ¿Tiene usted fantasías que podrían ser usadas como base para producciones o actividades artísticas?			
20. ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?			

21. ¿Es usted irritable o nervioso cuando hay mucho ruido a su alrededor?			
22. ¿Su habla se vuelve confusa cuando está turbado?			
23. ¿Puede hacer las cosas que se supone debe hacer aun cuando no le agraden?			
24. ¿Le agrada a usted estar a cargo de las cosas?			
25. Si usted establece una relación íntima con alguien, ¿Se rompe rápidamente?			
26. ¿Escucha cosas que otras personas no puedan oír?			
27. ¿Se decepciona de las amistades que hace?			
28. ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas?			
29. ¿Tiende a ser emotivo y excitable acerca de las cosas?			
30. Cuando esta perturbado emocionalmente ¿le es difícil recordar las cosas?			

<b>Pregunta.</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A Menudo.</b>
31. ¿Se puede relajar y pasar un buen momento sin preocuparse por no estar haciendo nada importante?			
32. ¿Es usted una persona ansiosa?			
33. Cuando las cosas son demasiado para usted, ¿Acostumbra ensimismarse o aislarse?			
34. ¿Se Siente tan carente de energía que no puede realizar las cosas que usualmente hace?			

35. ¿Cambia con frecuencia sus sentimientos o las ideas con respecto a las personas?			
36. ¿Vive usted de acuerdo con sus propias expectativas de si mismo?			
37. En general, ¿Prefiere que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted?			
38. ¿Las personas le han dicho que está usted confundido acerca de dónde está?			
39. ¿No funcionan las cosas del modo que usted esperaba?			
40. ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o le sucederá alguna catástrofe?			

41. ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?			
42. ¿Se le dificulta poner atención a las cosas?			
43. ¿Disfruta cuando sueña despierto?			
44. ¿Se ha sentido usted como si se estuviera “desbaratando”?			
45. ¿Siente que su piel es muy sensible?			
46. ¿Es difícil comenzar algo que quiere hacer?			
47. ¿Es usted predecible en las cosas que hace o dice?			
48. ¿Siente que usted puede hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas?			
49. ¿Le atrae la misma clase de personas con la que ha tenido problemas antes?			
50. ¿Las personas le han dicho que está confundido acerca de quién es usted?			

51. ¿Se llega a encontrar en situaciones peligrosas?			
52. ¿Tiene la sensación de que algo que le sucede, ya le ha sucedido antes?			
53. ¿Es usted una persona impaciente?			

54. ¿Usa usted palabras que otras personas no pueden entender?			
55. ¿Usted actúa espontáneamente?			
56. ¿Se le dificulta comprender los chistes que escucha?			
57. ¿Un sonido ligero o una luz tenue, lo puede mantener despierto por la noche?			
58. ¿Considera que usted es perezoso?			
59. ¿Es usted organizado en su vida diaria?			
60. ¿Siente que puede cambiar las cosas que le suceden y que no le agradan?			

<b>Pregunta.</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A Menudo.</b>
61. ¿Para usted es fácil ponerse en el lugar de los demás, y sentir lo que ellos sienten?			
62. ¿Se ha sentido confundido acerca de quién es usted?			
63. ¿La gente malinterpreta o “toma mal” las cosas que usted hace?			
64. ¿Hay partes de su cuerpo que siente extrañas o irreales?			
65. ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?			
66. ¿Cambia de un tema a otro en sus conversaciones?			
67. Cuando ha trabajado en algún pasatiempo (cocina, carpintería, modelado) ¿Disfruta desviándose de las instrucciones?			
68. ¿Tiene pesadillas?			
69. ¿Tiene dolores o malestares físicos menores?			
70. ¿Puede mantener el control cuando otras personas parecen perderlo?			

71. ¿Le gusta hacer planes para el futuro?			
72. ¿Toma usted decisiones sin mucha dificultad?			

73. Cuando alguien importante para usted está ausente ¿Siente que se ha ido para siempre?			
74. ¿Le ha sucedido que esté confundido acerca del lugar en donde está?			
75. ¿Siente usted que puede hacer cosas que otras personas no pueden?			
76. ¿Siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?			
77. ¿Ha sentido la necesidad de suicidarse?			
78. ¿Ha tenido la sensación de que sus pensamientos corren por sí mismos, sin que usted los controle?			
79. ¿Disfruta usted haciendo cosas creativas (por ejemplo, pintar, escribir, modelar barro)?			
80. ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?			
<b>Pregunta.</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A Menudo.</b>
81. ¿Tiene dolores de cabeza?			
82. ¿Se tropieza con los objetos?			
83. ¿Es capaz de manejar más de una tarea al mismo tiempo?			
84. ¿Cuándo tiene mala suerte siente que puede hacer algo para ayudarse a sí mismo?			
85. ¿Es usted sobre dependiente de alguna relación, o se aferra demasiado a ella?			
86. ¿Las personas malinterpretan lo que está tratando de decirles?			
87. ¿Cree usted que corre demasiados riesgos?			
88. ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?			
89. ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que usted considera malos?			
90. ¿Siente que sus pensamientos están puestos en su cabeza desde afuera?			

91. ¿Piensa usted en situaciones divertidas o graciosas?			
92. ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?			
93. ¿Pierde la calma con facilidad cuando suceden muchas cosas al mismo tiempo?			
94. ¿Cuándo esta haciendo algo tiene dificultad para terminarlo?			
95. ¿Puede organizar su vida de manera que no se pierdan sus propósitos?			
96. ¿Las personas lo elogian por hacer un buen trabajo?			
97. ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted, no le está proporcionando toda su atención?			
98. ¿Las personas le dicen que lo que usted platica no tiene sentido?			
99. ¿Se da cuenta de impresionar a las personas de una manera equivocada?			
100. ¿Siente como si su vida fuera un sueño, o estuviera en una película?			

101. ¿Se ha sentido incapaz para controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?			
102. ¿Tiene usted pensamientos que cree que otras personas no entenderían?			
103. ¿Disfruta usted participando en juegos?			
104. ¿Ha sentido que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?			
105. Después de unas vacaciones ¿Le toma mucho tiempo reincorporarse a su trabajo?			
106. ¿Tiene usted problemas para poner atención a algo o alguien durante cualquier tiempo?			
107. ¿Aprende usted de sus errores pasados?			
108. ¿Establece o ha establecido objetivos para su vida?			
109. ¿Obtiene satisfacción personal ayudando a los demás?			
110. ¿Las personas le han dicho que está usted imaginando			

sus molestias o malestares?			
-----------------------------	--	--	--

<b>Pregunta.</b>	<b>Rara Vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A Menudo.</b>
111. ¿Siente que confía usted demasiado en las personas?			
112. ¿Siente que usted es una persona diferente algunos días? como si no fuera la misma persona hoy que la que era ayer o antier.			
113. ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?			
114. ¿Cuando está hablando tiene problemas para terminar lo que estaba tratando de decir?			
115. ¿Le es fácil reír cuando alguien cuenta un chiste?			
116. ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por sí solos?			
117. ¿Tiene el sueño ligero?			
118. ¿Olvida usted cosas como nombres y lugares?			
119. ¿Es capaz de llevar a cabo sus planes?			
120. ¿Cree usted que uno es dueño de su propio destino?			

## D) TABLAS DE CONTINGENCIA

Tabla 1. Comparación de la Prueba de Realidad (PR) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia PR1 (Primera aplicación)  
\* PR2 (Segunda aplicación)

		PR2C		Total
		Caso	No Caso	
PR1C	Caso	10	0	10
	No Caso	2	3	5
Total		12	3	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		.500		

Tabla 2. Comparación del Juicio (J) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia J1 (Primera aplicación) \*  
J2 (Segunda aplicación)

		J2C		Total
		Caso	No Caso	
J1C	Caso	5	0	5
	No Caso	3	7	10
Total		8	7	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		.250		

Tabla 3. Comparación del Sentido de Realidad (SR) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia SR1 (Primera aplicación)  
\* SR2 (Segunda aplicación)

		SR2C		Total
		Caso	No Caso	
SR1C	Caso	9	0	9
	No Caso	3	3	6
Total		12	3	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		.250		

Tabla 4. Comparación de Regulación y control de afectos, instintos e impulsos (RCIA) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia RCIA1 (Primera aplicación) \* RCIA2 (Segunda aplicación)

	RCIA2C		Total
	Caso	No Caso	
RCIA1C	1	0	1
No Caso	3	11	14
Total	4	11	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.	
		.250	

Tabla 5. Comparación de Relaciones Objetasles (RO) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia RO1 (Primera aplicación) \* RO2 (Segunda aplicación)

	RO2C		Total
	Caso	No Caso	
RO1C	2	0	2
No Caso	3	10	13
Total	5	10	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.	
		.250	

Tabla 6. Comparación del Procesos del Pensamiento (PP) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia PP1 (Primera aplicación) \* PP2 (Segunda aplicación)

	PP2C		Total
	Caso	No Caso	
PP1C	1	0	1
No Caso	3	11	14
Total	4	11	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.	
		.250	

Tabla 7. Comparación Reacción adaptativa al servicio del yo (RASY) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia RASY1 (Primera aplicación) \* RASY2 (Segunda aplicación)

	RASY2C	Total
--	--------	-------

		Caso	No Caso	
RASY1C	Caso	1	0	1
	No Caso	2	12	14
Total		3	12	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		.500		

Tabla 8. Comparación del Funcionamiento Defensivo (FD) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia FD1 (Primera aplicación)  
\* FD2 (Segunda aplicación)

		FD2C		Total
		Caso	No Caso	
FD1C	Caso	3	0	3
	No Caso	1	11	12
Total		4	11	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		1.000		

Tabla 9. Comparación de Barrera a los Estímulos (BE) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia BE1 (Primera aplicación)  
\* BE2 (Segunda aplicación)

		BE2C		Total
		Caso	No Caso	
BE1C	Caso	2	0	2
	No Caso	2	11	13
Total		4	11	15
Prueba de McNemar	Valor	Sig.		
		.500		

Tabla 10. Comparación del Funcionamiento Autónomo (FA) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia FA1 (Primera aplicación)  
\* FA2 (Segunda aplicación)

		FA2C		Total
		Caso	No Caso	
FA1C	Caso	2	0	2
	No Caso	4	9	13
Total		6	9	15

Prueba de McNemar Valor Sig.  
.125

Tabla 11. Comparación del Funcionamiento Sintético Integrador (FSI) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia FSI1 (Primera aplicación)  
\* FSI2 (Segunda aplicación)

	FSI2C		Total
	Caso	No Caso	
FS1C	Caso 2	No Caso 1	3
	No Caso 2	10	12
Total	4	11	15
	Valor	Sig.	
		1.000	

Tabla 12. Comparación del Dominio y competencia (DC) entre el grupo control y grupo de casos

Tabla de contingencia DC1 (Primera aplicación)  
\* DC2 (Segunda aplicación)

	DC2C		Total
	Caso	No Caso	
DC1C	Caso 3	No Caso 0	3
	No Caso 1	11	12
Total	4	11	15
	Valor	Sig.	
		1.000	

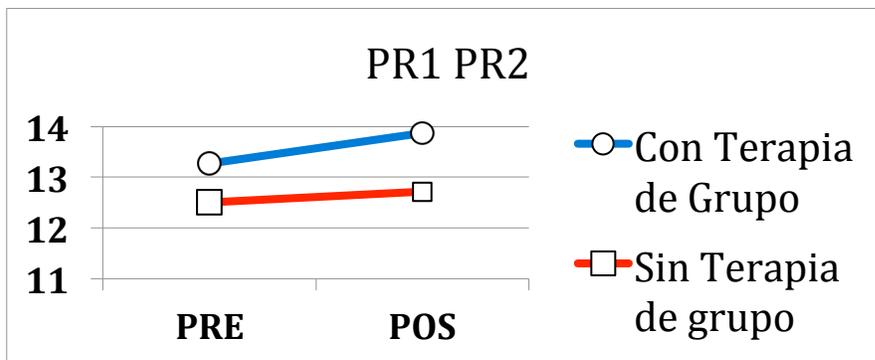
## E) GRÁFICAS DE PUNTAJES

Gráfica 1. PRUEBA DE REALIAD

PR1 (Primera aplicación)

PR2 (Segunda aplicación)

	PR1 (PRE)	PR2 (POS)
Con Terapia de Grupo	13.27	13.87
Sin Terapia de grupo	12.50	12.71



Pruebas de efectos intra-sujetos.

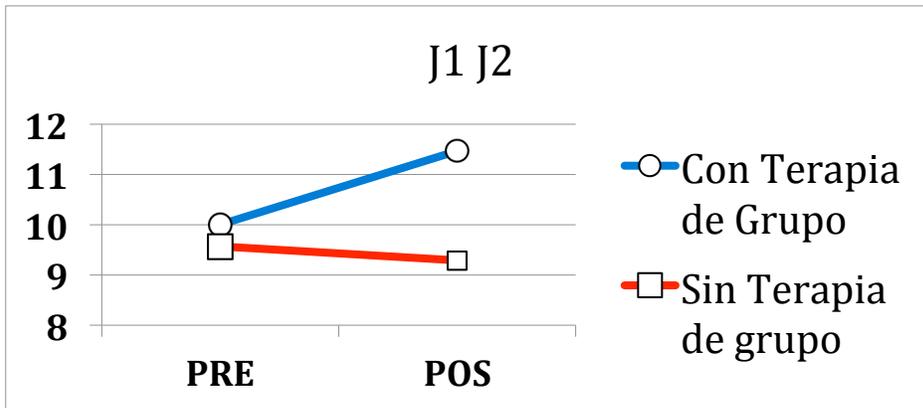
Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	1.621	.214
PREPOS * GPO	1	.364	.551

Gráfica 2. JUICIO

J1 (Primera aplicación)

J2 (Segunda aplicación)

	J1 (PRE)	J2 (POS)
Con Terapia de Grupo	10.00	11.47
Sin Terapia de grupo	9.57	9.29



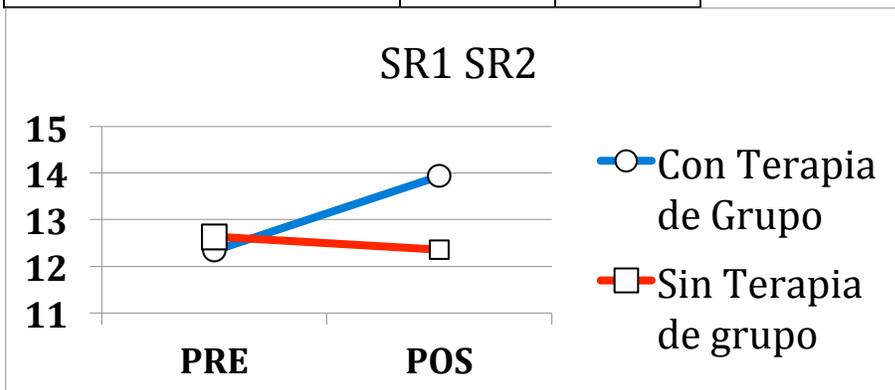
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	2.026	.166
PREPOS * GPO	1	4.461	.044

Gráfica 3. SENTIDO DE REALIDAD

SR1 (Primera aplicación)  
SR2 (Segunda aplicación)

	SR1 (PRE)	SR2 (POS)
Con Terapia de Grupo	12.33	13.93
Sin Terapia de grupo	12.64	12.36



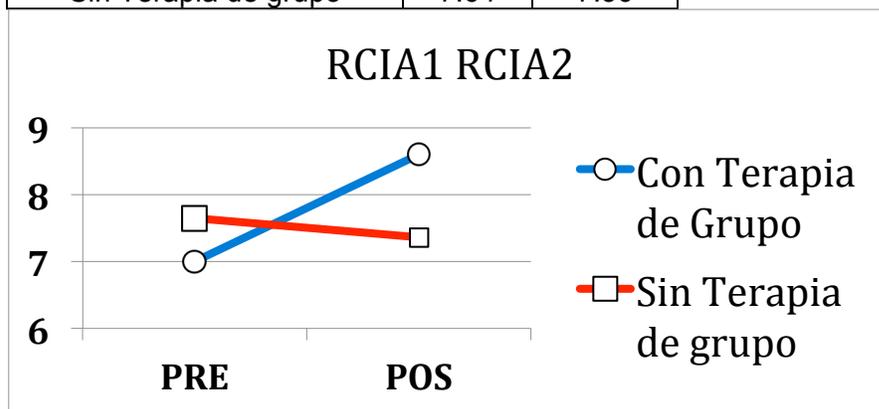
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	3.575	.069
PREPOS * GPO	1	7.360	.011

Gráfica 4. REGULACIÓN Y CONTROL DE AFECTOS INSTINTOS E IMPULSOS

RCAI1 (Primera aplicación)  
RCAI2 (Segunda aplicación)

	RCAI1 (PRE)	RCAI2 (POS)
Con Terapia de Grupo	7.00	8.60
Sin Terapia de grupo	7.64	7.36



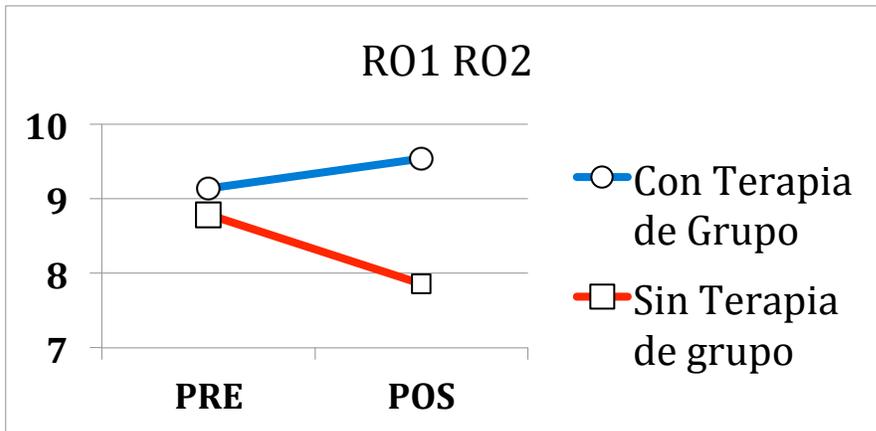
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	4.198	.050
PREPOS * GPO	1	8.641	.007

Gráfica 5. RELACIONES OBJETALES

RO1 (Primera aplicación)  
RO2 (Segunda aplicación)

	RO1 (PRE)	RO2 (POS)
Con Terapia de Grupo	9.13	9.53
Sin Terapia de grupo	8.79	7.86



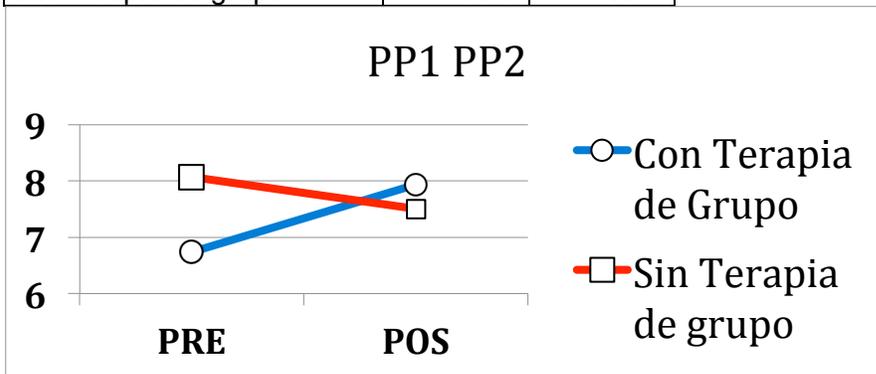
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	1.040	.317
PREPOS * GPO	1	6.570	.016

Gráfica 6. PROCESOS DEL PENSAMIENTO

PP1 (Primera aplicación)  
PP2 (Segunda aplicación)

	PP1 (PRE)	PP2 (POS)
Con Terapia de Grupo	6.73	7.93
Sin Terapia de grupo	8.07	7.50

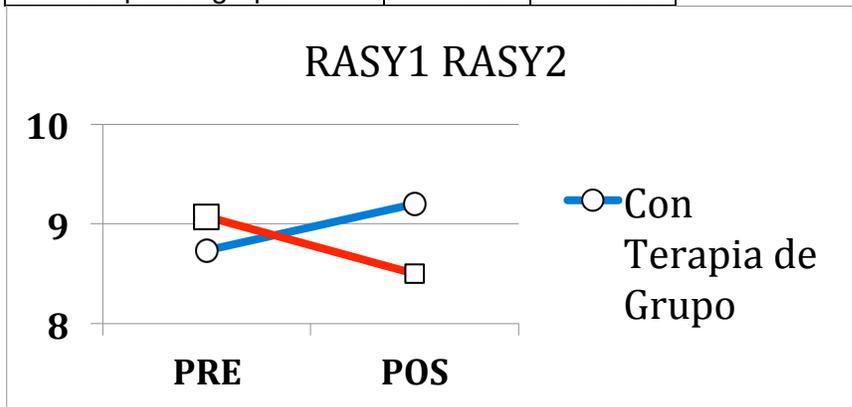


Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	.537	.470
PREPOS * GPO	1	4.266	.049

Gráfica 7. REACCIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO

RASY1 (Primera aplicación)  
RASY2 (Segunda aplicación)

	RASY1 (PRE)	RASY2 (POS)
Con Terapia de Grupo	8.73	9.20
Sin Terapia de grupo	9.07	8.50



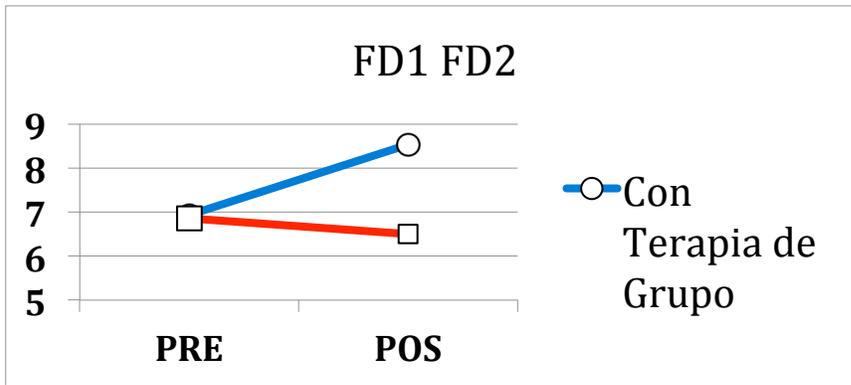
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	.038	.848
PREPOS * GPO	1	3.686	.065

Gráfica 8. FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO

FD1 (Primera aplicación)  
FD2 (Segunda aplicación)

	FD1 (PRE)	FD2 (POS)
Con Terapia de Grupo	6.93	8.53
Sin Terapia de grupo	6.86	6.50



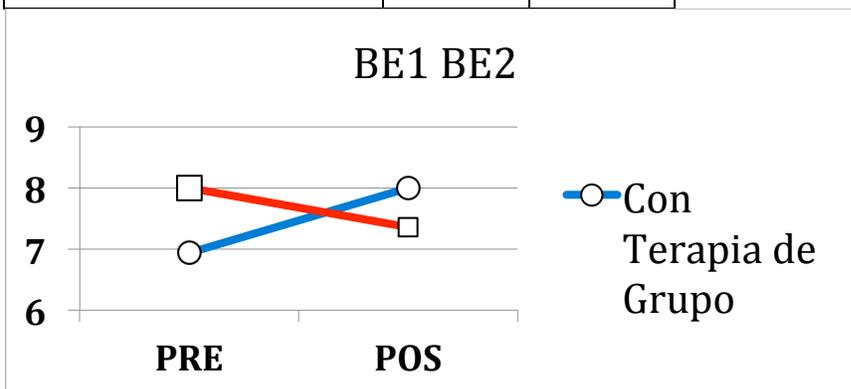
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	1.380	.250
PREPOS * GPO	1	3.423	.075

Gráfica 9. BARRERA A LOS ESTÍMULOS

BE1 (Primera aplicación)  
BE2 (Segunda aplicación)

	BE1 (PRE)	BE2 (POS)
Con Terapia de Grupo	6.93	8.00
Sin Terapia de grupo	8.00	7.36



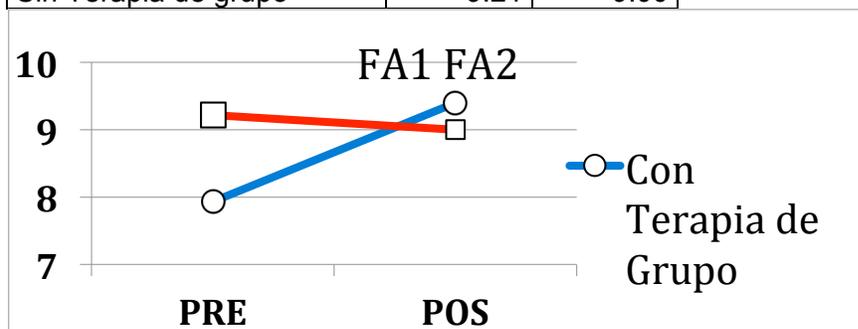
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	.191	.666
PREPOS * GPO	1	3.103	.089

Gráfica 10. FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO

FA1(Primera aplicación)  
FA2 (Segunda aplicación)

	FA1 (PRE)	FA2 (POS)
Con Terapia de Grupo	7.93	9.40
Sin Terapia de grupo	9.21	9.00



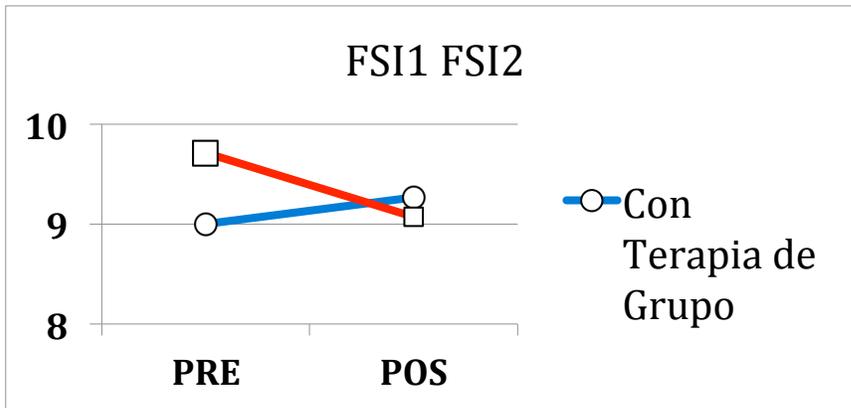
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	1.036	.318
PREPOS * GPO	1	1.866	.183

Gráfica 11. FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO INTEGRADOR

FSI1 (Primera aplicación)  
FSI2 (Segunda aplicación)

	FSI1 (PRE)	FSI2 (POS)
Con Terapia de Grupo	9.00	9.27
Sin Terapia de grupo	9.71	9.07



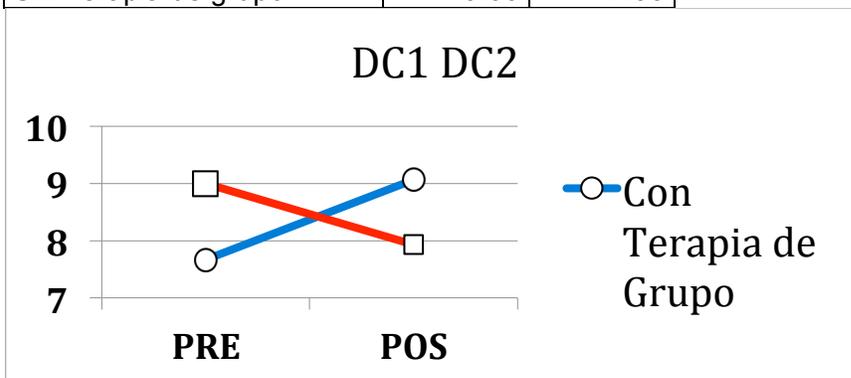
Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	.234	.632
PREPOS * GPO	1	1.369	.252

Gráfica 12. DOMINIO Y COMPTENTENCIA

DC1 (Primera aplicación)  
DC2 (Segunda aplicación)

	DC1 (PRE)	DC2 (POS)
Con Terapia de Grupo	7.67	9.07
Sin Terapia de grupo	9.00	7.93



Pruebas de efectos intra-sujetos.

Origen	gl	F	Sig.
PREPOS	1	.159	.693
PREPOS * GPO	1	9.011	.006