



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

Hospital Psiquiátrico

“Fray Bernardino Álvarez”

“Impacto del modelo de Terapia de Grupo en la disminución de internamientos y días de estancia hospitalaria en pacientes con Trastorno de Personalidad Límite”

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de
Especialista en Psiquiatría:
Pablo Vera Flores

Asesor Teórico
Doctor Francisco Muñoz
Sandoval

Asesor Metodológico
Maestra Janet Jiménez Genchi

México, D.F. Mayo de 2014



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 mi madre, sin ti nada hubiera sido posible.

A mi venado, por estar siempre aquí.

A mi padre y el resto de mi familia por todo el apoyo

A mi familia extensa que son mis amigos, soy afortunado de tenerlos siempre.

A mis maestros de toda la vida, esto es la suma de todos sus esfuerzos.

A Alvar Colonia, Mario Lara, Francisco Muñoz, Lina Díaz y Esmeralda Arriaga, quienes me enseñaron que la Psiquiatría es una Ciencia y un Arte.

A todos los que no caben aquí.

ÍNDICE

Índice	i
Lista de tablas, graficas y abreviaturas	ii
Resumen	iii
Introducción	1
Marco Teórico	
Antecedentes	5
Marco Conceptual	15
Método	
Justificación	27
Planteamiento del problema	28
Objetivo General	29
Objetivos Específicos	30
Hipótesis	31
Variables dependientes	32
Variables independiente	32
Muestra	33
Criterios de selección, inclusión y exclusión	34
Tipo de estudio	35
Instrumento	35
Consideraciones éticas	36
Resultados	38
Discusión	56
Conclusiones	62
Referencias bibliográficas	65
Anexos	69

Cuadros

1 Número de intentos suicidas en el tiempo	23
2 Predictores de intento suicida basal	23
3 Seguimiento de costos por grupo	25
4 Cedula de captura	36
5 Sexo en n	38
6 Estado civil en n	39
7 Ocupación en n	40
8 Grado máximo de estudios en n	41
9 Antecedentes sexuales en n	42
10 Intento o ideación suicida en n	43
11 Años de evolución en n	44
12 Sexo por Grupos	46
13 Rango de edad por grupo	46
14 Variables de investigación por grupo	47
15 Estadísticos de la prueba de T	47
16 Resultados de la prueba de T	48
17 Prueba de Wilcoxon para número de internamientos, grupo SI	54
18 Prueba de Wilcoxon para días de internamiento, grupo SI	54
19 Prueba de Wilcoxon para número de internamientos, grupo NO	55
20 Prueba de Wilcoxon para días de internamiento, grupo NO	55
21 Costo por servicio hospitalario	58
22 Costo por días de tratamiento	59

Gráficos

1 Sexo en n	39
2 Estado civil en n	40
3 Ocupación en n	41
4 Grado máximo de estudios en n	42
5 Antecedentes sexuales en n	43
6 Intento o ideación suicida en n	44
7 Años de evolución en n	45
8 Q-Q número de internamientos previos a la terapia, grupo SI	49
9 Q-Q número de internamientos posterior a la terapia, grupo SI	50
10 Q-Q número de internamientos previos a la terapia, grupo NO	50
11 Q-Q número de internamientos posterior a la terapia, grupo NO	51
12 Q-Q días de internamiento previos a la terapia, grupo SI	51
13 Q-Q días de internamiento posterior a la terapia, grupo SI	52
14 Q-Q días de internamiento previos a la terapia, grupo NO	52
15 Q-Q días de internamiento posterior a la terapia, grupo NO	53

RESUMEN

Introducción. La terapia de grupo para pacientes límites que brinda el Hospital Fray Bernardino Álvarez es una opción de tratamiento que no ha sido estudiada adecuadamente por lo que es necesario establecer los resultados que ofrece a los pacientes y a la misma institución. **Objetivo:** Determinar si la terapia de grupo influye en el número y duración de los internamientos en pacientes con trastorno de la personalidad tipo límite. **Tipo de estudio:** Se realizó un estudio observacional, longitudinal, comparativo y retrospectivo. **Muestra:** La muestra se conformó por una n de 74 pacientes, perteneciendo 28 al grupo que terminó la terapia de grupo y 46 al grupo que no la concluyó. Todos los datos fueron tomados de expedientes clínicos. **Resultados:** Se encontró que en las variables de investigación el grupo que si terminó las terapias presentó 25 internamientos previos a las mismas y solo 1 después, de la misma manera presentó 218 días de internamiento antes y solo 5 después; el grupo que no terminó las terapias presentó el mismo número de internamientos antes y después de la terapia y un aumento en los días de internamiento al pasar de 455 a 485 días de estancia. Esta reducción en el grupo que si terminó la terapia fue del orden de 96% para el número de ingresos y del 97.7% para los días de duración de los mismos. Lo anterior fue comprobado por prueba de t y estadística no paramétrica obteniéndose diferencia estadísticamente significativa posterior al tratamiento en el grupo que si completó el ciclo terapéutico. **Conclusiones:** La terapia de grupo que se brinda en el hospital Fray Bernardino Álvarez para los pacientes límites es una excelente opción en cuanto a costo beneficio por la reducción en el número de internamientos y la duración de los mismos. Es una de las opciones más económicas para los sistemas de salud por el importante ahorro de recursos que implica comparado con el elevado costo de los internamientos. Es necesario profundizar en la investigación de este padecimiento para obtener mejores y más económicas formas de tratamiento para un grupo de pacientes que consume muchos recursos en las instituciones de salud. **Palabras clave:** Personalidad. Límite. Terapia. Tratamiento.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la personalidad se refieren a una condición en la que un individuo presenta un patrón permanente, inflexible y persistente de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás, fuera del contexto cultural en el que la persona vive. Suelen iniciar en la adolescencia o principio de la edad adulta y permanecen estables a lo largo de la vida.¹

La prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general varía notablemente entre los datos existentes, oscila entre 6.7 - 33.3% al 10 - 13% según la fuente consultada, se estima además que el 50% de los pacientes con diagnóstico psiquiátrico en el eje I presentan un trastorno de personalidad como comorbilidad asociada.^{2,3}

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) según el ICD-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades número 10 de la Organización Mundial de la Salud) se caracteriza por presentar, en

una amplia variedad de contextos, un ánimo inestable y caprichoso, un modo de actuar impulsivo, con arrebatos de ira asociados a mínima tolerancia a la frustración y alteraciones en la autoimagen, iniciando al final de la adolescencia o el inicio de la madurez.

Definiciones más amplias incluyen un identidad difusa y la presencia de mecanismos de defensa como la escisión y la negación, además de presentar sintomatología psicótica transitoria y la fuerte necesidad de objetos transicionales.^{1,2,4}

La estadística de este diagnóstico es igualmente variable, según la fuente, 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.

Otras fuentes señalan el 2% de la población general, 10% de los individuos ambulatorios, 15-20% de pacientes hospitalizados y entre 30-60% de la población de pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad, además tiene una predominancia de sexo

femenino de 3:1 y es 5 veces más común en familiares de primer grado con el diagnóstico que en la población general.^{4,5}

Los números alarmantes, la dificultad del diagnóstico, el tratamiento difícil y desgastante para el paciente, los familiares y el equipo de salud hacen necesaria la búsqueda de tratamientos que mejoren el pronóstico de los pacientes además de fomentar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud que se les brinda.

Los tratamientos del tipo terapia psicodinámica han mostrado aparentemente buenos resultados en general para los pacientes, señalándose la enorme variedad de terapias psicodinámicas que han sido probadas en estos pacientes. Existen pocos estudios que demuestren la eficacia de los tratamientos debido a la dificultad para establecer criterios y establecer adecuadas formas de medición de los resultados obtenidos.⁴

La terapia de grupo que se brinda a los pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez surge como una necesidad de atención para esta cada vez más creciente, y demandante,

población demostrando hasta el momento resultados empíricos adecuados.

Sin embargo, todo proceso institucional hospitalario debe ser evaluado respecto a los resultados que brinda en sus diferentes modelos de tratamiento.

Esta razón motiva la realización de estudios como el presente, el cual buscó valorar la efectividad del modelo de terapia de grupo del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez a partir de la disminución de los internamientos y la duración de los mismos en esta población de pacientes.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Los Trastornos de la Personalidad

Los trastornos de la personalidad son una gama amplia de alteraciones y modos de comportamiento los cuales son clínicamente significativos. Tienen la característica, además, de ser persistentes, ser parte de un estilo de vida y de una manera de relacionarse consigo mismos y con los demás. Generalmente estas características aparecen de manera temprana, como resultado de la genética y de la experiencia vivida y otras se adquieren de manera posterior en el transcurso de la vida. ¹

Estos pacientes representan una desviación extrema, dentro de una cultura determinada, del modo en que se percibe, piensa, siente y se relaciona con el mundo, suelen abarcar múltiples funciones psicológicas y del comportamiento además de acompañarse de dificultades para la vida en sociedad, es decir presentan un patrón rígido, inflexible, repetitivo y disfuncional. Esta aceptado que estos

trastornos son resultado del desarrollo desde la infancia y que persisten en la madurez.^{1,7}

TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE LA PERSONALIDAD TIPO LÍMITE

Es un trastorno del *Self* y es considerado como uno de los trastornos más severos dentro de los trastornos de la personalidad. Los criterios diagnósticos incluyen falta de control de impulsos, cambios frecuentes del estado de ánimo, relaciones interpersonales problemáticas y conductas autodestructivas.

Para realizar un adecuado diagnóstico, según Kernberg, es necesario realizar un análisis de la estructura de personalidad del paciente.

Dicho análisis podría revelar cuatro rasgos vitales:

- I. Una debilidad inespecífica del yo.
- II. Relaciones objetales patológicas

III. Mecanismos de defensa específicos.

IV. Priorización del pensamiento primario⁸

Sin embargo para el DSM-IVTR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su IV edición revisada) los criterios diagnósticos se reducen a:

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

- 1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- 2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- 3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

- 4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo.
- 5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- 6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
- 7) Sentimientos crónicos de vacío.
- 8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira.
- 9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.⁴

Diversos autores han observado que el trastorno límite es un factor pronóstico negativo para la evolución de cualquier trastorno mental. La comorbilidad más elevada aparece con trastornos del estado de ánimo, uso de sustancias y con otros trastornos de la personalidad. Los pacientes límites frecuentemente intentan suicidarse, requieren tratamiento ambulatorio a largo plazo y hospitalización. Duberstein y

Conwell observaron que de 5 a 7% de los pacientes se suicidan, aunque existen series con porcentajes más altos. Por lo anterior demandan una gran cantidad de recursos para su atención en los servicios de Urgencias y en los servicios de Hospitalización continua de los hospitales generales y psiquiátricos.⁷

ETIOLOGÍA

Existen diversos factores que se han relacionado de manera causal con el trastorno límite, sin establecerse aún una causa definitiva. Los particularmente estudiados son: la familia, el abuso sexual en la infancia y los rasgos de la personalidad.⁷

La Familia

Según los estudios de Zanarini y Frankenburg, se ha observado en los pacientes límite: una relación materna distante, conflictiva o no comprometida; falla del padre en cuanto a presencia (abandono del mismo); relación perturbada con padre y madre. Se ha demostrado

que una buena proporción de los pacientes límite ha presentado pérdidas y separaciones significativas a lo largo de su vida.⁶

Abuso Sexual

Varios estudios señalan que es más frecuente el antecedente de abuso sexual en los pacientes con trastorno límite en comparación a pacientes con otros trastornos de la personalidad. Algunos estudios han reportado tasas de abuso hasta del 60% en los pacientes límite. El abuso sexual aparentemente está relacionado con algunas características particulares del trastorno como la inestabilidad emocional, la desconfianza y los síntomas disociativos. Algunas corrientes afirman que el trastorno es una forma primitiva de adaptación a un ambiente familiar caótico, agresivo y carente de maternaje. Se ha llegado a afirmar que dentro de esta adaptación ocurren cambios biológicos en el individuo, modificaciones en el sistema noradrenérgico y en el eje hipotálamo–hipófisis–adrenal, además de una disminución importante de la actividad serotoninérgica.⁷

Rasgos de personalidad

Otros factores asociados que se han utilizado para explicar este trastorno son un conjunto de rasgos de personalidad como la impulsividad y la inestabilidad emocional, que favorecen la aparición de este trastorno. La impulsividad se manifiesta por conducta errática, tendencia a reaccionar intensa e inadecuadamente ante situaciones frustrantes, uso de sustancias y trastornos de alimentación y control de impulsos. Los estudios neurobiológicos señalan a la serotonina como el neurotransmisor asociado a la impulsividad. El otro rasgo importante es la inestabilidad o labilidad emocional manifestada por cambios rápidos del ánimo. El origen de este rasgo parece tener relación con la actividad noradrenérgica del locus ceruleus.⁷

EPIDEMIOLOGIA DEL TRASTORNO LÍMITE.

Dependiendo de la fuente consultada, se considera que este padecimiento lo padece del 1 al 2% de la población, el 10% de los

pacientes psiquiátricos ambulatorios y el 20% de los hospitalizados. Otras fuentes señalan el 2% de la población general, 10% de los individuos ambulatorios, 15-20% de pacientes hospitalizados y entre 30-60% de la población de pacientes con diagnóstico de trastornos de la personalidad, además tiene una predominancia de sexo femenino de 3:1 y es 5 veces más común en familiares de primer grado con el diagnóstico que en la población general.^{4,5}

La epidemiología dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el año 2011 (último año con el que se cuenta información) muestra que los Trastornos de la personalidad fueron 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 servicios especiales, 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.

LA TERAPIA DE GRUPO

La terapia de grupo es una actividad surgida en el siglo XX. La psiquiatría le debe a Joseph Pratt, médico internista quien desde 1905 realizaba sesiones de lectura para pacientes tuberculosos de manera ambulatoria, los primeros ensayos de lo que se conoce hoy como terapia de grupo. Posteriormente realizó dichas sesiones en pacientes diabéticos y neuróticos. Edward Lazell, psiquiatra, adapta dichas platicas para aplicarlas a pacientes esquizofrénicos en un hospital de Washington D.C. ⁹

La utilización de pequeños grupos para el tratamiento de problemas de personalidad inicia en EUA aproximadamente a principios de la década de 1930. El iniciador fue Louis Wender quien manejó pacientes en base a conceptos freudianos sobre psicología de grupo con interpretaciones de la transferencia familiar; continuó la experimentación Paul Schilder quien fue considerado uno de los pioneros de la psicoterapia analítica de grupo debido a su interpretación de la transferencia y de los sueños; posteriormente

Jacob L. Moreno inicia lo que hoy se conoce como Psicodrama. La terapia de grupo toma a partir de los años 50 un importante auge, comienza a aplicarse a diversos grupos de pacientes, tanto en hospitales generales como en psiquiátricos, cárceles, correccionales, etc. Dicho auge permite durante esa década y la siguiente apuntalar diversas teorías psicodinámicas sólidas dentro de la terapia de grupo.^{9, 10}

MARCO CONCEPTUAL

Terapia de Grupo para pacientes Límites en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

La terapia para pacientes límites en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cumple la función de brindar un espacio terapéutico de tratamiento especializado y de calidad para esta población en particular. Es un modelo único y adaptado a las necesidades de la institución el cual fue desarrollado con la finalidad de brindar una mejor atención a los pacientes y utilizar de manera optima los recursos de la institución la cual atiende una gran población de pacientes con este trastorno. El modelo aplicado está basado principalmente en las corrientes psicodinamicas de Yalom, Díaz-Portillo, Linger, Langer y Rodrigué, además de la adaptación de algunas técnicas del psicodrama de Moreno.

El modelo de atención grupal está dividido en dos etapas.

- a) *Etapas* 1: Grupos de Valoración, en esta parte del proceso se forman grupos de 10 a 12 pacientes con diagnóstico de trastorno

límite, enviados por los diferentes equipos médicos de la consulta externa. Los pacientes acuden a ocho sesiones de 90 minutos donde a través de diversas técnicas se determina cuales pacientes son candidatos para la segunda etapa del tratamiento. Esta etapa está compuesta de grupos cerrados y es en la misma donde se presenta alrededor del 50% de la deserción de los pacientes. Esta valoración es realizada por un solo medico de la consulta externa quien realiza la asignación de grupos subsecuentes de manera aleatoria a los pacientes candidatos.

Las sesiones se dividen durante esta fase de la siguiente manera:

Primera sesión: Apertura y encuadre; información sobre sintomatología clínica y correlación con pacientes, procesos para generar cohesión grupal, percepción del grupo al que se integraron, compromiso ante la oferta de tratamiento.

Segunda sesión: Generando encuentros; facilitar cohesión grupal, motivación para reconocer sus reacciones ante los demás

y los procesos internos que las generan, evaluar actividades de interacción social y características de agrupabilidad (dinámicas de grupo).

Tercera sesión: Mascaras; proceso de focalización y trabajo (detección de síntomas relevantes por parte del paciente, visualización del impacto de estos síntomas en la percepción de los demás), fomento de autocrítica para detectar los defectos de su personalidad y el detrimento en su funcionalidad.

Cuarta sesión: Dramatización; reflexión de sus síntomas como una resultante de la suma de procesos psicológicos inadecuados y una debilitada capacidad de afrontamiento o contención ante situaciones de vida estresantes, técnicas psicodramáticas buscando que la escena generada permita señalar al grupo elementos comunes del procesamiento propio del trastorno límite.

Quinta sesión: Mapa de problemas; se evalúa la capacidad adaptativa, perceptiva, de análisis y de comprensión de sus

conflictos, así como de afrontamiento para la resolución de los mismos, se trata de generar en ellos un modelo más estratégico reconociendo lo externo pero centrado en los elementos intrapsicológicos.

Sexta sesión: La planta; se busca que el paciente correlacione su historia y desarrollo psicológico, con la estructuración de un funcionamiento inadecuado que genera mala adaptación y sufrimiento en su presente, se introduce el concepto de trauma como modificador del desarrollo emocional, el paciente se percatara del impacto de lo ambiental en su padecimiento.

Séptima sesión: Psicoeducación; se brinda información sobre el padecimiento y se recapitula con el proceso grupal, se prepara al paciente para el fin del trabajo.

Octava sesión: Despedida y cierre; evaluación de la capacidad del paciente al cierre de proceso (se busca contender con las reacciones de la fase de cierre: vulnerabilidad, enojo, miedo a perder lo logrado, negar la mejoría, etc.), permitir que el paciente

reconozca los logros de esta fase y elija de acuerdo al modelo terapéutico nuevos focos y objetivos a trabajar.

- b) Etapa 2: Grupo Terapéutico, etapa de trabajo. Tiene una duración de 2 años, los grupos son abiertos-cerrados y es cuando se realiza el proceso elaborativo por medio de la técnica interaccional y expresiva de la terapia de grupo. Dentro del tiempo terapéutico se dedica aproximadamente de 6 meses a 1 año a lograr la cohesión o consolidación del grupo. Posterior a esto inicia la fase denominada de trabajo, la cual dura aproximadamente de 8 a 10 meses.

Esta fase está basada en el manejo de temas definidos por el grupo, enfocados siempre por el terapeuta al manejo de 5 puntos clave que conforman el modelo terapéutico: desregulaciones afectivas, impulsividad, relaciones interpersonales, conflictos de identidad y sus alteraciones cognitivas.

Además, en la terapia se manejan, como modelo psicodinámico,

las ansiedades del paciente: de desintegración o de muerte, ansiedad de pérdida, pérdida del amor del objeto y ansiedad de castración con el empleo de fenómenos grupales como espejeo, transferencias y contratransferencias, roles, liderazgos, etc.

La última fase es denominada de cierre la cual se realiza de forma individual para cada paciente al concluir el tiempo establecido para la terapia, se da en una duración aproximada de 1 mes, en el que se informa al paciente y al grupo que está por concluir su ciclo manejando las diversas respuestas que pueden presentarse como el rechazo, la negativa, la escisión, el abandono prematuro del grupo, la actitud retadora ante el abandono imaginario del terapeuta u otras reacciones.

EVALUACIÓN DE LA TERAPIA DE GRUPO EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE

No existen estudios suficientes respecto a la mejoría que muestran los pacientes límite con el uso de la terapia de grupo.

Según los datos de un meta análisis y artículo de revisión de K. Barnicot de 2011, fueron encontrados en PsycInfo y Medline 41 estudios, realizados entre 1980 y 2009, referentes al apego a tratamiento dentro de los diversos modelos de tratamiento psicoterapéutico en los pacientes límite, dentro de los datos encontrados en dicha investigación es particularmente importante el dato de que la variación entre el apego al tratamiento en los diversos modelos terapéuticos varía entre el 36% y el 100%, siendo este dato un indicativo claro de la dificultad para evaluar adecuadamente dichos procesos terapéuticos.¹¹

En un estudio de Bellino de 2010 en pacientes límite, se reportaron importantes beneficios con el tratamiento combinado de psicoterapia y medicamento (fluoxetina en dicho estudio), particularmente en las áreas que miden las escalas, Clinical Global Impression Scale (CGI-S); Hamilton Depression Rating Scale (HDRS); Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS); Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS); BPD Severity Index (BPD-SI); y el cuestionario de calidad de vida (Satisfaction Profile [SAT-P]); sin

embargo se aclara que la mejoría a lo largo del tiempo para los dos tipos de tratamiento fue similar.¹²

Davidson publica en 2010 en *The British Journal of Psychiatry* un estudio comparativo del uso de la terapia cognitiva contra el uso del tratamiento convencional (con apoyo de centros comunitarios, trabajadores sociales, etc.), divididos en dos grupos, en pacientes límite con un seguimiento a seis años, dicha investigación es extensa en cuanto a los parámetros que contempla, reportando datos de un equipo interdisciplinario de salud y con una muestra de 106 pacientes (al final de la investigación 72 casos) de los hospitales psiquiátricos del Reino Unido.¹³

Dicho estudio reporta una importante reducción en el número de actos o intentos suicidas en los pacientes límite, con tasas de disminución estadísticamente significativas durante todo el periodo de seguimiento de los pacientes (6 años), como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Numero de intentos suicidas en el tiempo.

Tiempo	Tatamiento usual (s.d.)	T. con terapia Cognitiva (s.d.)
1 año	1.22 (2.67)	0.69 (1.14)
2 años	2.09 (3.58)	0.93 (1.58)
6 años	3.03 (4.16)	1.88 (3.19)

Adaptado de: Kate M. Davidson, Peter Tyrer, John Norrie, Stephen J. Palmer and Helen Tyrer. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. The British Journal of Psychiatry (2010), 197, 456–462.

Dentro de los datos obtenidos en el estudio se identificaron algunos predictores de aumento de riesgo para intento suicida en cualquier momento dentro del tiempo de la investigación, destacando entre estos los enumerados en el cuadro 2:

Cuadro 2. Predictores de intento suicida basal.

Co variante	Odds ratio
Numero de intentos suicidas en los 12 meses previos	1.42
Edad al momento de la primera auto lesión	1.09
Sexo femenino	1.85
Desempleo	2.94
Auto lesiones	3.42

Adaptado de: Kate M. Davidson, Peter Tyrer, John Norrie, Stephen J. Palmer and Helen Tyrer. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. The British Journal of Psychiatry (2010), 197, 456–462.

Sin embargo este estudio reconoce que en el resto de las mediciones como depresión, ansiedad, psicopatología general, funcionamiento social, calidad de vida y disfuncionalidad, no se

encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento usual y el tratamiento con terapia cognitiva.

El estudio tiene además un enfoque interesante acerca del impacto económico que generan estos pacientes en los servicios de salud.

Se encontró que el uso de estos pacientes en los servicios hospitalarios fue alto en los dos grupos, el 54% de ambos requirió atención frecuente por consulta externa y dos tercios del total requirieron atención en salas de urgencias, esto sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo se demostró que la media en los días hospitalizados entre ambos grupos fue de 10.8 en los casos de terapia cognitiva vs 60.97 en los casos con el tratamiento usual o tradicional, siendo esta una diferencia importante y significativa respecto al costo en la atención de este tipo de pacientes.

Basado en los datos anteriores el estudio estableció los costos que se muestran en el cuadro 3 para los tratamientos hospitalarios de ambos grupos:

Cuadro 3. Seguimiento de costos por grupo.

Atención	Tatamiento usual (s.d.)	T. con terapia Cognitiva (s.d.)
Servicios Hospitalarios	16.658 (42.425) £	5.015 (6.150) £
Servicios comunitarios/día	175 (513) £	247 (571) £
Cuidados primarios/comunitarios	1.199 (1.755) £	885 (850) £

Adaptado de: Kate M. Davidson, Peter Tyrer, John Norrie, Stephen J. Palmer and Helen Tyrer. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry* (2010), 197, 456–462.

El costo total de la atención que establece el estudio para este tipo de pacientes, una vez ajustadas las medias, va de £ 18.578 para el grupo con tratamiento usual vs £ 6.472 para el grupo con terapia cognitiva.

El estudio concluye que si bien estadísticamente no se puede demostrar una mejoría significativa, en todos los parámetros, en el grupo de terapia cognitiva a nivel global respecto al tratamiento usual otorgado a estos pacientes, si se observa una mejoría en el impacto del costo beneficio de la atención hospitalaria y los días de hospitalización de los pacientes.

En cuanto a la efectividad de la terapia de grupo en este tipo de pacientes existen algunos estudios, como el de Gutteling, realizado en Holanda en 2012, que reportan de manera preliminar una respuesta similar en comparación con la terapia individual, no encontrando diferencias significativas entre ambos tipos de terapia en base a las escalas realizadas en dicha investigación comparandola con otros estudios de terapia individual.¹⁴

Existe una revisión de Cochrane de 2012 que compara los estudios de los diferentes tipos de terapia que se ofrecen a los pacientes límites, concluyendo que la mayor parte de las terapias ofrecen resultados similares, haciendo la aclaración de que los estudios son escasos y poco replicables.¹⁵

MÉTODO

JUSTIFICACIÓN

Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite son un grupo que demanda atención de urgencias de manera frecuente, con intentos suicidas recurrentes o episodios de crisis que requieren manejo intrahospitalario, situación que aumenta los costos de su atención de manera importante, señalando el hecho de que su atención hospitalaria no es siempre lo más beneficioso para dichos pacientes.

Por lo anterior es necesario buscar estrategias que permitan evitar su costosa atención intrahospitalaria, siendo la terapia de grupo una de las posibilidades de atención que han surgido como respuesta a dicha problemática en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, institución donde se realizó el estudio.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la necesidad de mejorar los procesos de atención psiquiátrica y buscar alternativas a la costosa hospitalización, nace la terapia de grupo a pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

Evaluar su funcionamiento, en un nivel muy básico, pudo realizarse mediante la medición del número de internamientos y la duración de los mismos de los pacientes que se encuentran en terapia grupal, realizando una comparación entre estos parámetros antes y después de su paso por la terapia de grupo.

Por lo anterior fue necesario realizar un estudio acerca del funcionamiento de la terapia de grupo en estos pacientes el cual se llevo a cabo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el año 2013, evaluando la población registrada en terapia de grupo en dos periodos de tiempo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿El cumplir el programa de terapia de grupo que ofrece la consulta externa, al que asiste el paciente con diagnóstico de Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite influye en el posterior número de internamientos y los días de estancia de los mismos?

OBJETIVOS

GENERAL.

1. Determinar la relación existente entre el cumplimiento del programa de terapia de grupo y el número de internamientos y duración de los mismos en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.

ESPECÍFICOS.

1. Determinar el número de internamientos previo a la terapia de grupo en las pacientes que terminan el ciclo de terapias de grupo.
2. Determinar el número de internamientos posterior a la terapia de grupo en los pacientes que terminan el ciclo de terapias de grupo (dos años).
3. Determinar el número de internamientos previo a la terapia de grupo en las pacientes que no terminan el ciclo de terapias de grupo.
4. Determinar el número de internamientos posterior a la terapia de grupo en los pacientes que no terminan el ciclo de terapias de grupo.
5. Determinar el número de días de estancia hospitalaria previo a la terapia de grupo en las pacientes que terminan el ciclo de terapias de grupo.

6. Determinar el número de días de estancia hospitalaria posterior a la terapia de grupo en los pacientes que terminan el ciclo de terapias de grupo.
7. Determinar el número de días de estancia hospitalaria previo a la terapia de grupo en las pacientes que no terminan el ciclo de terapias de grupo.
8. Determinar el número de días de estancia hospitalaria posterior a la terapia de grupo en los pacientes que no terminan el ciclo de terapias de grupo.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula: Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que acuden a terapia de grupo y terminan el ciclo de terapia no presentan un menor número de internamientos ni de días de estancia intrahospitalaria.

Hipótesis investigación 1: Los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite que terminan el

ciclo de terapia de grupo presentan un menor número de internamientos y menos días de estancia intrahospitalaria comparado con el grupo que no termina el ciclo.

VARIABLES

Dependientes:

Número de internamientos posterior a la terapia de grupo.

Días de estancia en los internamientos posterior a la terapia de grupo.

Independientes

Pacientes que terminan o no el ciclo de terapia de grupo.

MUESTRA

Se incluyó la población total, que acudió a terapia de grupo para pacientes límite entre las fechas 1 de julio de 2002 al 31 de diciembre de 2008 y del 1 de enero de 2011 al 31 de agosto de 2013, lo anterior debido a que son los años en los que se tiene un registro cuidadoso de pacientes, expedientes y principalmente la asistencia a las sesiones de terapia de grupo, toda la información recolectada se obtuvo de expedientes clínicos.

En base a lo anterior y una vez revisada la base de datos de dichas fechas el universo o "N" contemplado para este estudio fue de 437 pacientes.

Cuando se aplicaron los criterios de exclusión se eliminaron 363 expedientes, de los cuales 343 fueron eliminados debido a que ya habían sido depurados conforme a la normatividad vigente y en el caso de los otros 20 los números de expediente no coincidían con los registros asentados en el grupo de terapia.

La muestra final o "n" se compuso de 74 pacientes, de los cuales fue posible reunir la información suficiente.

Se formaron dos grupos con la población muestra:

Grupo 1, pacientes que terminaron el programa terapéutico y que fueron dados de alta por mejoría o cumplimiento del mismo, un total de 28 pacientes.

Grupo 2, pacientes que no terminaron el programa terapéutico, es decir los que fueron dados de baja por cualquier razón, dicho grupo consistió de 46 pacientes.

Criterios de inclusión.

Todos los pacientes que acudieron a terapia de grupo para pacientes con trastorno de personalidad tipo límite durante los periodos enero de 2002 a diciembre de 2008 y de enero de 2011 al 31 de agosto de 2013 de los cuales se tenga registro

Criterios de exclusión.

Pacientes en los que se documente que reciben algún otro tipo de terapia.

Pacientes en los cuales no se cuente con la información suficiente según la cedula de registro de datos (expedientes depurados o con datos insuficientes).

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, longitudinal, comparativo, descriptivo y correlacional.

INSTRUMENTO

Se diseñó una base de datos con la información de los expedientes de los pacientes en terapia de grupo para pacientes límite, no se recabaron datos personales, únicamente los datos útiles para la

presente investigación como son el número de internamientos, la duración de los mismos y si culminaron o no la terapia de grupo, además de los socio demográficos para descripción de la muestra utilizada.

Cuadro 4. Cedula de captura.

EXPEDIENTE	MOTIVO DE ALTA	INTERNAMIENTOS ANTES	DIAS ANTES	INTERNAMIENTOS DESPUES	DIAS DESPUES
#	ALTA ABANDONO	#	#	#	#

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se clasificó como un estudio sin riesgo, de acuerdo a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos y su Reglamento en Materia de Investigación para la Salud, en su Título segundo, capítulo 1, artículo 17, numeral I, el cual dice: “Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se

consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;”.

De la misma manera no fue necesario obtener consentimiento informado por escrito de los pacientes debido a lo que señala el artículo 23 del mismo reglamento el cual dice: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.”

La investigación cumplió a cabalidad con las normas de la declaración de Helsinki y del Comité de Ética de la Institución donde se realizó la investigación, Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

RESULTADOS

Para la realización del análisis estadístico de los resultados se utilizo el programa estadístico SPSS de IBM en su versión 22, además de utilizarse el programa estadístico Sigma Plot versión 12 para corroborar datos.

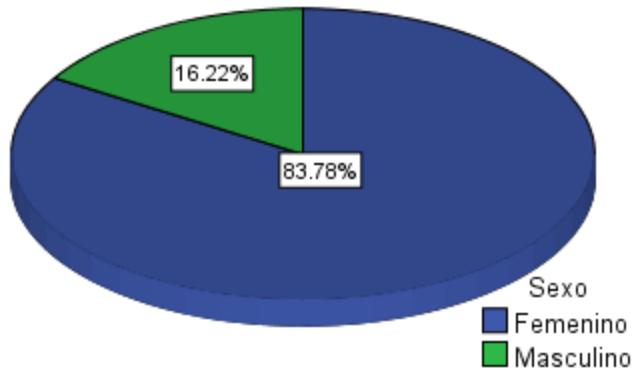
Descripción demográfica de la muestra

Se evaluó una muestra final de 74 pacientes divididos en dos grupos con una cantidad variable de participantes en cada grupo. De la muestra total, 62 pacientes correspondían a sexo femenino, (83.8%), y los 12 pacientes (16.2%) restantes a sexo masculino.

Cuadro 5. Sexo en *n*.

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	62	83.8
Masculino	12	16.2
Total	74	100.0

Grafico 1. Sexo en n.



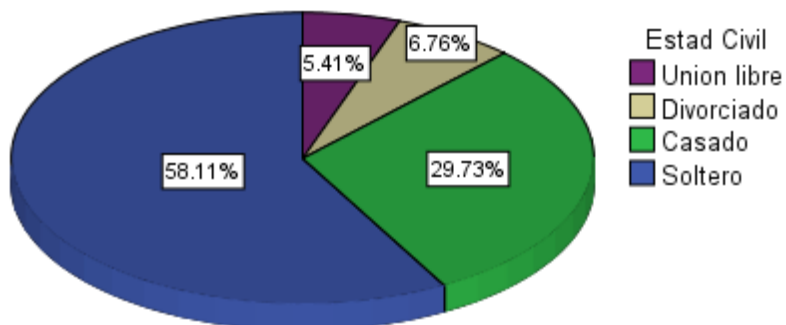
La media de edad de los pacientes incluidos en la muestra fue de 29.62 años, con una moda de 22, un mínimo de 19 y un máximo de 50 años.

De los pacientes de la muestra el 58.1% eran solteros, el 29.7% eran casados y el 12.2% tenían algún otro estado civil.

Cuadro 6. Estado civil en n.

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	43	58.1
Casado	22	29.7
Divorciado	5	6.8
Union libre	4	5.4
Total	74	100.0

Gráfico 2. Estado civil en *n*.

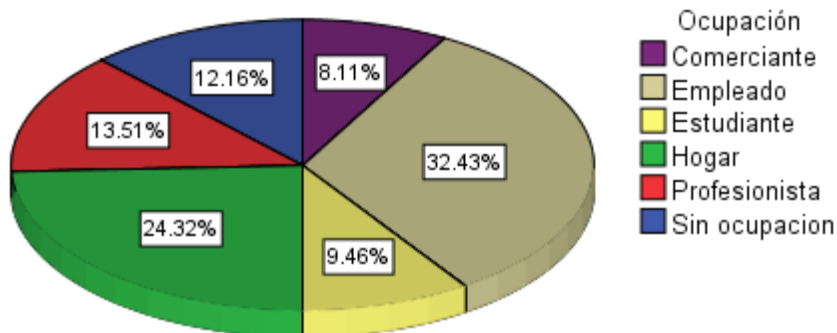


En lo referente a la ocupación de los pacientes el 32.4% afirmó ser empleado asalariado, el 24.3% dedicarse al hogar, el 13.5% ser profesionalista independiente, el 9.5% eran estudiantes de diferentes niveles escolares, el 8.1% realizaban alguna actividad como comerciantes y el 12.2% manifestó no tener ocupación.

Cuadro 7. Ocupación en *n*.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin ocupacion	9	12.2
Hogar	18	24.3
Empleado	24	32.4
Comerciante	6	8.1
Estudiante	7	9.5
Profesionista	10	13.5
Total	74	100.0

Grafico 3. Ocupación en *n*.

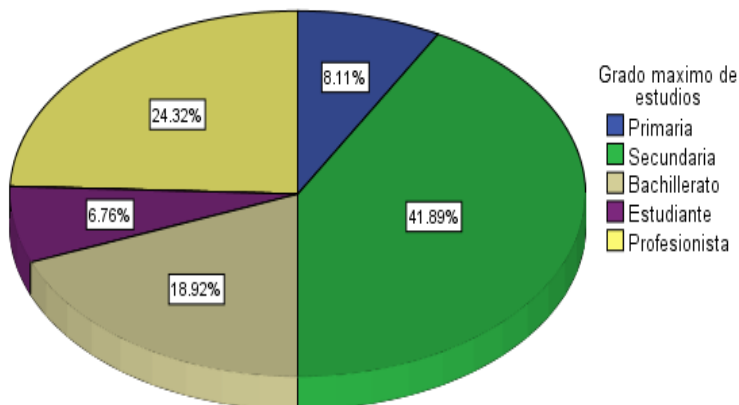


Dentro del parámetro de grado máximo de estudios, es decir el grado máximo culminado de educación formal, se encontró que el 41.9% tenía educación secundaria, el 24.3% era profesionista, el 18.9% curso bachillerato, el 8.1% tenía primaria completa y el 6.8% tenían la calidad de estudiantes. Es importante señalar que no se detecto ningún paciente analfabeta en la muestra.

Cuadro 8. Grado máximo de estudios en *n*.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	8.1
Secundaria	31	41.9
Bachillerato	14	18.9
Estudiante	5	6.8
Profesionista	18	24.3
Total	74	100.0

Grafico 4. Grado máximo de estudios en *n*.



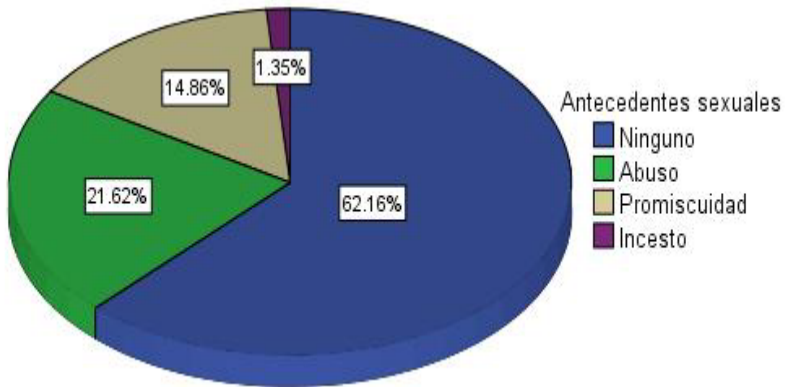
Datos psicopatológicos

Dentro de la muestra, se encontró que el 21.6% presentó algún tipo de abuso sexual a lo largo de su vida, el 14.9% se consideraba a sí mismo como promiscuo sexualmente y que 1% de los pacientes afirmó presentar una relación de incesto. El 46% de los pacientes no reveló algún antecedente sexual de importancia.

Cuadro 9. Antecedentes sexuales en *n*.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	46	62.2
Abuso	16	21.6
Promiscuidad	11	14.9
Incesto	1	1.4
Total	74	100.0

Gráfico 5. Antecedentes sexuales en n.

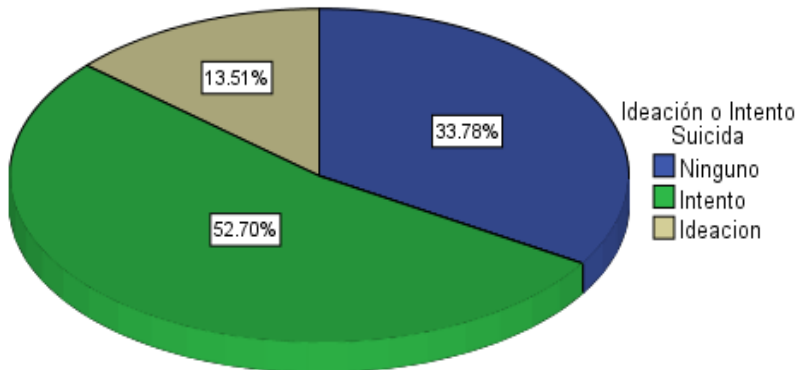


También se recabaron datos acerca de si habían presentado intento o ideación suicida encontrándose que el 52.7% había presentado intento y el 13.5% había presentado ideación suicida lo que arroja un porcentaje global de 66.2%.

Cuadro 10. Intento o ideación suicida en n.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	25	33.8
Intento	39	52.7
Ideacion	10	13.5
Total	74	100.0

Grafico 6. Intento o ideación suicida en *n*.

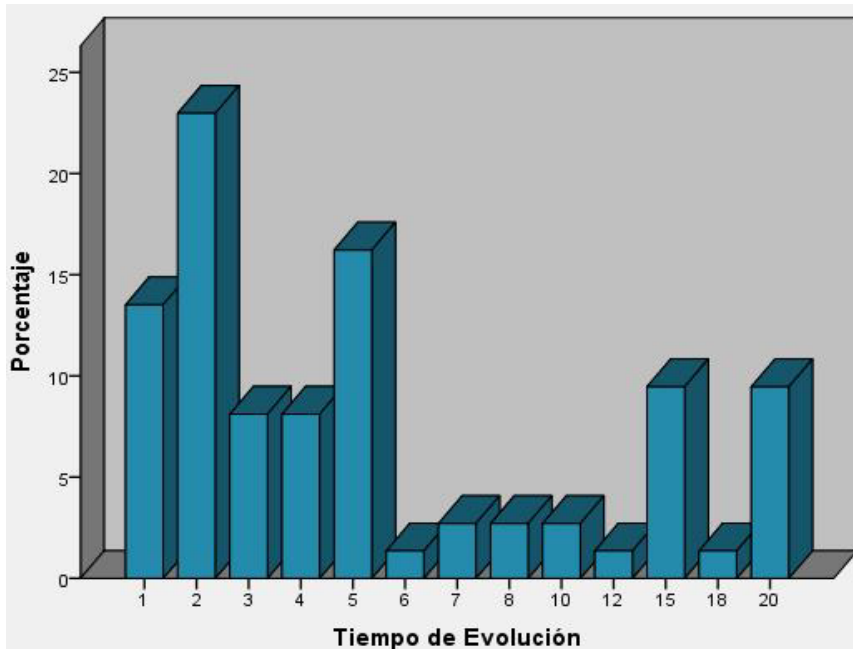


Además se cuantificaron los años de evolución del padecimiento, encontrándose con una media de 6.45 años, con una desviación estándar de 6.14 años.

Cuadro 11. Años de evolución en *n*.

N	Válidos	74
	Perdidos	0
Media		6.45
Error típ. de la media		.715
Mediana		4.00
Moda		2
Desv. típ.		6.147
Mínimo		1
Máximo		20
Suma		477

Grafico 7. Años de evolución en n.



Variables de investigación

Una vez formados los grupos de investigación se encontraron los siguientes datos generales en las variables de los mismos:

Dentro del grupo que SI termino la terapia, 25 casos fueron mujeres y 3 hombres, del grupo que NO termino la terapia 37 fueron mujeres y 9 hombres.

Cuadro 12. Sexo por Grupos.

Pacientes que terminaron grupo			Frecuencia	Porcentaje
Si	Válidos	Femenino	25	89.3
		Masculino	3	10.7
		Total	28	100.0
No	Válidos	Femenino	37	80.4
		Masculino	9	19.6
		Total	46	100.0

Dentro del rango de edad los datos obtenidos por grupo fueron los siguientes, donde se puede observar que no existe diferencia importante entre los grupos en este apartado:

Cuadro 13. Rango de edad por grupo.

Si	N	Válidos	28
		Perdidos	0
	Media		29.04
	Moda		22
	Desv. típ.		8.271
	Mínimo		20
	Máximo		50
No	N	Válidos	46
		Perdidos	0
	Media		29.98
	Moda		21 ^a
	Desv. típ.		8.040
	Mínimo		19
	Máximo		45

Respecto a las variables de investigación se encontraron los siguientes datos:

Cuadro 14. Variables de investigación por grupo.

Grupo	# internamientos antes	# días antes	# internamientos después	# días después
SI	25	218	1	5
NO	36	455	36	485
Total	61	673	37	490

Se realizó la prueba de T para muestras relacionadas (con la finalidad de parear los datos), obteniéndose:

Cuadro 15. Estadísticos para la prueba de T.

Pacientes que terminaron grupo			Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	
Si	Par 1	Numero de internamientos previos a la terapia	.89	28	.994	.188	
		Numero de internamientos posterior a la terapia	.04	28	.189	.036	
	Par 2	Días de internamiento previos a la terapia	7.79	28	9.429	1.782	
		Días de internamiento posterior a la terapia	.18	28	.945	.179	
	No	Par 1	Numero de internamientos previos a la terapia	.78	46	1.191	.176
			Numero de internamientos posterior a la terapia	.78	46	1.685	.248
Par 2		Días de internamiento previos a la terapia	9.89	46	14.404	2.124	
		Días de internamiento posterior a la terapia	10.54	46	25.885	3.817	

Cuadro 16. Resultados de la prueba de T.

Pacientes que terminaron grupo			Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
			Media	Desviación tip.	Error tip. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
						Inferior	Superior			
Si	Par 1	Numero de internamientos previos a la terapia - Numero de internamientos posterior a la terapia	.857	.932	.176	.496	1.218	4.869	27	.000
	Par 2	Dias de internamiento previos a la terapia - Dias de internamiento posterior a la terapia	7.607	9.295	1.757	4.003	11.211	4.331	27	.000
No	Par 1	Numero de internamientos previos a la terapia - Numero de internamientos posterior a la terapia	.000	1.414	.209	-.420	.420	.000	45	1.000
	Par 2	Dias de internamiento previos a la terapia - Dias de internamiento posterior a la terapia	-.652	21.435	3.160	-7.018	5.713	-.206	45	.837

Se pudo observar que, el grupo que SI termino el tratamiento, tiene un valor de t de 4.869, con 27 grados de libertad y significancia de .000 para la comparación de número de internamientos y de 4.331, con 27 grados de libertad l y significancia de .000 para la comparación de los días de internamiento, siendo estos datos indicativos de una diferencia estadísticamente significativa.

En cuanto a los valores del grupo que NO termino el tratamiento, para el numero de internamientos previos se observa una t de .000,

con 45 grados de libertad y significancia de 1.0 (en este apartado en la muestra ocurrieron el mismo número de internamientos antes y después de la terapia en este grupo en este grupo) y para el caso de los días de internamiento una t de -0.206 , con 45 grados de libertad y una significancia de $.837$, demostrando que en este grupo las diferencias estadísticas no son significativas.

Se realizaron de la misma manera los gráficos Q-Q (cuantil-cuantil) para ambos grupos en los cuales se obtuvieron los siguientes gráficos para el grupo que SI terminó los ciclos de terapia:

Gráfico 8. Q-Q número de internamientos previos a la terapia, grupo SI.

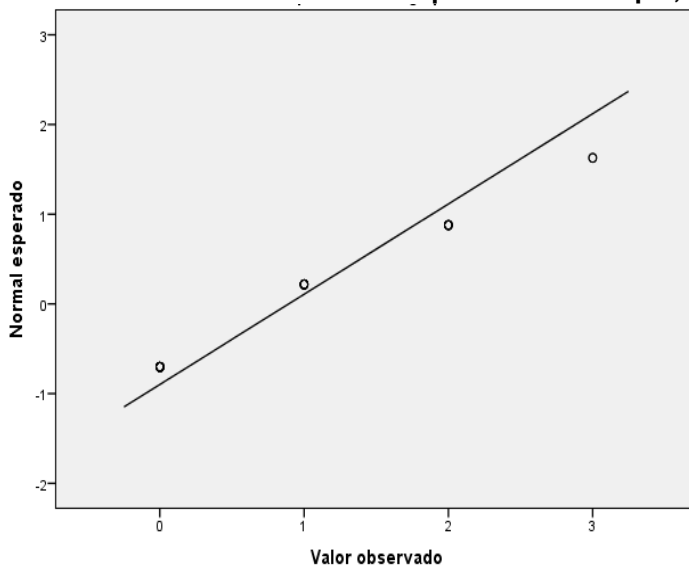
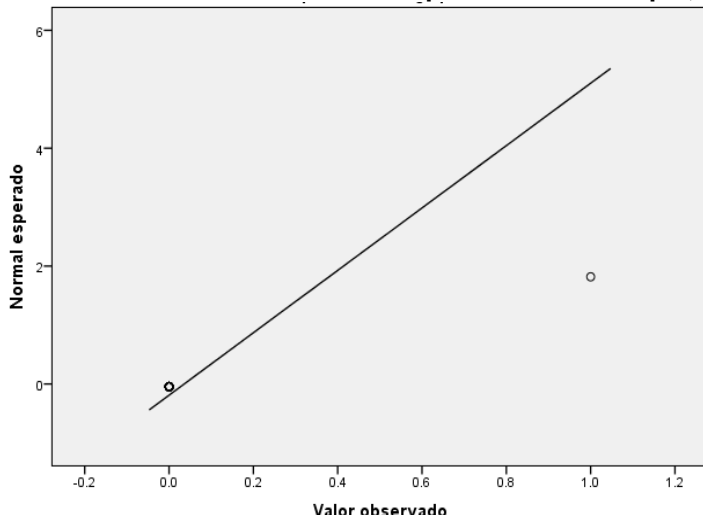


Grafico 9. Q-Q número de internamientos posterior a la terapia, grupo SI.



Dentro del número de internamientos en el grupo que NO terminó el ciclo de terapia, los gráficos obtenidos fueron los siguientes:

Grafico 10. Q-Q número de internamientos previos a la terapia, grupo NO.

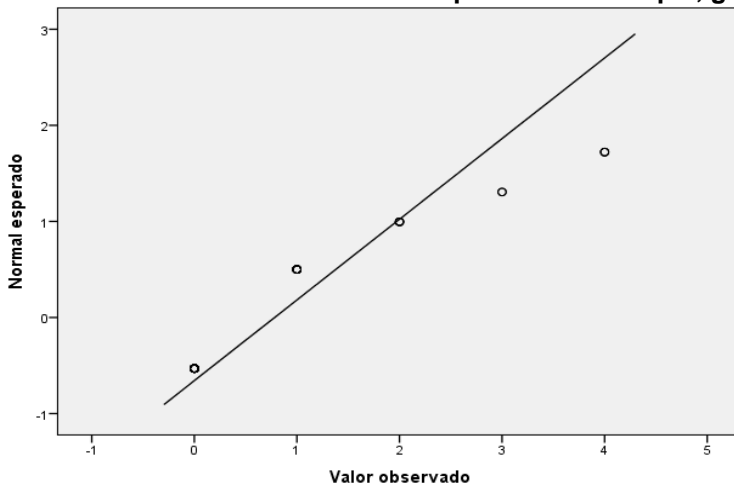
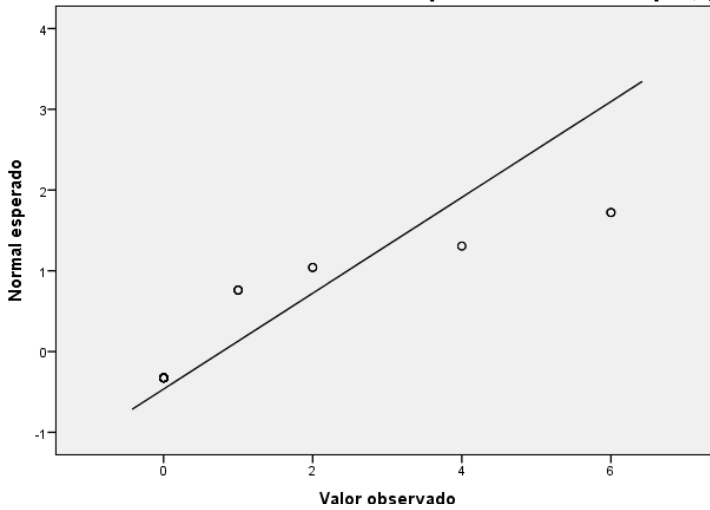


Grafico 11. Q-Q número de internamientos posterior a la terapia, grupo NO.



En el caso de la variable días de internamiento en el grupo que SI termino los ciclos de terapia los resultados fueron los siguientes:

Grafico 12. Q-Q días de internamiento previos a la terapia, grupo SI.

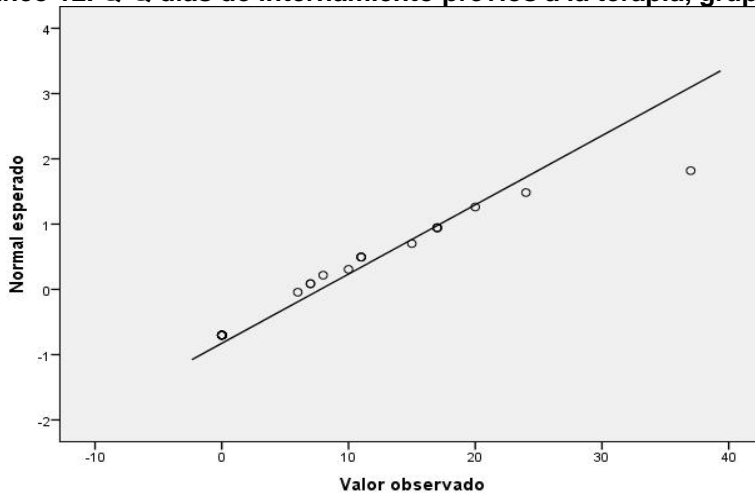
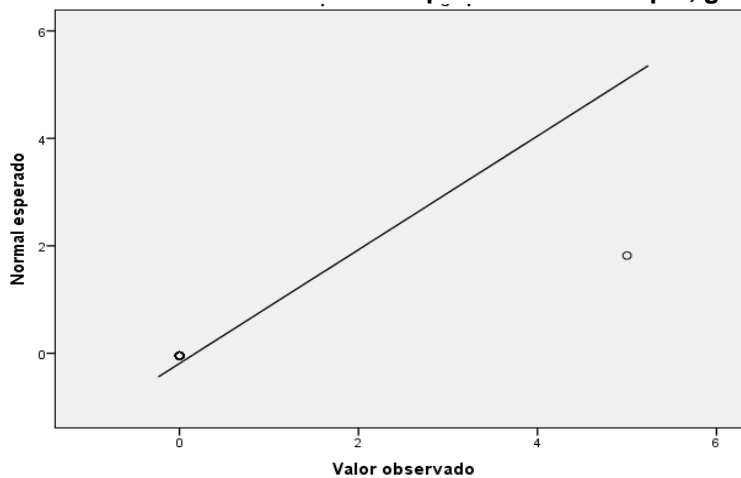


Grafico 13. Q-Q días de internamiento posterior a la terapia, grupo SI.



Y por ultimo los gráficos de días de internamiento para el grupo que NO termino la terapia:

Grafico 14. Q-Q días de internamiento previos a la terapia, grupo NO.

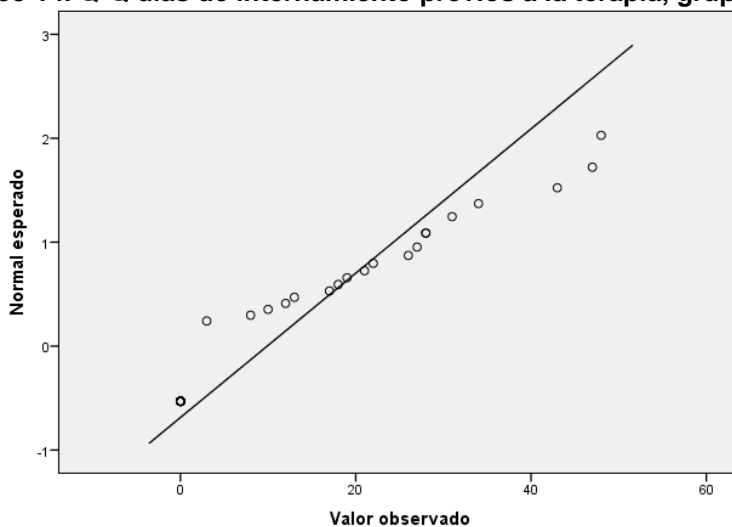
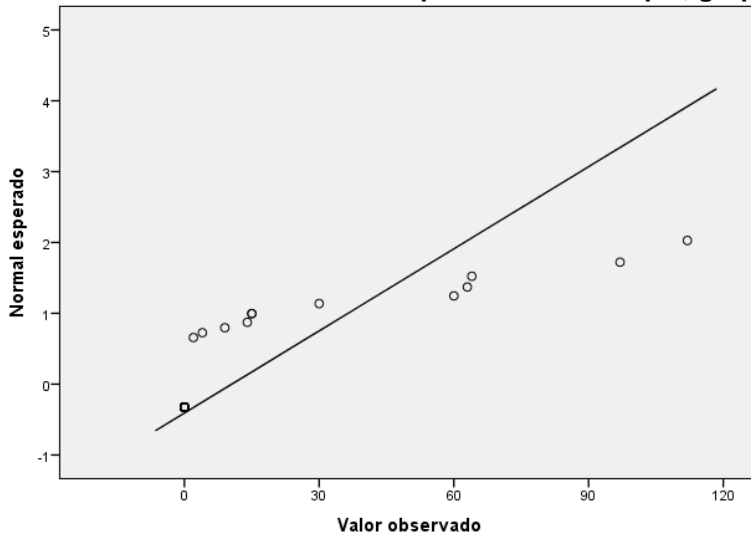


Grafico 15. Q-Q días de internamiento posterior a la terapia, grupo NO.



Los gráficos muestran la tendencia a la distribución normal en ambos grupos previos a la terapia, en el grupo que culmina la terapia cambia la distribución de los datos y ya no se comporta como una distribución normal debido a la disminución en las variables estudiadas, no siendo el mismo caso del grupo que no terminó la terapia donde la tendencia es conservar la distribución normal mostrando la poca variabilidad que presentaron los datos en dicho grupo.

También se realizaron pruebas no paramétricas con hipótesis nula en ambos grupos obteniéndose los siguientes resultados en el grupo que SI termino la terapia:

Cuadro 17. Prueba de Wilcoxon para número de internamientos, grupo SI.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Numero de internamientos previos a la terapia y Numero de internamientos posterior a la terapia es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.000	Rechazar la hipótesis nula.

Cuadro 18. Prueba de Wilcoxon para días de internamiento, grupo SI.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Dias de internamiento previos a la terapia y Dias de internamiento posterior a la terapia es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.001	Rechazar la hipótesis nula.

Realizadas las mismas pruebas al grupo que NO término la terapia se observo:

Cuadro 19. Prueba de Wilcoxon para número de internamientos, grupo NO.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Numero de internamientos previos a la terapia y Numero de internamientos posterior a la terapia es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.581	Retener la hipótesis nula.

Cuadro 20. Prueba de Wilcoxon para días de internamiento, grupo NO.

	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Dias de internamiento previos a la terapia y Dias de internamiento posterior a la terapia es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	.490	Retener la hipótesis nula.

Dichas pruebas no paramétricas también apoyan las diferencias estadísticas observadas en los grupos de investigación.

DISCUSIÓN

Una vez concluida la investigación podemos aceptar como válida la hipótesis de investigación, el terminar el ciclo de terapia de grupo disminuye el número de internamientos y la duración de los mismos en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite comparado con aquellos pacientes que inician pero no terminan dicho proceso en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Durante el estudio se encontraron datos importantes respecto a la reducción de número de internamientos y días de estancia en los pacientes que lograron terminar el ciclo de terapias.

En números claros y sencillos la reducción en número de internamientos en el grupo que si termino la terapia fue del 96% (25 contra 1 ingreso) y la reducción en los días de estancia fue de 97.7% (218 contra 5 días).

En contraste el grupo que no termino la terapia no se observaron diferencias en el numero de ingresos (36 contra 36) y en el número

de días se dio un incremento en las estancias del 6.5% (455 contra 485 días), pudiendo explicarse esta situación por la tendencia al empeoramiento que muestran los pacientes con este diagnóstico.

La reducción de días de estancia es un dato que en esta muestra en particular (sin olvidar el hecho de la enorme cantidad de pacientes perdidos de la N original) resalta el efecto benéfico de dichas terapias.

Existe un estudio de 2011 de Rangel, Castro y Arredondo, publicado en la revista de Salud Mental que evalúa el Costo-Efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México, en dicho artículo se menciona que la Organización Mundial de la Salud estima que el gasto para la atención de problemas de salud mental en países desarrollados corresponde al 3-4% del Producto Interno Bruto. El estudio, si bien fue realizado en pacientes esquizofrénicos, resalta que el 20% de los pacientes con adherencia terapéutica tuvieron una frecuencia de recaída de 20%, contra el 42% de los pacientes con mala adherencia terapéutica, además de presentar periodos de

hospitalización de 4 contra 14 días, datos que esencialmente coinciden con lo observado en este estudio.¹⁶

El trabajo de Rangel, Castro y Arredondo toma en cuenta para el análisis de costos, el personal, los alimentos, la lavandería, el laboratorio, agua, energía eléctrica, residuos municipales, limpieza y seguridad privada. En dicho estudio se establecieron como costo total/día en base al servicio los siguientes costos:

Cuadro 21. Costo por servicio hospitalario.

Servicio	Costo total/día en pesos
Cuidados intensivos	2052
Hospitalización continua	868
Consulta externa	122

Si extrapolamos dichos datos con la presente investigación y tomamos en cuenta los días de estancia observados en los grupos de investigación obtenemos firmes datos de la disminución de los recursos consumidos por los pacientes con esta modalidad terapéutica.

Aún si tomamos en cuenta que el ciclo de terapias de grupo teóricamente lleva 104 sesiones (una sesión semanal por 2 años), se obtienen los siguientes costos totales con lo observado en la presente investigación:

Cuadro 22. Costo por días de tratamiento.

	Días previos SI	Días previos NO	Días posterior SI	Días posterior NO
Cuidados intensivos \$2052/día	447,336	933,660	10,260	995,220
Hospitalización continua \$868/día	189,224	395,395	4,340	420,980
Consulta externa 122 x 104 sesiones	12,688	12,688	NA	NA

Es importante señalar que los costos, en los pacientes que SI terminan la terapia, disminuyen en cualquiera de las hospitalizaciones utilizadas (Hospitalización continua o Cuidados intensivos) en aproximadamente el 97.7%.

En el caso de los pacientes que NO terminan la terapia, dichos costos aumentan en un 6.5%, pudiendo deberse esto a varios factores que no fueron contemplados en esta investigación.

Sin embargo es necesario resaltar que si se suman los costos de los días del grupo que NO termino la terapia en ambos periodos de tiempo (días previos y posteriores) se encuentra un costo total de \$1,928,880.00 en el caso de cuidados intensivos y de \$816,375.00 para hospitalización continua, lo que significaría un ahorro de 99.4% (\$1,916,192.00) o de 98.5% (\$803,687.00) según el caso, siendo esta cifras un dato duro respecto al costo beneficio de la terapia de grupo que se brinda en el hospital Fray Bernardino Álvarez.

Es importante además hacer mención que ni en el artículo de Rangel, Díaz y Arredondo ni el presente se toman en cuenta para al análisis de costos el uso de medicamentos, señalándose que en general los pacientes limite son un grupo que demanda particularmente un gran número de medicamentos, tanto de uso psiquiátrico como de uso común, lo cual sin duda alguna debe de

elegir el costo de su tratamiento de una manera sustancial, situación que debe ser estudiada de manera más amplia en otras investigaciones.

Si bien solo es una aproximación de datos económicos basado en el trabajo previo de Cabello, Díaz y Arredondo, resultan alentadores los beneficios económicos (y para los pacientes) que parece presentar la terapia de grupo en este grupo de pacientes.

Los resultados en esta investigación coinciden en lo general con lo reportado en la literatura respecto a los tratamientos para este grupo de pacientes.^{11, 12, 13, 14, 15.}

CONCLUSIONES

Esta investigación puede considerarse una aproximación muy somera a un estudio de costo beneficio como el elaborado por Rangel, Castro y Arredondo, es un primer paso para evaluar e identificar los mejores procesos de tratamiento para los pacientes y las instituciones.

La primera conclusión que puede obtenerse de la presente investigación es que, sin certeza estadística, el tratamiento con terapia de grupo en los pacientes con trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite es una excelente opción en cuanto a costo beneficio, en base a los costos encontrados en el trabajo de Rangel, Castro y Arredondo.

Puede concluirse además que el modelo de terapia de grupo para pacientes límite ofrecido en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez cumple y supera las expectativas que se tienen del mismo, ya que disminuye de manera importante el número de internamientos y la duración de los mismos en los pacientes con

este diagnóstico, siendo necesario apoyar este tipo de intervenciones que engloban múltiples condiciones de la enfermedad para un manejo más adecuado y económico de los pacientes.

El modelo terapéutico utilizado en la institución donde se realizó la investigación es un modelo único y adaptado a dicha institución, por el éxito que muestra en este estudio debería ser valorado para incorporarse a una guía de tratamiento de esta enfermedad comentándose el hecho de que la literatura médica en general apoya el uso de la terapia psicológica para este padecimiento en particular, sin ser clara en la preferencia por algún tipo.

De la misma manera puede concluirse que los pacientes con esta enfermedad requieren una atención de tipo psicoterapéutico, y que la terapia grupal es, por lo menos por lo observado en este estudio, una de las principales alternativas dentro de las innumerables corrientes terapéuticas para el tratamiento de este grupo de difícil manejo, además de ser una alternativa poco costosa ante las múltiples y muy complejas demandas de estos pacientes.

Dentro de las limitaciones de este trabajo se encuentra la dificultad de seguir las muestras a largo plazo, por las mismas políticas de resguardo de expedientes médicos (tiempo de depuración) como por la movilidad de los pacientes con la enfermedad en cuestión, los cuales cambian de institución tratante y presentan poco apego a los tratamientos.

Quedan pendientes de investigación otros modelos que puedan relacionar otras variables con esta enfermedad, datos que puedan ayudar a esclarecer situaciones como el aumento en los días de estancia intrahospitalaria en los pacientes que no terminaron el ciclo de terapias en esta muestra particular.

Finalmente se establece la enorme necesidad de ampliar la investigación en todos los aspectos de este grupo psicopatológico para encontrar mejores, completas y más económicas formas de atenderlos, además de identificar factores protectores y predictores del comportamiento de la enfermedad, tratando de acercar a una medicina más científica a este difícil y desgastante diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [Internet]. IDC-10, c2013 [actualizado 2013; consultado 10/05/13]. Disponible en www.who.int/classifications/icd/en
2. Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press
3. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58 (2001)
4. American Psychiatric Association, Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder, October 2001. Disponible en www.psych.org
5. Lieb K, Zanarini M, Schmahl C, Linehan M, Bohus M. Borderline Personality Disorder. *Lancet*, n° 364 (2004)

6. Gabbard GO. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica. 3a edición. México: Panamericana, 2002.
7. Chávez-León Enrique, PAC-Psiquiatria 3 Libro 5, Trastornos de la Personalidad, 1ra edición. Intersistemas México, 2002
8. Kernberg OF. Desórdenes fronterizos y narcicismo patológico. Barcelona: Editorial Paidós; 1976
9. Kaplan HI, SADOCK BJ. Terapia de grupo. 3ª Edición. España: Editorial Panamericana, 1996.
10. Yalom ID. Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1986.
11. K. Barnicot, C. Katsakou, S. Marougka, S. Priebe. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatr Scand 2011; 123: 327–338
12. Silvio Bellino, Camilla Rinaldi, Filippo Bogetto, Adaptation of Interpersonal Psychotherapy to Borderline Personality

Disorder: A Comparison of Combined Therapy and Single Pharmacotherapy. *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol 55, no 2, février 2010. pp 74-81

13. Kate M. Davidson, Peter Tyrer, John Norrie, Stephen J. Palmer and Helen Tyrer. Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry* (2010), 197, 456–462.
14. Barbara M. Guttelinga, Barbara Montagnea, Maurits Nijisa, L.M.C. (Wies) van den Bosch Dialectical behavior therapy: is outpatient group psychotherapy an effective alternative to individual psychotherapy? Preliminary conclusions. *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 1161–1168
15. Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 8

16. Cabello Rangel, Héctor; Díaz Castro Lina; Arredondo Armando. Costo Efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. *Salud Mental* 2011; 34(2):95-102.

ANEXOS

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Exp	Sex	Edad	Escolaridad	ingresos pre	ingresos post	# días pre	# días post	% sesiones cumplidas