



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

“FRECUENCIA DE MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON  
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL MODELO  
INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO  
FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

DRA. LAURA DENISSE FIMBRES POMPA

ASESOR DE TESIS

DR. PABLO VERA FLORES

CIUDAD DE MÉXICO 2022



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 familia, pareja, amigos, mascotas y a todos aquellos que me acompañaron durante el transcurso de mi carrera y que me impulsaron a alcanzar mis metas.

A todos los que aceptaron participar en la realización de este estudio y al Dr. Francisco Muñoz por brindarme el tiempo y espacio para abordar a sus pacientes. A mi asesor Dr. Pablo Vera por apoyarme en este proceso, por todas las enseñanzas y por su valiosa amistad.

A mi Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” y a sus pacientes, por ser una fuente interminable de aprendizaje y por formarme como especialista en psiquiatría.

¡Gracias!

## **LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS**

<b>Tabla 1.</b> Niveles jerárquicos de Mecanismos de defensa de Freud	<b>2</b>
<b>Tabla 2.</b> Operacionlización de Variables	<b>14</b>
<b>Tabla 3.</b> Datos sociodemográficos	<b>20</b>
<b>Tabla 4.</b> Datos sociodemográficos	<b>20</b>
<b>Tabla 5.</b> Tiempo en terapia.	<b>21</b>
<b>Tabla 6.</b> Puntaje medio de mecanismos de defensa	<b>22</b>
<b>Tabla 7.</b> Tipos de mecanismos de defensa	<b>23</b>
<b>Tabla 8.</b> Pruebas de chi-cuadrado: Tipos de mecanismos de defensa	<b>24</b>
<b>Gráfico 1.</b> Escolaridad	<b>20</b>
<b>Gráfico 2.</b> Tiempo en terapia	<b>21</b>
<b>Gráfico 3.</b> Mecanismos de defensa	<b>23</b>

## **ÍNDICE**

<b>Introducción</b>	<b>1</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>2</b>
<b>Método</b>	<b>12</b>
<b>Justificación</b>	<b>12</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>13</b>
<b>Pregunta de investigación</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos</b>	<b>13</b>
<b>Hipótesis</b>	<b>14</b>
<b>Variables</b>	<b>14</b>
<b>Muestreo</b>	<b>15</b>
<b>Criterios de selección</b>	<b>15</b>
<b>Tipo de estudio</b>	<b>15</b>
<b>Instrumento</b>	<b>16</b>
<b>Procedimiento</b>	<b>18</b>
<b>Consideraciones éticas</b>	<b>18</b>
<b>Análisis Estadístico</b>	<b>19</b>
<b>Resultados</b>	<b>20</b>
<b>Discusión</b>	<b>24</b>
<b>Limitantes</b>	<b>26</b>

<b>Conclusión</b>	<b>26</b>
<b>Referencias</b>	<b>38</b>
<b>Anexos</b>	<b>31</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**TLP** Trastorno Límite de la Personalidad.

**HPFBA** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

**DSQ-88** Defense Style Questionnaire 88.

**SCID-II** The Structured Clinical Interview for Axis II Personality Disorders.

**ISRS** Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina.

## RESUMEN

**Introducción:** Los mecanismos de defensa son procesos psicológicos, cuyo propósito es proteger al individuo ante estresores que generan malestar emocional. Los mecanismos se clasifican en adaptativos, de imagen-distorsión, de auto sacrificio y mal adaptativos. En pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad, los mecanismos mal adaptativos se relacionan a conductas de riesgo y aumento de hospitalizaciones. **Objetivo:** Determinar los mecanismos de defensa más frecuentes en pacientes con TLP que se encuentran en el modelo integrador de terapia de grupo del HPFBA. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo mediante la aplicación de los cuestionarios DSQ-88 y SCID-II a 50 sujetos que se encontraban en el Modelo Integrador de Terapia de Grupo para pacientes con TLP. **Resultados:** Al analizarse los mecanismos de manera individual, los más frecuentemente utilizados fueron los de retirada, “acting out”, aislamiento afectivo, fantasía, desplazamiento y escisión. Los dos mecanismos más utilizados pertenecen son mal adaptativos, mientras que el resto son de autosacrificio y de imagen-distorsión. **Conclusiones:** Los pacientes con TLP en el modelo integrador de terapia grupal presentan mayor frecuencia de mecanismos mal adaptativos, los cuales se relacionan a baja calidad de vida, por lo que podrían beneficiarse de un tratamiento con abordaje guiado hacia mejorar la madurez de los mecanismos de defensa de cada individuo.

**PALABRAS CLAVE:** Mecanismos de defensa, Terapia Grupal, Trastorno Límite de la Personalidad.

## INTRODUCCIÓN

Los mecanismos de defensa se entienden como procesos psicológicos inconscientes y automáticos, cuyo propósito es proteger al individuo ante estresores que generan malestar emocional. Hay diversos modelos de clasificación de los mecanismos de defensa, este estudio se basará en el modelo que los organiza por jerarquía, clasificándose por su nivel de madurez. Con defensas mal adaptativas, los conflictos se manejan de manera inconsciente, de tal manera que el individuo no puede acceder a estresores, impulsos, ideas, afectos o responsabilidades que le resultan inaceptables. Este tipo de mecanismos comúnmente se encuentran en adultos que presentan dificultades para la adaptación y se relacionan a trastornos de personalidad y/o trastornos afectivos (1).

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón generalizado de conducta que se ve reflejada como inestabilidad en las relaciones interpersonales, dificultad en la regulación del afecto, pobre control de impulsos y en alteraciones de autoimagen. El Trastorno Límite de personalidad afecta al 1.4-2% de la población, representando un porcentaje importante de las valoraciones de urgencias y hospitalización psiquiátricas. (2) En estos pacientes se observan conductas de riesgo, tales como abuso de sustancias, trastornos de la alimentación y tendencia hacia la autodestrucción. (3) A través de la psicoterapia (ya sea individual o grupal) un paciente con TLP puede aprender a emplear mecanismos de defensa de mayor madurez, lo cual implicaría disminución de conductas autodestructivas y menor necesidad de recurrir a servicios de urgencias psiquiátricas.



## MARCO TEÓRICO

### MECANISMOS DE DEFENSA

Los mecanismos de defensa psicológicos representan un componente indispensable de nuestra capacidad para mantener la homeostasis emocional. Sin ellos, la mente consciente se encontraría mucho más vulnerable a estímulos emocionales que conllevan una carga negativa, como los que se relacionan a la ansiedad y la tristeza. La habilidad del ser humano para adaptarse a las condiciones ambientales cambiantes requiere de motivación, concentración y resolución de problemas; habilidades que se dificultan cuando las emociones adversas se vuelven abrumadoras. El tratamiento con psicoterapia puede ayudar al paciente a implementar mecanismos de defensa adaptativos para mejorar su salud mental, de tal manera que se reduce la necesidad de indicar un manejo farmacológico (4).

El concepto del Mecanismo de Defensa es parte del núcleo de la teoría psicoanalítica introducida por Freud en sus escritos iniciales. Freud conceptualiza a los mecanismos de defensa como una función mental, cuya característica principal era su capacidad de “velar” u ocultar material mental para permanecer en equilibrio emocional, de esta manera se evita experimentar sentimientos dolorosos y afecto negativo. Cuando Freud incluye el modelo estructural de la personalidad (ello, yo y superyó) como parte de la teoría psicoanalítica (1923, 1926), el concepto del Mecanismo de Defensa era considerado aún como una función mental general, formando parte del Superyó.

Así mismo, se sugirió que había una multitud de mecanismos de defensa cuya función siempre recaía en proteger al Ego en contra de demandas instintivas del Ello. (5).

Freud clasificaba a los mecanismos de defensa de la siguiente manera:

**Tabla 1- Niveles jerárquicos de mecanismos de defensa de Freud**

<b>Psicóticas</b>	<b>Neuróticas</b>	<b>Maduras</b>
Negación	Escisión	Sublimación
Distorsión	Hipocondriasis	Altruismo
Proyección	Agresión pasiva	Humor
	Fantasia	
	Disociación	
	Represión	
	Anulación	
	Desplazamiento	
	Formación reactiva	
	Aislamiento	

Elaborado con información de referencia 6

En años posteriores, los mecanismos de defensa han sido estudiados y descritos por diversos autores, concluyéndose que, aunque cada defensa puede ser adaptativa en situaciones determinadas, existen niveles de jerarquía en los cuales se logra mayor adaptabilidad en una gama de circunstancias o experiencias más amplia.

En diversos escritos de psicoanálisis, los mecanismos de defensa se consideran como adaptativos o patológicos, según su nivel de madurez; los mecanismos mal adaptativos están relacionados con dificultad para regular, expresar y comprender experiencias emocionales y los mecanismos maduros permiten modular el estrés de una mejor manera, manteniendo al sujeto apegado con la realidad. Defensas mayormente adaptativas están ligadas con mejores relaciones personales, satisfacción por el trabajo, salud mental y bienestar subjetivo, mientras que el uso de defensas poco adaptativas se relaciona con lo opuesto. (6)

A continuación, se colocará un listado de los mecanismos de defensa extraídos de la onceava edición de la Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan y Sadock (7):

### Mecanismos Neuróticos

1. Aislamiento: este mecanismo permite al individuo apartarse del componente afectivo asociado a un pensamiento o idea determinada, manteniéndose apegado a sus funciones cognoscitivas. Dividir o separar las ideas de los sentimientos originalmente asociados a ellas.
2. Control: el individuo intenta regular acontecimientos u objetos de su entorno para minimizar la ansiedad que se genera y poder resolver conflictos internos.
3. Desplazamiento: atribuirle un sentimiento o respuesta emocional generada por un objeto hacia otro de menor importancia, permitiendo que la representación simbólica evoque menos angustia.
4. Disociación: alteración súbita y temporal de las funciones de integración del carácter, la conciencia, la memoria, la percepción de uno mismo o del entorno, así como el comportamiento sensorial/motor.
5. Externalización: tendencia a percibir en el mundo externo y en los objetos exteriores elementos de la propia personalidad, entre ellos los impulsos instintivos,

los conflictos, actitudes y la forma de pensar. Externalización es un término más general que la proyección.

6. Formación reactiva: Sustituir comportamientos, pensamientos y sentimientos que le resultan inaceptables por otros directamente opuestos o contrarios.
7. Inhibición: limitar o rechazar algunas funciones yoicas de manera consciente.
8. Intelectualización: usar de modo excesivo los procesos intelectuales para evitar una expresión o experiencia afectiva. Estrechamente relacionada a la racionalización, consta en centrarse de forma excesiva en lo inanimado para evitar la intimidad y expresar las emociones, enfocándose en detalles irrelevantes para evitar percibir el todo.
9. Racionalización: ofrecer explicaciones racionales en un intento de justificar actitudes, creencias o una conducta que de otro modo sería inaceptable y encubrir las verdaderas motivaciones que rigen sus pensamientos, acciones o sentimientos.
10. Represión: Expulsar u ocultar los deseos, pensamientos o experiencias que causen malestar de la consciencia. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas. La percepción consciente de los instintos y los sentimientos está bloqueada en la represión.
11. Sexualización: dotar un objeto o función con un significado sexual que anteriormente haya tenido o poseído en un grado menor para prevenir ansiedades asociadas a impulsos prohibidos.

#### Mecanismos Psicótico-Narcisistas:

1. Negación: evitar el conocimiento de aspectos dolorosos de la realidad o de las experiencias subjetivas. Se puede presentar en estados “normales” y en estados patológicos.
2. Proyección: atribuir incorrectamente a los demás o fuera del Yo sentimientos, impulsos o pensamientos propios que resultan inaceptables.
3. Distorsión: Modificar vivencias reales para que se adapten a las necesidades internas, incluidas las creencias megalomaníacas, las alucinaciones, los delirios que satisfacen los deseos y la presencia de ideas de grandeza. Se puede

considerar que la idealización y devaluación de objetos forma parte del mecanismo de este mecanismo de defensa.

### Mecanismos Mal Adaptativos:

1. Agresión pasiva: mostrar agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva mediante la pasividad, el masoquismo y volviéndose contra el Yo.
2. Bloqueos: inhibición temporal o transitoria del pensamiento. Los afectos y los impulsos también pueden verse implicados. Es parecida a la represión, pero difiere en que la tensión o ansiedad emerge no cuando aparece el impulso, el afecto o el pensamiento; sino que aparecen en el momento en el que son inhibidos.
3. Acting Out: enfrentarse a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo a través de la acción más que a través de reflexiones o sentimientos. La fantasía inconsciente es exteriorizada impulsivamente en la conducta.
4. Fantasía esquizoide: complacerse en el refugio de fantasías excesivas para obtener gratificación de ellas al sustituir la búsqueda de relaciones interpersonales íntimas, la acción más eficaz o la resolución de los problemas.
5. Hipocondría: exageración o sobrevaloración de una enfermedad con la finalidad de evasión y represión. Las internalizaciones hipocondriacas son ajenas al Yo y la persona afectada experimenta disforia y un sentimiento de aflicción.
6. Identificación proyectiva: incorrectamente atribuirles sus propios sentimientos, impulsos o pensamientos a terceras personas, ya que le resulta inaceptable. El sujeto es consciente de sus afectos o impulsos, pero los interpreta incorrectamente al considerarlos reacciones justificadas ante otras personas.
7. Introyección: internalización de las cualidades de un objeto. Se utiliza primordialmente para evitar el dolor del conocimiento de la separación o amenaza de una pérdida.
8. Polarización/ Escisión: el individuo se enfrenta a amenazas de origen interno o externo viéndose a sí mismo o a los demás como completamente buenos o malos, sin lograr las cualidades positivas y negativas de cada uno. El individuo idealiza y devalúa alternativamente a la misma persona o a sí mismo.

9. Quejas y rechazo de ayuda: Al rechazar sugerencias, consejos o intentos de ayuda, se encubren sentimientos de hostilidad y rencor hacia los demás. Se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo mediante quejas o demandas de ayuda.
10. Regresión: intento de retornar a una fase de funcionamiento libidinal anterior para evitar la tensión y el conflicto evocados en el nivel presente del desarrollo. Refleja la tendencia básica a ganar gratificación instintiva en un periodo menos desarrollado. Puede ser un mecanismo normal en moderación al intentar relajarse, dormir y llegar a un orgasmo, se considera también parte esencial del proceso creativo.
11. Somatización: convertir las derivaciones psíquicas en síntomas corporales y tender a reaccionar con manifestaciones somáticas, más que manifestaciones psíquicas.

### Mecanismos Maduros

1. Altruismo: servicio a los demás, indirecto pero constructivo e instintivamente gratificante. A diferencia del auto sacrificio, el individuo obtiene una gratificación de tipo acumulativa, bien por la respuesta de los demás.
2. Anticipación: planificación realista de un malestar interior que se aproxima, experimentando reacciones emocionales antes de que se produzca o bien adelantando sus consecuencias, posibles acontecimientos futuros y considerando de forma realista respuestas o soluciones alternativas.
3. Ascetismo: eliminación de los afectos que producen placer que provienen directamente de las experiencias, obteniendo gratificación de la renuncia.
4. Humor: hacer hincapié en los aspectos divertidos o irónicos de los conflictos o situaciones estresantes de una manera que no incomoda a los demás.
5. Sublimación: canalizar sentimientos o impulsos potencialmente desadaptativos hacia comportamientos socialmente aceptables o valiosos. Permite canalizar los instintos en lugar de condenarlos o desviarlos. Se reconocen los sentimientos y se dirigen hacia una persona u objetivo relativamente significativos, de manera que se obtiene una satisfacción modesta del impulso.

6. Supresión: Decisión consciente o semiconsciente de posponer intencionadamente la atención en problemas, deseos, sentimientos o experiencias que producen malestar.

### **Trastorno Límite de la Personalidad**

El trastorno límite de la personalidad se caracteriza por presentar inestabilidad emocional, relaciones interpersonales inestables y dificultad para el control de los impulsos, lo cual lleva a estos pacientes a mostrar conducta autodestructiva, aumentando el riesgo de suicidio de manera significativa. Debido a lo anterior, se aumenta la afluencia a servicios de urgencias psiquiátricas e incrementa el número de hospitalizaciones. (8)

Aquellos con TLP pueden presentar arrebatos de ira, dudas sobre su identidad, miedo a ser abandonados, conducta autolesiva e ideación suicida crónica; más del 75% presentan autoagresiones a lo largo de su vida. En momentos de altos niveles de estrés, los pacientes con TLP llegan a presentar sintomatología disociativa. (9) El diagnóstico de TLP es clínico y se valoran los siguientes criterios:

#### **Criterios del DSM-5 para el diagnóstico de TLP (10)**

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el criterio 5).
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves

El TLP es de los trastornos psiquiátricos que más utilizan servicios de salud mental, relacionándose a un grado importante de deterioro psicosocial y una alta tasa de suicidio del 10%. Presenta una prevalencia en población general de 1,4 al 2%, del 11 al 20% en población clínica psiquiátrica, el 20% de hospitalizados y con una relación mujer-hombre de 3:1. (11) Las personas que presentan un trastorno de personalidad tienen mayor índice de mortalidad que en población sana. Estudios realizados en Reino Unido arrojan datos que sugieren que la esperanza de vida es menor en 19 años para las mujeres y 18 años para los hombres con TLP. El aumento de la mortalidad puede explicarse en parte por la conducta autodestructiva en este grupo de pacientes. (12)

El desarrollo de una estructura de personalidad de tipo Límite se debe a una combinación de factores genéticos, neurales, conductuales, familiares y sociales, aunque no se conoce una causa precisa. Estudios de familia han encontrado un aumento de 4 a 20 veces en el diagnóstico y los rasgos de TLP en familiares de primer grado en comparación con la población general. (13)

En cuanto a la predisposición genética, hay estudios en gemelos que muestran un 50% de heredabilidad, siendo esta mayor que la que se ha encontrado para la depresión mayor. Estudios realizados en el 2000 y en el 2008 mostraron mayor concordancia de la

prevalencia de TLP en gemelos idénticos (homocigóticos) a comparación de gemelos fraternos (dicigóticos). Factores ambientales que se han identificado como factores contribuyentes al desarrollo de TLP incluyen maltrato infantil (ya sea físico, sexual o por negligencia), lo cual se encuentra en hasta 70% de pacientes con TLP, además de separación materna, pobre vínculo maternal, pocos límites intrafamiliares, abuso de sustancias y/o psicopatología grave en los padres. (14)

En la organización límite de la personalidad se puede observar el uso predominante de la escisión, idealización, negación y disociación. Se ha evidenciado que los pacientes con TLP utilizan los estilos de defensa más bajos, mientras que en los otros trastornos de la personalidad de Clúster B se pueden observar mecanismos de defensa más avanzados aunados a los mal adaptativos. (15)

Para tratar el trastorno límite de la personalidad se recomienda indicar un manejo farmacológico y un abordaje psicoterapéutico. (16)

- Los ISRS son los fármacos más utilizados en el manejo del paciente TLP. Se consideran fármacos de elección para incidir en la estabilidad afectiva y la impulsividad que presentan los pacientes con TLP. Estos fármacos logran mejorar el humor depresivo, la irritabilidad, la agresividad verbal y física, la percepción de la autoimagen y las conductas auto lesivas. Los más estudiados hasta la actualidad son la fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina, (17)
- Los estabilizadores del estado de ánimo y anticonvulsivos han mostrado mejoría en la impulsividad y en las conductas autodestructivas en pacientes con TLP. Además, fungen como potenciador del ISRS si se indican en conjunto, complementando su efecto antidepresivo para modular el afecto del paciente.
- Antipsicóticos utilizados en el TLP muestran mejoría en la impulsividad, agresividad y en las distorsiones cognitivas características de la organización límite de la personalidad. En pacientes que presentan cuadros micro psicóticos, el uso de antipsicótico a dosis bajas resulta benéfico para el paciente para manejar el contenido del pensamiento.
- Las benzodiacepinas se pueden utilizar en caso de crisis emocionales y/o sintomatología ansiosa agudizada, siempre tomando en cuenta el riesgo de dependencia que conllevan estos fármacos y evitando fomentar su abuso. (7)



Mientras que el manejo farmacológico es un gran apoyo en el tratamiento del paciente TLP, el pilar del tratamiento será el abordaje psicoterapéutico. Estas sesiones tienen el objetivo de reforzar y mejorar la capacidad de adaptación del paciente ante estresores de la vida diaria, además de facilitar la recuperación de funcionalidad global. Existen diferentes técnicas psicoterapéuticas que han demostrado ser efectivas, aunque con resultados variables. Entre ellas destacan las terapias psicoeducativas breves, programas de terapias psicológicas, terapia cognitivo-conductual, intervenciones familiares, psicoterapias grupales, terapia combinada, rehabilitación funcional e integración laboral. (18)

## **TERAPIA DE GRUPO**

El programa de Terapia de Grupo Integradora del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino lleva 18 años implementándose para el tratamiento de pacientes con TLP. Este programa se basa en la teoría psicodinámica, la psicoeducación y la teoría interpersonal, utilizando un amplio espectro de técnicas psicoterapéuticas, las cuales incluyen el psicodrama, técnicas grupales, terapia de apoyo, técnicas interpersonales y expresivas, así como dinámicas grupales. El abordaje de la terapia grupal tiene como objetivo responder a las necesidades de pacientes con TLP, abarcándose antecedentes y problemáticas del pasado, manejo de situaciones actuales y la planeación del futuro. Estos grupos son sujetos a cambios y movimientos de pacientes, ya que son abiertos y se modifican según las necesidades del servicio. El trabajo que se lleva a cabo en la Terapia Grupal consta de tres etapas:

1. Grupos de Valoración: En esta etapa se presenta el mayor índice de abandono de los pacientes, por lo que se puede considerar una etapa de "filtro". Consta de 8 sesiones semanales, las cuales tienen el objetivo de corroborar el diagnóstico de TLP, valorar a los pacientes en un contexto grupal, dar psicoeducación y se intenta fomentar consciencia del trastorno de personalidad. Esta etapa es útil para transmitir información, generar un ambiente de apoyo y cohesión de grupo. Finalmente se forma un grupo de máximo 12 pacientes, siendo conformados por 5-6 pacientes en promedio.

2. Terapia grupal: Consta de sesiones semanales por un periodo de 2 años, sumando 80 sesiones en total. Cada etapa del proceso psicoterapéutico es planeada por los terapeutas con anticipación. Se divide en fase de cohesión y de trabajo sobre temas focalizados, el manejo de ansiedades y, finalmente, el cierre del grupo. El tiempo requerido para lograr la integración del grupo varía con cada grupo, dependiendo de los integrantes y la severidad de su psicopatología, sin embargo, se puede considerar que en promedio toma de 3 a 6 meses. Al contar con un grupo integrado se comenzará a manifestar una mayor identificación entre los miembros del grupo, e idealmente hacen consciencia sobre la universalidad del padecimiento.
3. Cierre: De 4-6 sesiones antes de concluir los dos años de terapia, se le informa al paciente de forma individual que pronto finalizará el modelo integrador de terapia de grupo. El paciente puede experimentar angustia en este periodo, la cual se exagera si el paciente no logra tolerar la terminación de un proceso y lo interpreta como una pérdida grave, siendo posible que abandone la terapia antes de concluir, o que presenten una crisis emocional severa y ameriten manejo intrahospitalario. Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes cumplen el programa exitosamente y se despiden del grupo, aplicando lo aprendido en la terapia al continuar con sus actividades de la vida diaria para lograr una estabilidad afectiva sostenida. (19)

Hay gran evidencia de la mejoría de síntomas psiquiátricos y la reducción de las tentativas suicidas después de seis meses de tratamiento psicoterapéutico. (20) Los cambios en los estilos de defensa durante un proceso psicoterapéutico tienden a ascender la jerarquía de nivel de adaptación, lográndose mejoría clínica a largo plazo. La psicoterapia, ya sea individual o grupal, permite a los pacientes fortalecer la estructura Yoica, recuperar funcionalidad y aprender mecanismos de defensa valiosos para mantener su homeostasis emocional. (21)

## **MÉTODO**

### **Justificación**

El trastorno límite de la personalidad implica cambios drásticos en el afecto y vivencia del paciente, lo cual puede condicionar conductas mal adaptativas, tales como son las autoagresiones, ya sea en contexto ansiolítico o con fines suicidas. Este tipo de respuesta mal adaptativa ante estresores se relaciona directamente con los estilos de mecanismo de defensa que emplea el paciente, ya que éstos se encuentran debajo de muchos síntomas y son predictores de patrones de conducta, ya sea sana o autodestructiva. La importancia de la investigación en mecanismos de defensa se basa en que éstos forman parte de los aspectos más importantes de la teoría de la Psicología del Yo y son una herramienta útil para medir una respuesta terapéutica adecuada al tratamiento.

Es conocido que el Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos psiquiátricos que frecuentemente requieren atención dentro de los servicios ambulatorios e intrahospitalarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Debido a esto es importante contar con modelos de tratamiento resolutivos y una atención adecuada a los pacientes con dicho padecimiento, ya que implican un alto riesgo de conducta autodestructiva y se relacionan con una tasa de suicidio elevada a comparación del resto de la población. La Terapia integrativa de grupo del HPFBA ha obtenido resultados favorables en este tipo de pacientes, lográndose obtener datos sobre mejoría de estructuras yoicas, impulsividad, calidad de vida y dinámica familiar, sin embargo, hasta la fecha no existe un estudio enfocado en los mecanismos de defensa que utilizan estos pacientes. Por dicha razón este estudio es de gran importancia para analizar los mecanismos de defensa más comunes en pacientes con TLP, además de generar nuevas líneas de investigación dentro de la institución.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los trastornos psiquiátricos afectan no solo el estado de ánimo y bienestar del paciente, sino que implican un deterioro en funcionalidad en diversas áreas (social, económica, desarrollo personal, laboral, etc.). El trastorno límite de la personalidad se encuentra relacionada a un alto índice de conductas autodestructivas, por lo que es importante entender el papel homeostático que tienen los mecanismos de defensa con la finalidad de incidir en ellos en el proceso de mejoría psicoterapéutica, además de implementar medidas farmacológicas cuando el paciente lo amerite.

A pesar de que actualmente hay un gran interés clínico orientado hacia la psicodinámica, hay pocas investigaciones en esta materia. La información recopilada en este estudio tiene como objetivo conocer los mecanismos de defensa utilizados en pacientes con TLP quienes se encuentran en un proceso de psicoterapia grupal y clasificarlos de acuerdo con nivel de madurez.

El uso de mecanismos de defensa más adaptativos se podrá ver reflejado en un menor grado (o incluso ausencia) de conductas autodestructivas, lo cual implica una mejoría en rendimiento en las actividades de la vida diaria y menor necesidad de acudir a servicios de urgencias psiquiátricas.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los mecanismos de defensa más comunes de los pacientes con Trastorno límite de la Personalidad que acuden al modelo integrador de terapia grupal del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez?

### **Objetivo general**

Determinar los mecanismos de defensa más comunes en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que se encuentran en el modelo integrador de terapia de grupo de la Consulta Externa del HPFBA.

## Objetivos específicos

- Determinar si predominan mecanismos de defensa mal adaptativos en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

## Hipótesis

- **Hi:** En los pacientes con Trastorno límite de personalidad que tienen seguimiento en el modelo integrador de terapia grupal hay mayor frecuencia de mecanismos de defensa mal adaptativos.
- **H0:** En los pacientes con Trastorno límite de personalidad que tienen seguimiento en el modelo integrador de terapia grupal no hay mayor frecuencia de mecanismos de defensa mal adaptativos.

## VARIABLES

Tabla 2. Operacionalización de Variables				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO VARIABLE	NIVEL MEDICIÓN	PARAMETROS
Mecanismos de Defensa	Los mecanismos de defensa son un esfuerzo inconsciente o automático por mantener la estabilidad psicológica ante estresores internos o externos	Cualitativa Nominal	Cuestionario de Estilos de Defensa DSQ-88	De acuerdo con el puntaje del DSQ-88: -Nivel de acción mal adaptativa -Nivel de Imagen distorsión -Nivel de autosacrificio -Nivel adaptativo
Sexo	Fenotipo asociado a caracteres sexuales primarios y secundarios	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica.	-Hombre -Mujer
Edad	Cantidad de tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo, medido en años.	Cuantitativa Discontinua	Ficha sociodemográfica.	18-59 años.
Escolaridad	Nivel máximo de estudios	Cualitativa Nominal	Ficha sociodemográfica	-Primaria -Secundaria -Preparatoria -Licenciatura
Tiempo en Terapia de Grupo	Cantidad de tiempo que el paciente ha asistido a psicoterapia grupal.	Cuantitativa	Ficha sociodemográfica	1- 6 meses 6m – 1a 1a – 2a >2a
Diagnóstico	Proceso en el que se identifica un padecimiento por medio de signos, síntomas y herramientas diagnósticas.	Cualitativa Nominal	SCID-II – Entrevista Auto aplicable	Corroboración diagnóstica de Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad Tipo Límite

**Muestreo:** Se realizó un muestreo no probabilístico e intencional. El grupo fue conformado por pacientes que acuden al modelo integrador de terapia grupal para pacientes con TLP del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

## **Sujetos**

Pacientes que se encuentren en el modelo integrador de terapia grupal en HPFBA, quienes cuenten con el diagnóstico de Trastorno límite de personalidad.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **INCLUSIÓN:**

- Pacientes hombres o mujeres de 18 a 59 años con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.
- Pacientes que se encuentren en el modelo integrador de psicoterapia grupal de consulta externa del HPFBA.
- Pacientes que deseen participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.

#### **EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con criterios de urgencia al momento de la entrevista (ej. ideas de muerte y suicidas, agitación psicomotriz).
- Pacientes que lleven menos de 1 mes en el modelo integrador de psicoterapia grupal de consulta externa del HPFBA.
- Pacientes que no contesten los cuestionarios de manera correcta.
- Pacientes que tengan seguimiento en alguna otra institución fuera del HPFBA.

**Tipo de estudio:** Descriptivo, observacional y transversal.

## INSTRUMENTO

### 1. Defense Style Questionnaire (DSQ-88)

Es un instrumento auto aplicable para el estudio del funcionamiento defensivo a través de sus derivados conscientes (actitudes y conductas), el cual fue elaborado en 1983 por Bond y su grupo de trabajo. Inicialmente el cuestionario era de 97 ítems, después de 88 y finalmente se publicó una versión de 40 ítems. El cuestionario utiliza una escala tipo Likert, indicando en un grado del 1 al 9 la calidad de desaprobación o aprobación de acuerdo con el contenido del ítem, desde “muy de acuerdo” a “muy en desacuerdo”. Además de valorar 4 niveles de estilos de defensa, contiene 10 ítems falsos que no evalúan ningún mecanismo de defensa y se utilizan para valorar veracidad. La calificación más alta indicará que el sujeto utilizaba más esa defensa (esto aplica a cualquier ítem del cuestionario).

#### **FACTOR 1** – Nivel de acción mal adaptativa

- Agresión Pasiva (5 ítems: 2, 22, 39, 45, 54)
- Acting Out (5 ítems: 7, 21, 27, 33, 46)
- Somatización (2 ítems: 28, 62)
- Queja/Rechazo de ayuda (3 ítems: 69, 75, 82)
- Retirada Social (3 ítems: 32, 35, 49)
- Regresión (2 ítems: 9, 67)
- Disociación (3 ítems: 16, 42, 52)

#### **FACTOR 2** – Nivel de imagen distorsión

- Omnipotencia (6 ítems: 11, 18, 23, 24, 30, 37)
- Negación (3 ítems: 16, 42, 52)
- Idealización Primitiva (2 ítems: 51, 58)
- Proyección (9 ítems: 4, 12, 25, 36, 55, 59, 66, 72, 87)
- Escisión (3 ítems: 43, 53, 64)
- Fantasía autística (1 ítem: 40)
- Identificación Proyectiva (1 ítem: 19)

**FACTOR 3 – Nivel de Autosacrificio**

- Anulación / Abstención (3 ítems: 71, 78, 88)
- Aislamiento Afectivo (4 ítems: 70, 76, 77, 83)
- Desplazamiento (2 ítems: 74, 84)
- Inhibición (5 ítems: 10, 17, 29, 41, 50)
- Formación Reactiva (5 ítems: 13, 47, 56, 63, 65)

**FACTOR 4: Nivel adaptativo**

- Supresión (2 ítems: 3, 60)
- Sublimación (1 ítem: 5)
- Humor (3 ítems: 8, 34, 61)
- Afiliación (2 ítems: 80, 86)
- Anticipación (2 ítems: 68, 81)
- Pseudoaltruismo (1 ítem: 1)

**ESCALA FALSA:** 6, 14, 15, 20, 26, 31, 38, 44, 48, 57

De acuerdo con estudios realizados por Bond, et al. (1983) se consideran representativos del estilo de mecanismo de defensa aquellos pacientes que puntúan en los factores 1, 2 y 3 por arriba del 0.5 de la desviación estándar y en el factor 4 por debajo del 0.5 de la desviación estándar. En 1998 Enrique Chávez León llevó a cabo la validación de la escala al español en mexicanos, encontrado una Confiabilidad alfa de Cronbach de 0.9080 con el DSQ-88.

## **2. SCID-II: Entrevista auto aplicable para los trastornos de la personalidad.**

Esta entrevista fue creada en 1987 por Spitzer como complemento del SCID, que es una entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos mentales incluidos en el Eje I. El SCID-II permite hacer el diagnóstico de los trastornos de personalidad descritos en el Eje II. Las preguntas están organizadas por diagnóstico, contiene una parte que se



aplica a través de entrevista clínica y una parte auto aplicable. Cada una de ellas está constituida por 119 reactivos presentados en forma de pregunta acerca del Eje II. Se le entregó al paciente la parte auto aplicable para que marcara los reactivos con los que se identifica, y que corresponden a los criterios del Trastorno Límite de la Personalidad específicamente. Este instrumento se utilizó para corroborar el diagnóstico ya instaurado previamente en nuestra institución, por lo que no fue necesario realizar la escala de forma completa para descartar otros trastornos de personalidad.

### **PROCEDIMIENTO**

Se presentó el protocolo de tesis a los Comités de Ética en Investigación y de Investigación para valorar su viabilidad como proyecto y realizar correcciones pertinentes. Al contar con aprobación de ambos comités se solicitó autorización de los encargados de los distintos servicios necesarios para contactar y abordar a los pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad que se encuentren llevando seguimiento en el modelo de terapia grupal del servicio de Consulta Externa del HPFBA. Antes de aplicar las escalas relevantes a este protocolo, se obtuvo el consentimiento informado del paciente por escrito, se registraron datos sociodemográficos y se le proporcionó al paciente con el Cuestionario de Estilos de Defensa (DSQ-88) y SCID-II, los cuales son auto aplicables, facilitando la recolección de datos. Se aplicaron ambas escalas a 50 pacientes que cumplieron criterios de inclusión para esta investigación. Los recursos humanos que se utilizaron fueron el médico residente sustentante de la tesis, el asesor metodológico y teórico. El estudio se realizó en un aula localizada en el área de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los recursos materiales utilizados fueron bolígrafos y juegos de fotocopias del cuestionario de estilos de defensa (DSQ-88) y SCID-II.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para llevar a cabo este estudio se tomaron en cuenta los principios éticos en todo momento, haciéndose énfasis en la beneficencia, no maleficencia, autonomía y confidencialidad de la participación del paciente en el proyecto. Para valorar la

beneficencia y no maleficencia de la investigación, se sometió al comité de ética del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” para aprobación, buscando ante todo brindar beneficio y respetar los derechos fundamentales del paciente. Se respetó la autonomía del paciente al darle la opción de participar en el estudio después de haberle dado una explicación detallada sobre la aplicación de las escalas y la finalidad del estudio, siendo necesario firmar un documento de consentimiento informado para participar. El manejo de información se realizó acorde a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. La información fue manejada con confidencialidad y se mantuvo el anonimato de los participantes, siendo únicamente para el uso de este proyecto de investigación. La duración de la aplicación de los instrumentos de estudio fue de aproximadamente 40 minutos, no hubo intercambio monetario de ningún tipo durante la participación en el estudio y todos los gastos operacionales para el estudio fueron liquidados por el investigador. No hubo conflicto de intereses en el desarrollo del protocolo. Cabe mencionar que este estudio no brinda un beneficio inmediato al paciente y se considera predominantemente una aportación a la investigación médica. En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, este estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo. Podemos considerar que el riesgo es mínimo si se trata de estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes, entre los cuales se incluyen pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

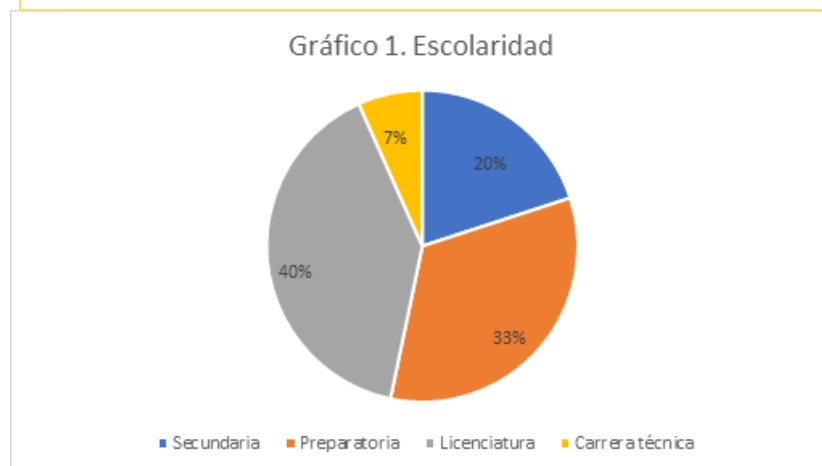
El procesamiento de los datos fue realizado a través del software Microsoft Excel y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Se utilizaron pruebas estadísticas consideradas apropiadas de acuerdo a los niveles de medición de la escala utilizada. Se realizaron tablas y graficas necesarias para la inspección de los datos. Se analizaron las diferencias estadísticamente significativas.

## RESULTADOS

La muestra se encuentra compuesta de 50 pacientes, de los cuales al final de la recolección fueron 45 mujeres (90%) y 5 hombres (5%). La media de edad fue de 34.7 años con una desviación estándar de 10.68. Respecto a la escolaridad, la mayoría de los pacientes habían cursado el nivel licenciatura (18 pacientes), 15 cursaron la preparatoria, 9 la secundaria y 3 la carrera técnica.

Tabla 3. Datos sociodemográficos		
Variable	Media	Desviación estándar
Edad	34.76	10.68

Tabla 4. Datos sociodemográficos		
Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hombre	5	10
Mujer	45	90
Secundaria	9	20
Preparatoria	15	33.3
Licenciatura	18	40
Carrera técnica	3	6.7



El tiempo en terapia fue otra variable que se describió en este análisis, tomando en cuenta, cuatro rangos, el primero fue de 1 a 6 meses, con un porcentaje del 42%, es decir 21 pacientes, el segundo, fue de 6 a 12 meses, correspondiendo al 12%, el tercero fue de 12 a 24 meses, rango en el cual se encontraban 11 pacientes (22%) y finalmente, 12 pacientes, es decir, el 24%, contaban con más de 24 meses en terapia grupal. Tanto la escolaridad, como el tiempo en terapia se encuentran ilustrados en gráficas de pastel para mayor entendimiento.

<b>Tabla 5. Tiempo en Terapia</b>		
<b>Tiempo en terapia</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>1 a 6 meses</b>	21	42
<b>6 a 12 meses</b>	6	12
<b>12 a 24 meses</b>	11	22
<b>Más de 24 meses</b>	12	24



En este estudio se utilizó la parte auto aplicable de un instrumento diagnóstico, el SCID-II, sin aplicar la parte que se lleva a cabo a través de la entrevista clínica. Al valorar los puntajes de la SCID-II auto aplicable, se observó que el 100% de los pacientes que participaron en este estudio obtuvieron un puntaje compatible para el diagnóstico Trastorno Límite de la Personalidad, basados en los criterios clínicos del DSM-IV.

El cuestionario de estilos de defensa de Bond (DSQ-88), se califica de manera cuantitativa, tomando en cuenta como el nivel más bajo, el valor 1, el cual se interpreta como “Muy en desacuerdo” y como el nivel más alto, el valor 9, que se interpreta como “Muy de acuerdo”. Lo que se encontró, es que el mecanismo de defensa con mayor puntaje fue el de retirada, con una media de 6.79 (DE 1.969), seguido del acting out, con una media de 6.75 (DE 1.953) y, en tercer lugar, aislamiento con una media de 5.79 (DE 2.258).

**Tabla 6.- Puntaje medio de los mecanismos de defensa**

Variable	media	Desv. estándar
Supresión	4.22	2.428
Desplazamiento	5.56	1.955
Anticipación	5.36	1.911
Sublimación	5.32	2.845
Humor	5.26	2.377
Formación reactiva	4.48	2.138
Anulación	5.35	2.316
Inhibición	4.11	0.741
Retirada	6.79	1.969
Idealización	4.40	2.258
Pseudoaltruismo	5.08	2.601
Proyección	3.72	1.314
Agresión pasiva	4.69	1.961
Acting out	6.75	1.953
Omnipotencia	3.94	1.688
Queja	4.40	1.990
Fantasía	5.42	2.976
Aislamiento	5.79	2.258
Escisión	5.42	1.666
Ident. Proyectiva	3.72	2.579
Regresión	5.08	1.679
Somatización	5.32	2.327
Negación	4.68	1.964
Afiliación	4.50	2.649
Disociación	5.23	1.656

Los tres mecanismos de defensa menos puntuados fueron en antepenúltimo lugar, el de omnipotencia con una media de 3.94 (DE 1.688). Tanto la proyección, como la identidad proyectiva, puntuaron en 3.72, siendo ambas, los mecanismos de defensa menos puntuados, con una desviación estándar de 1.314 y 2.579 respectivamente. Se anexa gráfico de barras para ilustrar la distribución de las medias de puntaje en los 25 mecanismos de defensa.



Al analizar las medias de los 25 mecanismos de defensa en las cuatro categorías de: Adaptativos, auto sacrificio, imagen/distorsión y mal adaptativos, podemos observar que en general, los pacientes puntuaron más alto en el grupo de mal adaptativos, con una media de 5.46 (DE 0.945), seguido de los correspondientes al auto sacrificio, con una media de 5.05 (DE 0.725), en tercer lugar, los de adaptativos, media de 4.95 (DE 0.480) y en cuarto lugar los de imagen distorsión, media de 4.47 (DE 0.737).

<b>Tabla 7. Tipos de mecanismos de defensa</b>			
<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>media</b>	<b>Desv. estándar</b>
<b>Adaptativos</b>	6	4.95	0.480
<b>Autosacrificio</b>	5	5.05	0.725
<b>Imagen distorsión</b>	7	4.47	0.737
<b>Mal adaptativos</b>	7	5.46	0.945

Se realizaron pruebas de chi-cuadrado para determinar si había una diferencia entre los tipos de mecanismos de defensa más frecuentes en pacientes que llevaban acudiendo menos de 6 meses a terapia grupal, en comparación con quienes llevaban acudiendo más de dos años. Fueron 33 pacientes de la muestra los que se tomaron en cuenta para este análisis. En los mecanismos de defensa de tipo mal adaptativos, autosacrificio,

imagen-distorsión se obtuvo un puntaje de ,278 de significación asintótica, con lo cual determinamos que no se encontró una diferencia significativa en relación a los mecanismos empleados y el tiempo que han acudido a terapia.

<b>Tabla 8. Pruebas de chi-cuadrado: Tipos de mecanismos de defensa (n=33)</b>			
	Valor	gl	Significación asintótica
<b>Chi-cuadrado de Pearson de mecanismos maladaptativos</b>	33,000	29	,278
<b>Razón de verosimilitud</b>	43,262	29	,043
<b>Chi-cuadrado de Pearson de mecanismos de autosacrificio</b>	33,000	29	,278
<b>Razón de verosimilitud</b>	43,262	29	,043
<b>Chi-cuadrado de Pearson mecanismos de imagen-distorsión</b>	33,000	29	,278
<b>Razón de verosimilitud</b>	43,262	29	,043
<b>Chi-cuadrado de Pearson de mecanismos adaptativos</b>	30,839	28	,324
<b>Razón de verosimilitud</b>	40,489	28	,060

## DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue el abordar el fenómeno psicopatológico de los Mecanismos de Defensa en pacientes con Trastorno Límite de Personalidad, con enfoque en aquellos pacientes que acuden al modelo integrador de terapia grupal del HPFBA. Los mecanismos de defensa se dividen en cuatro grupos de acuerdo con el instrumento utilizado, siendo éstos los mecanismos adaptativos, de imagen-distorsión, de auto sacrificio y mal adaptativos.

Dentro de los hallazgos más relevantes del presente estudio resalta la frecuencia de los mecanismos mal adaptativos, la cual se encuentra elevada respecto a los otros grupos de mecanismos de defensa, con lo que se cumple la hipótesis propuesta para el presente estudio. Al analizar cada mecanismo de defensa de manera individual, destaca el mecanismo de 'retirada' como el más frecuente, mecanismo que implica el removerse de una situación o estresor que genere ansiedad reactiva. El segundo mecanismo de defensa más frecuente fue el de 'acting out', el cual se encuentra relacionado estrechamente con la impulsividad que caracteriza al trastorno límite, donde la fantasía inconsciente es exteriorizada impulsivamente en la conducta. Ambos de estos mecanismos de defensa pertenecen a la categoría de mecanismos mal adaptativos.

Los siguientes mecanismos de defensa más frecuentes que se encontraron en este estudio fueron, en orden descendente, aislamiento afectivo, desplazamiento (ambos perteneciendo al nivel defensivo de auto sacrificio), fantasía y escisión (nivel de imagen/distorsión). En este estudio, el nivel de imagen/distorsión de mecanismos de defensa obtuvo un puntaje menor comparado a los otros niveles y, aunque no sea de manera significativa, llama la atención debido a que contradice la literatura, donde se considera este grupo de mecanismos característicos para el paciente con TLP (26). Al analizarse estos resultados es importante hacer hincapié en que los mecanismos de defensa son inconscientes por naturaleza, por lo que, al momento de contestar el DSQ-88 puede haber sesgos relacionadas a la poca consciencia de enfermedad y de *insight*. Los mecanismos pueden observarse directamente ya sea en el contenido del discurso del paciente (contradicciones, adjetivos muy positivos hacia el terapeuta, o muy negativos) como en el comportamiento (reacciones de angustia, muestras de desprecio, provocación, exigencias de atención y afecto), por lo que es importante conocer los mecanismos de defensa y saber integrarlos sin necesidad de que se refiera directamente por el paciente. (22)

No se encontró diferencia significativa entre los mecanismos de defensa más utilizados en los pacientes que llevaban menos de 6 meses acudiendo y los que habían acudido por más de dos años. En los resultados del estudio realizado por Perry, se reporta que los sujetos con trastornos de la personalidad utilizan todas las defensas, aunque principalmente recurren a las defensas de bajo nivel; es decir, las defensas primitivas (o maladaptativas) y de imagen/distorsión (23). Situándonos en una perspectiva psicoanalítica clásica, el autor Otto Kernberg (1975, 1984), consideraba a los mecanismos de defensa uno de los puntos clave para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad. Para él, la escisión y sus mecanismos asociados, como la idealización, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación, protegen al paciente límite del conflicto intrapsíquico, cuyo núcleo se trata de un defecto de base del sentido del 'Self'(22).

Respecto a los datos sociodemográficos de los participantes del presente estudio, se encontró que el 90% de la muestra pertenecía al sexo femenino, lo cual se asemeja a la



epidemiología del Trastorno Límite de la personalidad reportada a nivel mundial. La edad promedio en el estudio fue de 35 años, semejante a la reportada en una revisión sistemática realizada por Rebecca Meaney et al. en 2016 (24).

Se encontró que la mayoría cuenta con una escolaridad superior al bachillerato, similar a lo reportado por Franco Mosqueda en 2021 y por Cruz Romero en 2013, lo que corrobora que el promedio de estudios en pacientes con TLP del HPFBA ha permanecido sin cambios (25). Respecto al tiempo en terapia de grupo y los mecanismos de defensa más comunes en cada grupo, no encontramos una diferencia estadísticamente significativa entre los mecanismos utilizados en los que llevaban menor a 6 meses en terapia y los pacientes que llevaban acudiendo más a dos años.

## **LIMITANTES**

El presente estudio presentó limitantes derivadas de la situación actual secundaria a la pandemia por COVID-19, lo que ha reducido el tamaño de los grupos presenciales desde el 2019, y consecuentemente ha reducido el tamaño de la muestra. Actualmente se cuenta con 8 “micro grupos” presenciales conformados por 4-9 miembros, contando con 60 pacientes en total que acuden al modelo integrador de terapia grupal. Se invitaron a todos los grupos a participar en el estudio, de los cuales aceptaron participar 50, mientras que los 10 restantes no participaron por diversos motivos (inasistencia a sesiones, errores al llenar escalas, declinar participar de manera voluntaria). Se considera como una posible limitación, que los pacientes fueron evaluados clínicamente en solo una ocasión y las Exploraciones fueron realizadas únicamente por el investigador.

## **CONCLUSIÓN**

Una de las motivaciones principales del estudio, fue conocer el estilo defensivo en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite, ya que no se encontraron trabajos al respecto de los mecanismos de defensa más frecuentes en pacientes con Trastornos de Personalidad, donde se sabe que el nivel defensivo impacta la calidad de vida, e incluso la funcionalidad, del paciente.

Para esta investigación se cumplió el objetivo general de determinar los mecanismos de defensa utilizados de manera más frecuente en pacientes que pertenecen al modelo integrador de terapia grupal para Trastorno Límite de la Personalidad, así como el estilo de defensa más frecuente. En esta investigación los pacientes estudiados reportaron mayor uso de niveles mal adaptativos de mecanismos de defensa, lo cual resulta de interés ya que podríamos cuestionarnos si la disfunción que este tipo de pacientes llegan a presentar, se relaciona más con el Nivel Defensivo en la estructura de personalidad, y no tanto con la presencia de un trastorno psiquiátrico comórbido, como lo sería un trastorno depresivo o de ansiedad.

Es conocido que los trastornos de personalidad en general son predictores fuertes de respuesta a tratamiento, mayor riesgo de conducta suicida, y conlleva costos para su atención psiquiátrica. Además, se ha considerado que los mecanismos de defensa mal adaptativos son predictores de pobre calidad de vida, presencia de psicopatología y mala salud en general. Con los resultados de esta investigación, podemos concluir de manera general, que, los pacientes con Trastorno límite de la personalidad presentan uso más frecuente de mecanismos mal adaptativos y de auto sacrificio, lo cual, al contar con ésta información, da la oportunidad para ofrecer un mayor abordaje terapéutico con un enfoque hacia dichos mecanismos. Mientras destacan los mecanismos de defensa ya comentados, al analizar el resto de los mecanismos descritos en la Tabla 6 y gráfico 3, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el resto de los mecanismos, obteniendo puntajes similares para mecanismos pertenecientes a los 4 tipos de niveles defensivos.

El psicoanalista Barale compara la condición límite con un prisma que gira, y que girando expone sus diferentes caras a la luz, reflejando continuamente diferentes partes del *Self* y del objeto, aspectos buenos y malos, de forma mutable y contradictoria (26). Debido a lo anterior, determinar con precisión el uso de mecanismo de defensas resulta complejo, sin embargo, al concluir el presente estudio, podemos ver la importancia de integrar a los estilos defensivos de cada paciente, en función de ofrecer un abordaje para incidir en

mecanismos mal adaptativos que generan conductas auto destructivas, así como fomentarse el uso de mecanismos adaptativos y el desarrollo de herramientas para lograr afrontar estresores de van desde los cotidianos, a los vitales. Además, este estudio descriptivo abre la puerta para que se continúe esta línea de investigación, siendo una posibilidad estudiarse los mecanismos de defensa comparados con paciente sin trastorno de personalidad, o un trastorno de personalidad distinto, y así hacer la comparación con el estudio actual.

## Referencias

1. Carvalho L, Reis A, Pianowski G. Investigating Correlations between Defense Mechanisms and Pathological Personality Characteristics. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed)*. 2019;48(4):232-243.
2. Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol J. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*. 2013;27(2):171-174.
3. Cortés C. ¿Quién es el paciente limítrofe? [Internet]. *Revistasaludmental.mx*. 2021 [cited 28 September 2021]. Available from: [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/802](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/802)
4. Bowins B. Psychological Defense Mechanisms: A New Perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*. 2004;64(1):1-26.
5. Cramer P. Understanding Defense Mechanisms. *Psychodynamic Psychiatry*. 2015;43(4):523-552.
6. Escudero Monteverde, R. Mecanismos de Defensa y Perfil de Discapacidad en pacientes con el diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor con Trastorno Límite de Personalidad comparados con pacientes con Episodio Depresivo Mayor sin Trastorno Límite de personalidad. *Especialidad en Psiquiatría*. Universidad Nacional Autónoma de México. 2015. <http://132.248.9.195/ptd2015/agosto/0733539/Index.html>

7. Boland, R., Verduin, M., Ruiz, P., & Sadock, B. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th ed., p. 742.p). Lippincott, Williams&Wilkins. 2015.
8. Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol J. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*. 2013;27(2):171-174.
9. Fariba K, Gupta V, Kass E. Personality Disorder [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [cited 28 September 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556058/>
10. American Psychiatric Association - APA. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2014.
11. Javier Espinosa J, Blum Grynberg B, Romero Mendoza M. [Internet]. 2021 [cited 28 September 2021]. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000400007&lng=es&tlng=es).
12. Tyrer P, Reed G, Crawford M. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*. 2015;385(9969):717-726.
13. Steele K, Townsend M, Grenyer B. Parenting, and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLOS ONE*. 2019;14(10): e0223038.
14. Chapman J, Jamil R, Fleisher C. Borderline Personality Disorder [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2021 [cited 28 September 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430883/>
15. Cramer P. Personality, Personality Disorders, and Defense Mechanisms. *Journal of Personality*. 1999;67(3):535-554.
16. Bozzatello P, Bellino S. Combined therapy with interpersonal psychotherapy adapted for borderline personality disorder: A two-years follow-up. *Psychiatry Research*. 2016;240:151-156.
17. Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad [Internet]. Scielo.isciii.es. 2021 [cited 28 September 2021]. Available from:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352011000400020&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000400020&lng=es&tlng=es).

18. Meditor. *CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid. 1992.
19. Carrera B, Vera P, Garza G. Calidad de vida y ajuste socioemocional en pacientes con trastorno límite de personalidad en el modelo integrador de terapia grupal de dos años del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tesis para obtener el grado de especialista en Psiquiatría. UNAM. 2019.
20. Perry J, Bond M. Change in Defense Mechanisms During Long-Term Dynamic Psychotherapy and Five-Year Outcome. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(9):916-925.
21. Gabbard, G. *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2002.
22. Fernandez Guerrero J. Mecanismos de defensa en el trastorno límite de la personalidad [Internet]. *Trastornolimito.com*. 2022 [cited 4 May 2022]. Available from: <https://www.trastornolimito.com/tlp/mecanismos-de-defensa-en-el-trastorno-limite-de-la-personalidad>
23. López Ramírez María Elena, Chávez León Enrique. Relación de Mecanismos de Defensa y Trastornos de la Personalidad. *Rev Latinoam Psiquiatría*. 2012.
24. Meaney R., Hasking, Andrea Reupert. Prevalence of Borderline Personality Disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression, Australia. 2016
25. Franco Mozqueda, Yudilia. Cohesión y adaptabilidad familiar en pacientes con trastorno límite de personalidad del psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez / tesis que para obtener el grado de Especialista en Medicina (Psiquiatría), Universidad Nacional Autónoma de México. 2015.
26. S. Cosentino, E. Arias y C. Pérez—El trastorno límite de personalidad en psicoanálisis. *Temas de Psicoanálisis*. (2007).









## ANEXO B: SCID-II (Trastorno Límite de la Personalidad)

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

**1 = ausente o falsa      2 = subumbral      3 = umbral o verdadera**

Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.	1. Ud. ha dicho que se ha puesto furioso [ <i>¿se ha puesto furioso?</i> ] con frecuencia cuando ha creído que alguien que realmente quería iba a abandonarle.
Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	2. Ud. ha dicho que las relaciones con las personas que verdaderamente quiere tienen [ <i>las relaciones con las personas que quiere tienen?</i> ] muchos altibajos extremos.
Autoimagen o sentido de sí mismo acusados y persistentemente inestables.	3. Ud. ha dicho que cambia de repente [ <i>¿Cambia de repente?</i> ] su sentido de quien es usted o hacia dónde va.
	4. Ud. ha dicho que su sentido de quién es a menudo cambia drásticamente. [ <i>¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?</i> ]
	5. Ud. ha dicho que se han producido [ <i>¿Se han producido?</i> ] muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.
	6. Ud. ha dicho que es [ <i>¿Es Ud.?</i> ] diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad.
Impulsividad en al menos dos áreas (gastos, sexo, abuso de sustancias, conducta temeraria, atracones de comida)	7. Ud. Ha dicho que a menudo ha hecho [ <i>¿ha hecho a menudo?</i> ] cosas impulsivamente. ¿Qué tipo de cosas?
Comportamiento, intento o amenazas suicidas recurrentes, automutilación.	8. Ud. Ha dicho que ha tratado [ <i>¿Ha tratado de?</i> ] hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo.
	9. Ud. ha dicho que alguna vez [ <i>¿Alguna vez?</i> ] se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito.
Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo.	10. Ud. ha dicho que experimenta [ <i>¿Experimenta Ud.?</i> ] muchos cambios repentinos de estado de ánimo.

Sentimientos crónicos de vacío	11. Ud. ha dicho que con frecuencia se siente [ <i>¿Se siente con frecuencia?</i> ] vacío por dentro.
Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlar la ira.	12. Ud. ha dicho que tiene [ <i>¿Tiene Ud.?</i> ] a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control.
	13. Ud. ha dicho que, cuando se enfada, golpea [ <i>¿Cuándo se enfada, golpea Ud.?</i> ] a las personas o arroja objetos.
	14. Ud. ha dicho que se pone muy furioso [ <i>¿Se pone muy furioso?</i> ] incluso por cosas sin importancia.
Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.	15. Ud. ha dicho que, cuando se halla bajo una gran tensión, se vuelve suspicaz [ <i>Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz?</i> ] con otras personas o se siente especialmente distante y ausente.

**Al menos 5 ítems codificados con un <<3>> confirma el diagnóstico de TLP.**

## ANEXO C. Cartas de Consentimiento Informado.

### HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del 20\_\_.

Protocolo: FRECUENCIA DE MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

Registrado ante el Comité de Investigación con número: 906

**Nombre del investigador principal:** Dra. Laura Denisse Fimbres Pompa

**Dirección del sitio de investigación:** Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esquina San Buenaventura, Calle Niño de Jesús No. 2, Tlalpan, colonia y Alcaldía Tlalpan  
De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: \_\_\_\_\_ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación con el fin de evaluar la existencia de
- II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista y un cuestionario autoaplicado.
- III. Se me explicó que los instrumentos de prueba son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.
- IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar información acerca de mi salud durante el estudio.
- V. Los resultados de dichas pruebas ayudarán a determinar si cuento con síntomas y que los resultados se utilizarán con fines estadísticos.
- VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.
- VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado:

Firma de Consentimiento/Asentimiento

Firma de quien Explicó el Procedimiento

Testigo

Testigo

## *Carta de autorización al Jefe del Servicio*

Ciudad de México a 01 de marzo del 2022.

Dr. (a) **Francisco Muñoz**  
Presente

Con el presente solicito a usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado: "FRECUENCIA DE MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

Durante un período de 3 meses a partir del primero de marzo del 2022, el cual se evaluará con entrevista psiquiátricas y realización de las escalas autoaplicables SCID-II y DSQ-88.

Agradeciendo de antemano la atención a la presente.

**A t e n t a m e n t e**

**(Nombre y firma del Residente)**

## **ANEXO D. Cartas de Solicitud**

Ciudad de México a 20 de julio del 2021

### **DR. HECTOR CABELLO RANGEL**

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN  
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN  
PRESENTE

Con el presente me dirijo a usted para informarle que **acepto** fungir como **Asesor de Tesis** de **Laura Denisse Fimbres Pompa**, Médico Residente de tercer año, de la Especialidad en Psiquiatría, comprometiéndome a:

- **Orientar al residente para la estructura el protocolo que desarrollara y la elección del tema de este**
- **Informar avance y seguimiento de la investigación**
- **Dar asesoramiento y supervisar la tesis hasta que este haga su titulación**

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo

**ATENTAMENTE**

**Dr. Pablo Vera Flores**

## CARTA DE SOLICITUD A LA DIRECTORA DEL HOSPITAL

Ciudad de México a 1 de enero del 2022

**Dra. Osiris Pasaran Galicia**

### **P R E S E N T E**

Con el presente solicito de usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado "FRECUENCIA DE MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

Durante un periodo de **6 meses** a partir del **1ero de enero del 2022 al 31 de mayo del 2022**. En el cual se aplicará el instrumento SCID-II y DSQ-88 a pacientes que acuden al modelo integrador de terapia de grupo para pacientes con Trastorno Límite de la personalidad.

Agradeciendo de antemano la atención presente

**A T E N T A M E N T E**

**Dra. Laura Denisse Fimbres Pompa**

## CARTA DE SOLICITUD AL JEFE DE INVESTIGACION, ENSEÑANZA Y CAPACITACION

Ciudad de México a 1 de enero del 2022

**DR. RICARDO MORA DURAN**

**P R E S E N T E**

Con el presente solicito de usted, autorización para llevar a cabo el protocolo de investigación titulado "FRECUENCIA DE MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES CON TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD QUE ACUDEN AL MODELO INTEGRADOR DE TERAPIA GRUPAL DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ".

Durante un periodo de **6 meses** a partir del **1ero de enero del 2022 al 31 de mayo del 2022**. En el cual se aplicará el instrumento SCID-II y DSQ-88 a pacientes que acuden al modelo integrador de terapia de grupo para pacientes con Trastorno Límite de la personalidad  
Agradeciendo de antemano la atención presente

**A T E N T A M E N T E**

**Dra. Laura Denisse Fimbres Pompa**