

# **APEGO AL TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO GRUPAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. ESTUDIO PILOTO EN PACIENTES DE 18 A 24 AÑOS**

Marcela Biagini Alarcón\*, Mario Torruco Salcedo\*\*, Belinda Carrasco Fernández\*

## **SUMMARY**

The treatment of election for patients with Borderline Personality Disorder (BPD), consists on the combination of psychotherapy and pharmacotherapy. Concerning a psychoanalytic and individual focus, there has been found, that in spite of the differences in orientations and the therapists experience, the manifestations of the disorder tend to decrease. First of all, a decrease in the impulsivity and an increase in the affective stability is seen, whether the identity alterations modify poorly with treatments of a duration of up to two years.

Traditionally, patients with BPD have not been considered apt for group therapy, because their disruptive behavior interferes with the development of the group cohesion; however, this characteristics are the ones that can be rapidly treated in the group, when putting a slight pressure on the patient so he can modify this maladaptive behavior.

The objectives of group therapy, are consistent with the ones in individual therapy. They include stability for patients, management of impulsivity and other symptoms, and management of the reactions in the transference and countertransference. The presence of other patients helps to establish limits between the participants and it also generates an altruistic interaction, in which they can consolidate their changes in the process of helping others.

Group therapists suggest that individual therapy can be accelerated if the patient participates in the group in which the primitive fantasies are stimulated and where the group structure provides a support that helps personal growth.

One of the most difficult tasks in any therapy is the desertion of the patients. Specially, the group is vulnerable to desertion, in its initial stage, since it has been recorded that there is a 13 to 63% of desertions.

The purpose of the present study was to determine the psychological and psychopathological variables in patients with BPD, that influence the compliance in a group therapy.

All the candidates in this investigation were patients with a probable diagnose of BPD, that had been sent to the Psychotherapy Department of National Institute of Psychiatry, aged between 18 to 24 years. This diagnose was corroborated with the SCID II.

A descriptive study was made with the characteristics of the patients in some different areas: character and temperament, self esteem, quality of life, psychosocial functioning, interpersonal problems, ego strength, and psychiatric symptoms.

A total of 24 weekly sessions with a duration of an hour and a half, were conducted under the direction of two psychotherapists and a non active observer.

A Spearman correlation was used to correlate the psychological variables with the number of assisted sessions. We included 16 female patients, with an age mean of 20.43 years; the mean of assistance to the group was of 4.5 sessions.

None of the subjects assisted to all the 24 sessions and 56% of the patients deserted the group as well as the pharmacological treatment.

The findings of the correlations between the number of assisted sessions and the psychological variables, suggested first of all, a positive relation between the persistence scale of the ITC and a negative association with the subscales 1 (preoccupation vs optimism) and 4 (fatigability vs energy).

Other findings suggested negative correlations between the psychosis scale of the SCL 90 and the evitative scale.

The rest of the scales did not have a significant correlation with the number of assisted sessions.

The items mentioned during the sessions by the patients consisted in the extreme dependency to the external criticism, that came from significative figures. The patients also talked about some of the common symptoms of BPD, like frustration, intolerance, suicide, lack of affective stability, self mutilations, rage, ambivalence, poor self concept, feelings of inferiority, and low self esteem.

The percentage of desertion in this study was a lot higher than expected, assuming that in a regular group basis, there is 30% to 40% of desertion. It also came to our attention, that groupal phenomena, were not observed. Specially identifications and groupal cohesion, were not developed in this case.

The patients collaborated exclusively with the therapists; they did not give any devolutions to other patients. They all waited for their turn, changing the theme, in a way that satisfied their own conflicts.

\*División de Servicios Clínicos, Departamento de Psicoterapia, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calz. México-Xochimilco 101, col San Lorenzo-Huipulco, Tlalpan, 14370, México, D.F.

\*\*Psiquiatra. Alumno del Programa de Investigaciones Relacionadas con Sustancias, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Recibido primera versión: 31 de octubre de 2003. Segunda versión: 9 de junio de 2004. Aceptado: 13 de agosto de 2004.

The universality of the experience phenomenon was not seen, since the patients, did not feel that the others had the same problems, conflicts emotions or ideas, feeling supported or relieved by it.

In conclusion, the patients with BPD, in our institution have a bad compliance in a group therapy, in which only personality disorders are admitted.

These patients did not blend within the environment, because the groupal phenomena that produce the changes were not seen at all. This is probably associated with the intrinsic characteristics of the disorder, and this is why the probable changes in the patients should be evaluated and this technique questioned, as a reliable treatment method for personality disorders. A comparison of this technique with others, such as individual therapy and the combination of both, should be also considered.

The Psychobiologic model of Cloninger, used in other investigations to predict the efficacy of pharmacotherapy, can be used to make a prediction of the compliance of BPD with groupal therapy. This data should be considered in the previous evaluation of the patients, with the goal of establishing different strategies, and an adequate treatment, for subjects with these characteristics.

**Key words:** Borderline Personality Disorder, groupal psychotherapy, young patients, desertion, compliance with the treatment.

## RESUMEN

El tratamiento de elección para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la psicoterapia, complementada con farmacoterapia. Utilizando un encuadre psicoanalítico e individual se ha encontrado que, a pesar de las diferencias en la orientación teórica y en los niveles de experiencia de los terapeutas, las manifestaciones del trastorno disminuyen y que esta disminución sigue un patrón de cambios en el que primero disminuye la impulsividad y luego la inestabilidad afectiva, mientras que la alteración de la identidad se modifica muy poco con los tratamientos hasta de dos años de duración.

Tradicionalmente los pacientes con TLP no han sido considerados aptos para terapia de grupo ya que sus conductas disruptivas tienden a interferir con el desarrollo de la cohesión grupal; sin embargo, estas mismas características son las que pueden abordarse rápidamente en un grupo cuando éste ejerce una leve presión sobre el paciente para que reduzca estas conductas mal adaptativas.

Los objetivos de la psicoterapia de grupo son congruentes con la terapia individual e incluyen la estabilidad de los pacientes, manejo de la impulsividad y otros síntomas, y el examen y manejo de las reacciones de transferencia y contratransferencia; además, la presencia de otros sujetos brinda ocasión para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción altruista, con lo cual pueden consolidar sus ganancias en el proceso de ayudar a otros.

Los terapeutas de grupo y los analistas, sugieren que el proceso de la terapia individual con frecuencia se puede acelerar si el paciente participa, concurrentemente, en una terapia de grupo en donde las fantasías primitivas son estimuladas y en donde la estructura del grupo provee retroalimentación y apoyo y lo encamina hacia un crecimiento personal.

Uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción; en la terapia de grupo se

ha detectado que la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono oscila entre 13% y 63%.

El objetivo del presente estudio fue determinar las características psicológicas y psicopatológicas de los pacientes con TLP, que influyen en su apego a un grupo psicoterapéutico.

El grupo se conformó sólo con pacientes con diagnóstico de TLP, referidos al Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría y que tuvieran entre 18 y 24 años de edad. El diagnóstico fue corroborado por medio de la Entrevista Clínica Estructurada para el Diagnóstico de Trastornos de la Personalidad del DSM-IV (SCID-II).

Se realizó un estudio descriptivo de las características de los sujetos participantes en diferentes áreas psicológicas: temperamento y carácter, autoestima, calidad de vida, funcionamiento psicosocial, problemas interpersonales, fuerza y/o sintomatología psiquiátrica.

Se realizaron sesiones semanales, 24 en total, con duración de hora y media cada una, dirigidas por dos co-terapeutas y un observador participante.

Se utilizó la correlación de rangos de Spearman para correlacionar las variables psicológicas con el número de sesiones a las que los pacientes asistieron.

Se incluyeron en el estudio 16 pacientes de sexo femenino, ya que no se presentaron pacientes varones, las cuales contaban con una edad promedio de 20.43 años; el promedio de asistencia al grupo fue de 4.5 sesiones. Ninguna paciente acudió a todas.

De las pacientes, 56% además de abandonar el grupo psicoterapéutico desertó del tratamiento farmacológico.

Al realizar la correlación entre el número de sesiones a las que acudieron las pacientes y los puntajes en las distintas escalas, se encontró que hubo una correlación positiva con la dimensión de Persistencia del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC) de Cloninger, y asociaciones negativas con las subescalas 1 (preocupación anticipada vs optimismo) y 4 (fatigabilidad y astenia vs vigor) de la dimensión de Evitación del Daño de la misma escala. Además se observaron algunas tendencias negativas con la subescala de psicosis del SCL-90; el resto de las escalas no tuvo una correlación estadísticamente significativa con el número de sesiones a las que acudieron las pacientes.

Los temas más frecuentes en las sesiones se relacionaron con la dependencia de las pacientes a los comentarios externos, principalmente los que provenían de figuras importantes como padres, familiares o pareja.

También encontramos frecuentemente, relatos acerca de los rasgos propios de las pacientes limítrofes, tales como poca tolerancia a la frustración, autolesiones, ideas de muerte, intentos suicidas, inestabilidad afectiva, impulsividad, ambivalencia, ira inapropiada, pobre autoconcepto con sentimientos de inadecuación o inferioridad, baja autoestima.

Otro tema recurrente fueron los problemas interpersonales, principalmente con la madre, los familiares y la pareja.

El porcentaje de deserción fue mucho mayor al esperado en un grupo regular, que varía entre 30% y 40%, y llamó la atención que no se observaran los fenómenos grupales característicos de un grupo psicoterapéutico. Básicamente, se observó que no se desarrollaron los fenómenos de identificación y cohesión grupal.

Las pacientes interactuaban casi exclusivamente con los terapeutas, sin hacer devoluciones a sus compañeras, todas esperaban su turno para hablar y cambiaban el tema desarrollado por otra participante, de acuerdo con sus propios intereses.

No se observó el fenómeno de universalidad de la experiencia, esto es, las pacientes no sintieron que compartían conflictos, ideas y/o emociones con sus compañeras, sintiéndose apoyadas y aliviadas por ello.

De acuerdo con lo observado en este estudio se concluye que las pacientes limítrofes de nuestro instituto tienen un mal apego a la psicoterapia grupal en la que se incluyen únicamente sujetos con este trastorno de la personalidad. Además, no se desenvuelven adecuadamente dentro de este ambiente, pues los fenómenos grupales que se supone propician mayores cambios no se presentaron. Esto probablemente se vio asociado con la caracterología propia de las pacientes limítrofes, por lo cual deberán evaluarse los cambios ocurridos en los sujetos y la eficacia de este tipo de intervención, así como los parámetros de costo-beneficio comparándola con otras técnicas como terapia individual o una combinación de ambos encuadres.

El modelo psicobiológico de Cloninger, utilizado en otros estudios para predecir el resultado de la farmacoterapia, podría emplearse en pacientes con TLP para predecir el apego que tendrán a una terapia grupal. Estos datos deberían ser considerados en la evaluación previa de los mismos para indicar el tratamiento más adecuado y para concentrar un mayor esfuerzo, o emplear estrategias diferentes, en los sujetos con ciertas características temperamentales.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de la Personalidad, terapia grupal, pacientes jóvenes, deserción, apego al tratamiento.

## I. ANTECEDENTES

El tratamiento de elección para los pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es la psicoterapia, complementada con farmacoterapia dirigida específicamente a cada síntoma (APA, 2001). Los componentes del tratamiento psiquiátrico de los pacientes limítrofes incluyen responder a las crisis y vigilar la seguridad del paciente, establecer y mantener una red y alianza terapéutica, proveer educación acerca del TLP y su tratamiento, coordinando las acciones establecidas por los distintos miembros del equipo de salud, monitoreando el progreso y evaluando la efectividad del plan terapéutico (APA, 2001).

Utilizando un encuadre psicoanalítico e individual, se ha encontrado que a pesar de las diferencias en la orientación teórica y en los niveles de experiencia de los terapeutas, las manifestaciones del trastorno disminuyen, y que esta disminución sigue un patrón de cambios en el que primero disminuye la impulsividad, a los 3 o 4 meses; luego la inestabilidad afectiva, alrededor de los seis meses, mientras que la alteración de la identidad se modifica muy poco con los tratamientos hasta de dos años de duración (Cuevas y cols., 2000).

En otros estudios, con el mismo encuadre psicoanalítico, al recurrir a la hospitalización parcial durante 18 meses, en la que se proporcionó psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodrama y reuniones

comunitarias, todas con un enfoque psicoanalítico, se observó una mejoría en los síntomas depresivos, un decremento de los actos de automutilación y suicidas, disminución de los días de estancia intrahospitalaria y un mejor funcionamiento social, resultados que comienzan a los seis meses de tratamiento y persisten aún después de 18 meses de seguimiento (Bateman y Fonagy, 1999; Bateman y Fonagy, 2001).

Tradicionalmente los pacientes con TLP no han sido considerados aptos para recibir terapia de grupo, ya que sus conductas disruptivas tienden a interferir con el desarrollo de la cohesión grupal. Sus demandas de atención exclusiva, sus tendencias paranoides, su solicitud constante de reafirmación de autoestima, así como su bajo nivel general de logros personales pueden tomarse como contraindicaciones (Horwitz, 1987). Sin embargo, estas mismas características son las que pueden abordarse rápidamente en un grupo, cuando éste ejerce leve presión sobre el paciente para que reduzca estas conductas maladaptativas (Higitt y Fonagy, 1992).

La primera investigación donde se expuso un tratamiento grupal de enfoque psicodinámico fue presentada por Shaskan en 1957. Allí demostró que en el contexto grupal, a diferencia de la psicoterapia individual, en la cual las introyecciones son lentamente traídas a la conciencia, en el grupo, cada miembro o las características de cada miembro, llegan a ser las introyecciones proyectadas, y las comunicaciones verbales serán simbólicamente dirigidas al padre, madre, hermana, hermano o amante del paciente (Roller y Nelson, 1999).

Los objetivos de la psicoterapia de grupo son congruentes con los de la psicoterapia individual e incluyen la estabilización de los pacientes, el tratamiento de la impulsividad y otros síntomas, y el examen y tratamiento de las reacciones de transferencia y de contratransferencia. El grupo provee oportunidades especiales para el suministro de apoyo social adicional, aprendizaje interpersonal y difusión de la intensidad de la transferencia a través de la interacción con otros miembros del grupo y del terapeuta. Además, la presencia de otros sujetos brinda ocasiones para que los mismos pacientes establezcan límites y para la interacción altruista en la cual puedan consolidar sus ganancias en el proceso de ayudar a otros (APA, 2001). Los pacientes limítrofes ven en el grupo una oportunidad de ser amados y apoyados al mismo tiempo que perciben a los miembros del mismo como amenazantes. La identificación proyectiva es una defensa comúnmente observada en los grupos, donde partes del *self* y del objeto que son escindidas, son proyectadas en otros miembros, y éstos, a su vez identificados, actúan al servicio de las partes proyectadas; de esta manera, se da una confusión de los límites del Yo entre el *self* y los objetos.

“Los terapeutas de grupo y los analistas sugieren que el proceso de la terapia individual con frecuencia se puede acelerar si el paciente participa, concurrentemente, en una terapia de grupo donde las fantasías primitivas son estimuladas y donde la estructura del grupo provee retroalimentación y apoyo y lo encamina hacia un crecimiento personal” (Higgitt y Fonagy, 1992). Macaskill (1980 y 1982) exploró cómo funciona el proceso terapéutico en la terapia de grupo: pidió a los pacientes que respondieran el cuestionario de Yalom (1986) sobre los factores terapéuticos, y encontró que la autocomprensión y el altruismo fueron los aspectos más valorados en los procesos grupales para los pacientes límites.

En otra investigación, Wilberg y cols. (1998), hicieron un seguimiento naturalístico de dos cohortes de pacientes con TLP después de su egreso de una hospitalización de día. Una de ellas recibió psicoterapia de grupo externa, y en ésta se observó un mejor índice de salud global, una menor severidad de los síntomas, menores calificaciones en el SCL-90 y la Escala de Calificación Salud-Enfermedad, menos intentos de suicidio y menos abuso de sustancias. Por otro lado se sabe que la psicoterapia de grupo para pacientes con TLP representa la sexta parte del costo de una psicoterapia individual (Marziali y Monroe-Blum, 1994; APA, 2001).

Uno de los principales obstáculos a los que se enfrenta cualquier tipo de psicoterapia es la deserción. En estudios de psicoterapia individual se ha observado que los índices de deserción se ubican entre 30 y 45% (Hoglund, 1993); las causas de esto se han atribuido al tipo de paciente, el grupo familiar, las condiciones culturales y socioeconómicas, características de la institución y del terapeuta, cualidad del vínculo emocional establecido, las técnicas de intervención, duración del tratamiento, y a la frecuencia de las sesiones y metas propuestas (Fiorini, 2000; Torres-Torija y Lara-Muñoz, 2002). En la terapia de grupo se observa el mismo fenómeno y se ha detectado que la fase inicial del tratamiento es la más susceptible, pues en esta etapa el índice de abandono documentado oscila entre 13 y 63%, con un promedio de 35% (Lothstein, 1993). Se han buscado algunos factores que pudieran influir en el abandono del tratamiento, y se ha encontrado que los pacientes que desertan están menos dispuestos psicológicamente y tienen sintomatología psiquiátrica general más severa (McCallum y cols., 1992), además de haber experimentado menos sentimientos positivos y haber sido calificada como más baja su cohesión en los terapeutas (McCallum y cols., 2002).

Los pacientes con Trastornos de la Personalidad (TP) presentan mayores índices de deserción al compararlos con los sujetos sin TP, y dentro de aquel grupo, se

ha encontrado que los pacientes limítrofes desertan hasta en un 60 % (Gunderson y cols., 1989). Como ejemplo citamos el estudio de Budman y cols. (1996), quienes documentaron el resultado de una investigación realizada en 49 pacientes divididos en cuatro grupos, todos con el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad, excepto el de antisociales. Aplicaron una terapia grupal interpersonalmente orientada, y observaron que 51% de los pacientes abandonó la terapia antes de que finalizara oficialmente el grupo, y de éstos, más de la mitad presentaba un diagnóstico probable o definitivo de TLP. Roback y Smith (1987, citado en Lothstein, 1993) resumen las razones por las que los pacientes abandonan la terapia de grupo, atribuyéndolas a estados circunstanciales propios del paciente, defensas caracterológicas, problemas con la autorevelación, dificultades con la intimidad, uso excesivo de la negación y tendencia a ser inusualmente callados y hostiles. Algunos estudios con pacientes limítrofes han encontrado que las contribuciones de los terapeutas al contrato y la alianza, se relacionan positivamente con la permanencia en la terapia y, por otro lado, la impulsividad tiene un efecto contrario (Yeomans y cols., 1994).

Los resultados contradictorios de la terapia de grupo en pacientes limítrofes, motivan a realizar nuevos estudios en donde se busquen algunas cualidades caracterológicas, psicológicas y psiquiátricas que pudieran influir en el apego de los sujetos a este tipo de tratamiento.

## II. OBJETIVO

Determinar las características psicológicas y psicopatológicas de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que influyen en su apego a un grupo psicoterapéutico.

## III. MATERIAL Y MÉTODO

Fueron candidatos a participar, todos los pacientes referidos al Departamento de Psicoterapia por los Servicios de Consulta Externa, Preconsulta, Urgencias u Hospitalización, en los cuales el médico a cargo de su tratamiento sospechara la existencia de un diagnóstico de TLP, y que tuvieran entre 18 y 24 años de edad. El diagnóstico fue corroborado por medio de la SCID-II (First y cols., 1997). Se decidió excluir del estudio a sujetos con diagnóstico de trastorno agudo en Eje I que requirieran un foco predominante de tratamiento en esta área, a sujetos con trastorno neurológico que afectara de manera significativa la ca-

pacidad cognoscitiva y a sujetos con una probada historia de deserción en sus tratamientos, valorada a través de su historial clínico.

Se realizó un estudio descriptivo de las características de los sujetos participantes en diversas áreas psicológicas:

- Temperamento y Carácter (Inventario de Temperamento y Carácter [ITC]) (Cloninger y cols., 1993).
- Autoestima (Inventario de Autoestima de Coopersmith) (Coopersmith, 1967).
- Funcionamiento Psicosocial (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido [Zimet y cols., 1988] y Escala Autoaplicable de Adaptación Social [Bosc y cols., 1997]).
- Problemas Interpersonales (Inventario de Problemas Interpersonales) (Horowitz y cols., 2000).
- Fuerza Yoica (Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI II) (Hathaway y cols., 1994).
- Sintomatología Psiquiátrica (SCL 90) (Derogatis y cols., 1965; Guy, 1976).

#### IV. RESULTADOS

Consistió en un grupo abierto, es decir, se intentó que tuviera un tamaño constante reemplazando a los miembros a medida que abandonaban al grupo (Yalom, 1986); en total se convocaron 16 pacientes femeninas, ya que no se presentaron varones. Las sesiones fueron semanales, con duración de hora y media cada una, dirigidas por dos co-terapeutas y un observador no participante. Se desarrollaron 24 sesiones en total. El foco de la terapia se dirigió al análisis de las relaciones interpersonales conflictivas e inestables que presentan los pacientes con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

En específico la técnica utilizada se basó en maniobras de clarificación, confrontación e interpretación de los conflictos interpersonales, entendidos como síntomas de tipo caracterológico, en el ámbito del aquí y el ahora. De igual forma, se interpretaron las reacciones transferenciales entre los miembros del grupo, observándose principalmente reacciones de hostilidad y poca empatía. En cuanto a la relación con los terapeutas, se percibió poco apego hacia los mismos, por lo que predominaron las transferencias de tipo narcisista.

No se utilizaron técnicas más complejas y profundas, como intervenciones dirigidas a los conflictos intrapsíquicos o análisis de sueños y se evitaron las interpretaciones genéticas. Por último, se hizo énfasis en las resistencias grupales, que fueron fácilmente observadas en la inasistencia de sus miembros y el poco compromiso con el grupo.

Se presentan los porcentajes de las variables sociodemográficas y de los trastornos comórbidos en el eje I. Se utilizó estadística descriptiva, en específico la correlación de rangos de Spearman, para relacionar las variables psicológicas con el número de sesiones a las que los pacientes asistieron. El análisis estadístico se realizó con la ayuda del SPSS para Windows versión 10.0.

##### 1. Resultados cuantitativos

Se incluyeron en el estudio 16 pacientes del sexo femenino, con una edad promedio de  $20.43 \pm 1.79$  años cumplidos al momento de iniciar el grupo; el promedio de asistencia al grupo fue de  $4.5 \pm 4.74$  sesiones, con un rango de 1 – 16. Ninguna paciente acudió a todas. Por otra parte, 56% de las pacientes, además de abandonar el grupo psicoterapéutico, desertó del tratamiento farmacológico.

En el cuadro 1 se pueden observar las frecuencias de las distintas categorías de las variables sociodemográficas de las 16 pacientes que fueron admitidas para participar en el estudio.

Sólo 14 pacientes completaron la valoración psicológica por medio de las distintas escalas; los puntajes obtenidos en éstas los podemos observar en el cuadro 2.

Como se observa en el cuadro 3, casi todas las pacientes presentaban un Trastorno Afectivo de acuerdo con el diagnóstico registrado en el expediente clínico. Y otro dato interesante es la presencia de alteraciones electroencefalográficas en el 25% de las pacientes.

Al realizar la correlación entre el número de sesiones a las que acudieron las pacientes y los puntajes en las distintas escalas, se encontró que hubo una correlación positiva con la dimensión de Persistencia del ITC ( $r_s = 0.534$ ,  $p < 0.049$ ), y asociaciones negativas con las subescalas 1 (preocupación anticipada vs optimismo) y 4 (fatigabilidad y astenia vs vigor) de la dimensión de Evitación del Daño ( $r_s = -0.601$ ,  $p = 0.023$  y  $r_s =$

**Cuadro 1. Distribución de frecuencias de las variables demográficas (N = 16)**

|                        | N  | %     |
|------------------------|----|-------|
| <i>Escolaridad</i>     |    |       |
| Primaria               | 1  | 6.25  |
| Secundaria             | 3  | 18.75 |
| Preparatoria           | 5  | 31.25 |
| Carrera técnica        | 1  | 6.25  |
| Profesional incompleta | 6  | 37.5  |
| <i>Estado civil</i>    |    |       |
| Soltero                | 15 | 93.75 |
| Unión libre            | 1  | 6.25  |
| <i>Ocupación</i>       |    |       |
| Desocupados            | 7  | 43.75 |
| Ocupados               | 9  | 56.25 |
| Estudiantes            | 6  | 37.5  |
| Empleados              | 3  | 18.75 |

**Cuadro 2. Puntaje de las escalas aplicadas (N = 14)**

| Escala                                  | Media  | DE    |
|-----------------------------------------|--------|-------|
| SCL-90                                  | 202.07 | 48.56 |
| Escala de Apoyo Social Percibido        | 34.14  | 8.32  |
| Inventario de Problemas Interpersonales | 125.64 | 29.47 |
| Escala de Autoestima de Coopersmith     | 7.36   | 5.30  |
| Escala de Funcionamiento Social         | 32.79  | 14.54 |
| Escala de Fuerza Yoica                  | 22.71  | 3.81  |
| Inventario de Temperamento y Carácter   |        |       |
| Búsqueda de la novedad                  | 21.50  | 6.60  |
| Evitación del daño                      | 23.43  | 8.48  |
| Dependencia a la recompensa             | 16.07  | 3.75  |
| Persistencia                            | 5.07   | 2.16  |
| Autodirección                           | 16.93  | 5.69  |
| Cooperatividad                          | 25.86  | 8.16  |
| Autodirección                           | 15.50  | 7.11  |

**Cuadro 3. Comorbilidad (N = 16)**

|                                    | N  | %     |
|------------------------------------|----|-------|
| Trastorno depresivo mayor          | 15 | 93.75 |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 5  | 31.25 |
| Trastorno de la alimentación       | 5  | 31.25 |
| Distimia                           | 8  | 50.0  |
| Alteraciones EEG                   | 4  | 25.0  |
| Trastorno por estrés postraumático | 1  | 6.25  |

-0.784,  $p = 0.001$ ). Además se observaron algunas tendencias negativas con la subescala de psicosis del SCL-90 ( $r_s = -0.496$ ,  $p = 0.072$ ) y la dimensión de Evitación del Daño del ITC ( $r_s = -0.476$ ,  $p = 0.086$ ); el resto de las escalas no tuvo una correlación estadísticamente significativa con el número de sesiones a las que acudieron las pacientes, como puede observarse en el cuadro 4.

## 2. Resultados cualitativos

Uno de los temas más frecuentes en las sesiones fue la dependencia de las pacientes a los comentarios externos, principalmente los que provenían de figuras importantes como padres, familiares o pareja.

**Cuadro 4. Correlaciones entre el número de sesiones asistidas y la puntuación de las escalas psicológicas**

|                                         | <i>rho de Spearman</i> |
|-----------------------------------------|------------------------|
| Inventario de Problemas Interpersonales | -0.91                  |
| Escala de Apoyo Social Percibido        | -0.367                 |
| SCL-90                                  | -0.301                 |
| Psicoticismo                            | -0.496                 |
| Escala de Funcionamiento Social         | -0.080                 |
| Escala de Autoestima de Coopersmith     | 0.330                  |
| Escala de Fuerza Yoica                  | 0.385                  |
| Inventario de Temperamento y Carácter   |                        |
| Búsqueda de la novedad                  | -0.115                 |
| Evitación del daño                      | -0.476                 |
| Preocupación anticipada vs optimismo    | <b>-0.601*</b>         |
| Fatigabilidad y astenia vs vigor        | <b>-0.784*</b>         |
| Dependencia a la recompensa             | -0.232                 |
| Persistencia                            | <b>0.534*</b>          |
| Autodirección                           | 0.340                  |
| Cooperatividad                          | -0.064                 |
| Autotrascendencia                       | -0.187                 |

\*  $p < 0.05$  (significancia bilateral)

También encontramos frecuentemente relatos acerca de los rasgos propios de los pacientes limítrofes, como poca tolerancia a la frustración, autolesiones, ideas de muerte, intentos suicidas, inestabilidad afectiva, impulsividad, ambivalencia, ira inapropiada, pobre autoconcepto con sentimientos de inadecuación o inferioridad, baja autoestima, así como de otros trastornos de personalidad: poca empatía con los familiares o pareja, deseos de ser las más importantes receptoras de afecto, dificultad para entender los sentimientos de los demás, dificultad para respetar las reglas; rigidez cognitiva, manifestada por problemas para encontrar soluciones alternas a los problemas de la vida cotidiana así como a los interpersonales, pues generalmente encontraban como respuesta a los estresores, las ideas de muerte o las autolesiones. De la misma forma, manifestaron los problemas que producía el reaccionar de esta manera en ámbitos familiares, laborales o académicos. Muchas de ellas comentaron su disfunción en estas áreas, con abandonos recurrentes de los estudios o el trabajo, y dificultad para continuar con ellos por tiempo prolongado.

Otro tema recurrente fueron los conflictos interpersonales, principalmente con los padres, familiares y parejas. Se observó una mayor frecuencia de conflictos con la madre. En varias ocasiones se mencionaron actitudes de los padres que mostraban el desgaste de éstos en cuanto a la sintomatología caracterológica, principalmente relacionado con los intentos suicidas repetidos, las ideas de muerte y los síntomas afectivos. Las pacientes generalmente esperaban respuestas cariñosas o comprensivas de parte de los padres, pero la comunicación o los mensajes de éstas no mostraban dichas características. Deseaban ser toleradas, y pensaban que los familiares y amistades “siempre estarían allí”, para cuando ellas quisieran.

Frecuentemente expresaban emociones ambivalentes respecto las figuras importantes, se sorprendían de poseer sentimientos de amor y odio hacia una misma persona. Algunas incluso comentaron tener fantasías de agredir físicamente a la pareja, otras llegaron a hacerlo.

Se observó de la misma forma un temor a la responsabilidad, el deseo de ser tratadas como “niñas”, tener las obligaciones de un menor de edad, pero los derechos de un adulto, lo cual provocaba a su vez conflictos con los padres.

En varias sesiones comunicaron la dificultad que experimentaban para establecer empatía con las compañeras del grupo, algunas manifestaban poco interés en los problemas de las demás. También expresaron desconfianza hacia el grupo, duda sobre el beneficio que recibirían, y en varias ocasiones necesidad de atención individual. Asimismo, la comunicación entre ellas

era escasa, sus intervenciones generalmente iban dirigidas a los terapeutas. Era difícil que expresaran los sentimientos que despertaban los relatos de las compañeras, y frecuentemente eran verbalizados después de que los terapeutas las cuestionaban directamente. Llama la atención que en varias sesiones y por parte de varias pacientes, se expresaba sorpresa al ver que otras presentaban síntomas caracterológicos parecidos, pero causó impresión que dicha empatía o universalidad no fuera elaborada ni durante ni entre las sesiones.

En algunas ocasiones, ciertas pacientes manifestaban haber comprendido la causa de sus problemas, expresaban deseos de cambiar y por lo que relataban en las sesiones se observaba un cambio, pero en sesiones posteriores comentaban lo difícil que les resultaba mantener dichos cambios.

El porcentaje de deserción fue mucho mayor que el esperado en un grupo regular, el cual varía entre 30% y 40%, llamando la atención que no se observaron los fenómenos grupales característicos de un grupo psicoterapéutico. Principalmente, no se desarrollaron los fenómenos de identificación y cohesión grupal. Las pacientes interactuaban casi exclusivamente con los terapeutas, sin hacer devoluciones a sus compañeras, esperando su turno para hablar, cambiando el tema desarrollado por otra participante de acuerdo con sus propios intereses. No se observó el fenómeno de universalidad de la experiencia, esto es, las pacientes no sintieron que compartían conflictos, ideas y/o emociones con sus compañeras sintiéndose apoyadas y aliviadas por ello.

## VI. DISCUSIÓN

Los pacientes con trastorno de personalidad y en especial los que presentan TLP, son los principales consumidores de los servicios de urgencias y hospitalización; esto debido a la inestabilidad emocional y al pobre control de impulsos; frecuentemente acuden por presentar dificultades en sus relaciones interpersonales o por haberse infligido autolesiones o haber tenido intentos de suicidio. De aquí se desprende la necesidad de realizar más investigaciones en las que se prueben diversos marcos terapéuticos dentro de los que disminuya la sintomatología antes expuesta; esto con el objetivo de que estos pacientes no acaparen los servicios clínicos y disminuyan así los costos de atención de estos sujetos.

El porcentaje de deserción de este grupo terapéutico fue mayor al de un grupo regular, pero parecido al que se documenta para este tipo de pacientes en la bibliografía (Gunderson y cols., 1989).

Se constató que las pacientes tuvieron dificultad para

establecer una relación terapéutica provechosa, tanto entre ellas mismas como con los terapeutas. Los fenómenos principales de una terapia de grupo no se desarrollaron; así, no se observaron los fenómenos grupales de universalidad y cohesión, lo cual entorpecía el curso de las sesiones y no permitía a las pacientes realizar transferencias positivas con sus compañeras o con los terapeutas.

La correlación negativa entre la subescala de preocupación anticipatoria vs optimismo y el número de sesiones a las que asistieron, muestra que mientras mayor fue la puntuación, la asistencia fue menor. Cloninger (1987) describe que los individuos con puntajes altos en esta subescala manifiestan dos tendencias de comportamiento distinto. Por un lado, estas personas son pesimistas y se preocupan anticipando el daño y el fracaso. Esta tendencia es especialmente notoria en situaciones riesgosas, poco familiares o realmente difíciles. Aunque también se presenta en situaciones inofensivas, aun cuando se les aliente y brinde apoyo. Esto último podría corresponder a algunas características caracterológicas propias de los pacientes limítrofes, como el ver a las compañeras y terapeutas como figuras amenazantes, mientras ellas están buscando amor y apoyo. Podemos especular que las pacientes que asistieron al grupo con preocupaciones acerca del provecho que podrían obtener de esta vivencia o sobre lo difícil que sería relatar sus experiencias ante desconocidos, pudieron haberse preocupado anticipatoriamente de ser humilladas o traicionadas, tanto por las compañeras como por los terapeutas, lo cual provocó que acudieran a menos sesiones, comparadas con aquellas en las que estas preocupaciones no cayeron sobre un terreno tan poco propicio. Esta especulación adquiere mayor sustento si recordamos que a las personas con mayor preocupación anticipatoria y menos optimismo les cuesta trabajo sobreponerse ante experiencias humillantes y embarazosas y por lo general tienden a rumiar estas experiencias por largos periodos de tiempo.

De la misma forma, la puntuación obtenida en la subescala de fatigabilidad y astenia vs vigor fue asociada negativamente con la asistencia. Cloninger (1987) afirma que los individuos con puntaje alto en esta subescala parecen asténicos y tienen un nivel menor de energía que la mayoría de las personas. Con frecuencia necesitan de siestas o periodos extraordinarios de descanso por que se fatigan con facilidad. Además estas personas se recuperan más lentamente que la mayoría de la gente, de las enfermedades o del estrés. Esto podría asociarse con la poca tolerancia a la frustración que tienen las pacientes con TLP y especulamos que contribuyó de forma negativa a su permanencia en el grupo pues no tenían la energía suficiente para contender con el estrés o la angustia que les producía el en-

frentarse a los comentarios de las compañeras y terapeutas, el darse cuenta de sus características caracterológicas o el simple hecho de relatar experiencias angustiantes.

Asimismo, la puntuación obtenida en la dimensión de Persistencia se correlacionó positivamente con la asistencia al grupo. Cloninger (1987) explica que los individuos con puntajes altos en esta escala tienden a ser diligentes, trabajadores, persistentes y estables a pesar de la frustración y del cansancio. Tienden a percibir la frustración y el cansancio como un reto personal, no se dan fácilmente por vencidos, y de hecho tienden a trabajar de más cuando son criticados o confrontados en relación con errores en su trabajo. Estas personas tienden a ambicionar logros y están dispuestos a realizar sacrificios para conseguir el éxito, esto es particularmente evidente cuando su trabajo no es reconocido. En estas situaciones, estas personas tienden a estar más decididas a triunfar. Estas personas manifiestan un nivel alto de perseverancia y por lo general perseveran en la forma de realizar algo que alguna vez resultó exitoso. La persistencia alta es una estrategia de comportamiento adaptativo cuando la recompensa es intermitente y las contingencias permanecen estables. Sin embargo, cuando las contingencias cambian rápidamente la perseverancia se vuelve maladaptativa. Estas características vistas desde el contexto caracterológico de las pacientes limítrofes nos lleva a especular que aquéllas con mayor persistencia pudieran tener una mejor tolerancia a la frustración, y esto les permitiría contender con las vivencias experimentadas durante las sesiones de grupo, adaptándose de una forma mejor al hecho de ser confrontadas o el de no obtener una respuesta inmediata a las expectativas creadas antes y durante el tratamiento psicoterapéutico, logrando que asistan a más sesiones.

Llama la atención que con el resto de las escalas no hubiera correlaciones significativas, pero esto nos habla de la dificultad que implica el hecho de intentar explicar un fenómeno tan complejo como es el apego a un tratamiento psicoterapéutico. Múltiples autores han intentado hallar los factores asociados a la permanencia de un paciente en tratamiento (Fiorini, 2000; Roback y Smith, 1987, citado en Lothstein, 1993; Torres-Torija y Lara-Muñoz, 2002 y Yeomans y cols., 1994), pero en toda la información a la que tuvimos acceso, no encontramos ninguna característica concreta como las aquí medidas, con la que existiera una correlación significativa.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones, la más importante es el reducido número de pacientes incluidas, lo cual dificulta el análisis estadístico adecuado de los resultados y la generalización de los mismos. Pero pensamos que es un buen comienzo en el camino de la

búsqueda de datos duros que nos permitan predecir el apego de un paciente a cierto tipo de terapia. También hubiera sido más enriquecedor el observar los cambios en las características psicopatológicas antes y después del tratamiento, así como relacionarlos con el apego a las sesiones; pero la poca asistencia impidió la realización de una valoración posterior.

## VII. CONCLUSIONES

De acuerdo con lo observado en este estudio se concluye que las pacientes limítrofes de nuestro Instituto tienen un mal apego a la psicoterapia grupal en la que se incluyen únicamente sujetos con este trastorno de la personalidad. Además, no se desenvuelven adecuadamente dentro de este ambiente, pues los fenómenos grupales que se supone propician mayores cambios, no se presentaron. Esto, probablemente va asociado con la caracterología propia de las pacientes limítrofes, por lo cual deberán evaluarse los cambios ocurridos en los sujetos y la eficacia de este tipo de intervención, así como los parámetros de costo-beneficio comparándolos con otras técnicas como la terapia individual o la combinación de ambos encuadres.

El modelo psicobiológico de Cloninger, utilizado en otros estudios para predecir el resultado de la farmacoterapia, podría ser empleado en pacientes con TLP para predecir el apego que tendrán a una terapia grupal. Estos datos deberían ser considerados en la evaluación previa de los mismos para indicar el tratamiento más adecuado y para concentrar un mayor esfuerzo, o estrategias diferentes, en los sujetos con ciertas características temperamentales; todo esto en el intento de aumentar la permanencia y bajo el supuesto de que una mayor asistencia propicia un mejor resultado de la maniobra empleada. Sin embargo, hacen falta más estudios en los que se incluya un mayor número de pacientes, donde se valoren los cambios obtenidos después del tratamiento. Además deberá utilizarse este mismo instrumento para valorar el apego a las terapias individuales, incluso bajo enfoques diferentes.

## REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158(Supl. 10):1-52, 2001.
2. BATEMAN A, FONAGY P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10):1563-1569, 1999.
3. BATEMAN A, FONAGY P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158(1):36-42, 2001.

4. BOSCH M, DUBINI A, POLIN V: Development and validation of a social functioning scale: The social adaptation self-evaluation scale. *European Neuropsychopharmacology*, 7(Supl. 1):57-70, 1997.
5. BUDMAN SH, DEMBY A, SOLDZ S, MERRY J: Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *Int J Group Psychotherapy*, 46:357-377, 1996.
6. CLONINGER CR: A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry*, 44:573-588, 1987.
7. CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR: A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50:975-990, 1993.
8. COOPERSMITH S: *The Antecedents of Self-esteem*. Freeman, San Francisco, 1967.
9. CUEVAS P, CAMACHO J, MEJIA R, ROSARIO I y cols.: Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23(6):1-11, 2000.
10. DEROGATIS LR, LIPMAN RS, COVI L: SCL-90: an outpatient rating scale-preliminary report. *Brit J Psychiatry*, 111(480):1043-1049, 1965.
11. FIORINI HJ: *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 2000.
12. FIRST MB, GIBBON M, SPITZER R, WILLIAMS JDW, BENJAMINS ML: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)*. American Psychiatric Press, Washington, 1997.
13. GUNDERSON JG, FRANK AF, RONNIGSTAN EF, WACHTER S y cols.: Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Men Dis*, 177(1):38-42, 1989.
14. GUY W: *Early Clinical Drug Evaluation Program*. Hopkins Symptom Checklist. Assessment Manual, National Institute of Mental Health, Rockville, 1976.
15. HATHAWAY SR, MCKINLEY JC: *Inventario Multifásico de la Personalidad, MMPI-2*. El Manual Moderno, México, 1994.
16. HIGGITT A, FONAGY P: Psychotherapy in the borderline and narcissistic personality disorders. *Br J Psychiatry*, 161:23-43, 1992.
17. HOGLEND P: Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *J Personality Disorders*, 88:168-181, 1993.
18. HOROWITZ L: Indications for group psychotherapy with borderline and narcissistic patients. *Bull Meninger Clin*, 51:248-260, 1987.
19. HOROWITZ L, ALDEN L, WIGGINS J, PINCUS A: *Inventory of Interpersonal Problems*. The Psychological Corporation, 2000.
20. LOTHSTEIN LM: Termination process in group psychotherapy. En: Kaplan HI, Sadok BJ (eds). *Comprehensive Group Psychotherapy*. Williams & Wilkins, 3a. ed, Maryland, 1993.
21. MACASKILL NA: The narcissistic core as a focus in the group therapy of the borderline patient. *Br J Med Psychol*, 53(2):137-143, 1980.
22. MACASKILL NA: Therapeutic factors in group therapy with borderline patients. *Int J Group Psychotherapy*, 32(1):61-73, 1982.
23. MCCALLUM M, PIPER WE, OGRODNIK SUN JS, JOYCE AS: Early process and dropping out from short term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics*, 6(3):243-254, 2002.
24. MCCALLUM M, PIPER WE, JOYCE AS: Dropping out from short-term group therapy. *Psychotherapy*, 29(2):206-215, 1992.
25. ROLLER B, NELSON V: Group psychotherapy treatment of borderline personalities. *Int J Group Psychotherapy*, 49(3): 369-385, 1999.
26. TORRES TJ, LARA MMC: Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental*, 25(6):27-34, 2002.
27. WILBERG T, FRIIS S, KARTERUD S, MEHLUM L y cols.: Outpatient group psychotherapy: A valuable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital. A 3-years follow-up study. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 52:213-222, 1998.
28. YALOM ID: *Teoría y Práctica de la Psicoterapia de Grupo*. Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
29. YEOMANS FE, GUTFREUND J, SELZER MA, CLARKIN JF: Factors related to drop-outs by borderline patients: Treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychoter Pract Res*, 3(1):16-24, 1994.
30. ZIMET GD, DAHLEM NW, ZIMET SG, FARLEY GK: The multidimensional scale of perceived social support. *J Personality Assessment*, 52(1):30-41, 1988.