

Artículo de reflexión:

Las dificultades que ofrecen los pacientes con difusión de identidad al tratamiento psiquiátrico

Antonio Menchaca, Orietta Pérez¹

Resumen

En este artículo describiremos brevemente ciertos pacientes que consultan por cuadros psiquiátricos agudos y que además sufren de difusión de identidad. Estos pacientes ofrecen dificultades importantes a su propio tratamiento porque tienden a no persistir en una tarea, no cuidar de sí mismos, no confiar en las personas y a no recuperarse de las fallas de mentalización que puedan tener en sus relaciones interpersonales, produciendo graves complicaciones en el proceso terapéutico.

Describiremos el Programa de Intervención Psicoeducativa y Control Farmacológico en Grupo que hemos implementado en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak para manejar de mejor forma las dificultades terapéuticas que estos pacientes ofrecen.

Palabras Claves: Difusión de identidad, adherencia a tratamiento, psicoeducación, resistencia a tratamiento, tratamiento en grupo

Difficulties that patients with identity diffusion offer to psychiatric treatment

Summary:

In this article we will briefly describe certain patients who consult for acute psychiatric symptoms and who also suffer from identity diffusion. These patients offer significant difficulties to their own treatment because they tend not to persist in a task, do not take care of themselves, do not trust people and do not recover from the mentalization failures they may have in their interpersonal relationships, producing serious complications in the therapeutic process. We will describe the Program of Psychoeducative Intervention and Pharmacological Control in Group that we have implemented in the José Horwitz Barak Psychiatric Institute to better manage the therapeutic difficulties that these patients offer.

Key words: Identity diffusion, treatment adherence, psychoeducation, treatment resistance, group treatment.

Introducción

En este artículo vamos a reflexionar sobre como los pacientes que sufren de difusión de identidad y que no son psicóticos, afectan el tratamiento que reciben en las instituciones psiquiátricas.

La difusión de identidad es un concepto que acuñó Otto Kernberg hace casi 50 años (Kernberg, Borderline personality organization, 1967).

El DSM 5 lo ha incorporado dentro de los criterios de trastorno de personalidad en la sección III del manual (American Psychiatric Association, 2013), específicamente en el criterio A, nivel de funcionamiento de la personalidad.

Clínicamente es un concepto útil para entender a pacientes que cumplen criterios de la CIE 10 o DSM 5 para algún trastorno de personalidad; pero también sirve para entender el comportamiento de muchos pacientes que, sin cumplir todos los criterios de trastorno de personalidad habituales, consultan en nuestros servicios por distintas dificultades, frecuentemente síndromes angustiosos y depresivos (Gomberoff, 1999).

En las instituciones con alta demanda, sobre todo secundaria y terciaria, acuden muchos de estos pacientes; muchas veces se los trata farmacológicamente y/o con psicoterapias del tipo intervención en crisis para ayudarlos a superar la o las dificultades agudas que sufren hasta que vuelven a su funcionamiento previo.

Un grupo importante de estos pacientes vuelven a un funcionamiento razonable con esta estrategia, pero otros, y su número depende tanto del tipo de pacientes que se atiende como de las estrategias terapéuticas y la cultura institucional, tienden a no mejorar o incluso empeorar, haciendo crónica su problemática aguda. Se podría decir metafóricamente que estos pacientes con difusión de identidad "encajan en fisuras" del sistema institucional en detrimento de ellos mismos, pero también de la institución y de sus miembros, porque la hace menos eficiente, quedan tomadas horas que otros pacientes nuevos podrían

1. Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. Tel: 56998440340 . Dirección: El Trovador 4280 of. 316, Las Condes . E-mail: amenchaca@cepe.cl

aprovechar, y se tiende a producir una dinámica grupal regresiva de la institución que ocasionalmente también alcanza a gran parte del personal de salud y administrativo.

Para poder explicar nuestra hipótesis de lo que sucede, primero revisaremos en qué consiste la difusión de identidad, seguiremos con una breve descripción de las serias consecuencias en varios aspectos de la vida del paciente que tiene para él sufrirla. Nos centraremos en las dificultades que los pacientes tienen para persistir en una tarea, cuidar de sí mismos, confiar en las personas y la tendencia a no recuperarse de las fallas de mentalización que puedan tener en sus relaciones interpersonales y que producen graves complicaciones en el proceso terapéutico. Entre estos están las frecuentes interrupciones de tratamiento para volver a consultar e interrumpir nuevamente. Otros "se acomodan" al sistema para seguir en tratamiento, pero con una eficacia disminuida, tendiendo a la cronificación, aunque no en "crisis". Este "acomodo" incluye no hacer el tratamiento como está indicado sino que "a medias" con racionalizaciones que permiten estar en un tratamiento inefectivo sin que los tratantes tomen cuenta de ello.

Difusión de Identidad

Otto Kernberg, quien acuñó este concepto, lo considera una característica central de los pacientes que sufren de un trastorno de personalidad grave (Kernberg, *Structural Diagnosis*, 1984). Se refiere a que las personas que lo sufren tienen una visión de sí mismos y de los otros parcial o no integrada, no hay una integración de los distintos aspectos de la persona que le permita tener una visión completa de sí mismo, se perciben cambiantes como si fueran radicalmente diferentes en distintos ambientes y sin saber qué esperar de sus propias conductas e interacciones. Algunas veces no son capaces de darse cuenta de esta fluctuación, produciendo una sensación de incredulidad en el interlocutor. En otras el paciente tiene una visión relativamente consistente de sí mismo, pero pronto aparece una diferencia entre lo que el evaluador aprecia y lo que el paciente observa en sí mismo, de la cual el paciente no tiene noticia salvo una sensación de "falsedad" continua. Además, estas personas habitualmente tienen una dificultad para tener una visión integrada de las personas significativas para ellos.

La difusión de identidad se diagnostica pidiéndole al paciente, en el contexto de una entrevista de evaluación, que se describa a sí mismo de tal forma que el evaluador se haga una clara idea de quién es él/ella como persona, y después se le pide que haga lo mismo con una persona que el evaluador piensa que el paciente debería conocer bien.

Lo que esperamos es que el paciente nos dé una descripción vívida y no contradictoria de sí mismo, así también de la per-

sona que le pedimos describiera. Si no lo hace, y el paciente no está perturbado por exceso de angustia o problemas cognitivos, tenemos que suponer que el paciente no se conoce bien ni a los demás significativos; que por alguna razón no cognitiva no ha sido capaz de tener una visión integrada, coherente de sí y de los demás y, por lo tanto, no tiene una visión completa de las personas con sus virtudes, defectos y matices, sino una visión superficial, muchas veces cambiante y sin tener clara conciencia de esto (Kernberg, *The structural interview*, 1984).

La difusión de identidad tiene varias consecuencias graves para los pacientes que la sufren, en este artículo sólo nos centraremos en las siguientes:

1. No tienen una noción clara de sus dificultades y de la gravedad de éstas.
2. No tienen una noción clara de lo que quieren, pueden muchas veces sentirlo en lo inmediato, pero a largo plazo casi nunca. Haciendo que los sacrificios y la tolerancia a la frustración que se necesita para obtener metas de largo plazo estén gravemente mermados.
3. Les cuesta mucho terminar de conocer una persona en sus aspectos centrales, por lo tanto, tienen muchas dificultades para confiar, ni siquiera en ellos mismos, con graves implicancias para su tratamiento porque no pueden confiar en sus tratantes. Lo que lleva a interrupciones frecuentes de tratamiento o a "adaptarse" no siguiendo las indicaciones sin que el tratante se dé cuenta. Tampoco las discute con el médico para un trabajo de mayor efectividad terapéutica.
4. Fallas significativas en la capacidad de mentalizar. Mentalización, es la capacidad de darse cuenta de que la "realidad" es conocida a través de la mente humana subjetiva, por lo tanto, no tenemos acceso directo a ésta, sino que puntos de vista más coherentes o no, más útiles o no, no evidentemente errados, etc. (Fonagy P., 2004).

A continuación, describiremos algunas implicancias de estas cuatro consecuencias de la difusión de identidad que merman el tratamiento de los pacientes que la sufren y que son tratados en los servicios de alta demanda.

1. No tienen una noción clara de sus dificultades
Es conocido que un porcentaje importante de los pacientes psiquiátricos se demoran mucho en consultar, muchas veces piden hora a un profesional de salud mental para después no ir. Un quinto abandona su tratamiento prematuramente (Olfson M, 2009), (Velazquez A, 2000). Al ser consultados por qué abandonaron, muchas veces la respuesta es que se sintieron bien y no encontraron necesario seguir yendo (Simon G, 2012); esto último da la impresión de una minimización de sus dificultades emocionales, al nivel de no interesarles la

opinión del profesional respecto de sus problemas, incluso en pacientes cuyos problemas son evidentemente graves, por ejemplo, las personas que han tratado de suicidarse.

Esta minimización hace que tomen el tratamiento con poca seriedad, no siguen las indicaciones de acuerdo con lo prescrito, faltan con cierta facilidad a los controles médicos aduciendo razones que no se condicen con la gravedad de sus dificultades (un 17,2 % de las horas de control de pacientes antiguos se perdieron en el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak durante el primer semestre del 2017).

Esto, además de mermar la eficacia del tratamiento, cansa a sus tratantes y al personal administrativo. A veces en forma sutil; es común ver que el personal de salud trata a los pacientes como si sus problemas no fueran tan serios, lo que va junto con una sensación de futilidad de los esfuerzos para ayudarlos, incluso a los que no se comportan de esa forma ("pagan justos por pecadores"). Esto afecta la capacidad terapéutica de los equipos.

2. No tienen una noción clara de lo que quieren para su vida: Muchas veces lo que los pacientes quieren en sus propias vidas es poco claro para ellos y para los demás, a veces lo que dicen querer es contradictorio sin que ellos tengan conciencia plena de esa contradicción. Esto disminuye significativamente la capacidad de los pacientes de tolerar frustraciones en su tratamiento, porque cuando los objetivos a mediano o largo plazo no están claros, es difícil continuar en un camino con frustraciones; mientras menos claro está lo que se quiere, menos frustraciones se tolera y se abandona ese camino, lo que esperan son resultados rápidos y concretos, cuando es más o menos evidente que eso no es posible (Fonagy P., 2004).

En simple, piden mucho y rápido; si no lo obtienen se molestan y buscan de otra forma lo que creen querer, con la sensación que lo que el terapeuta les ofrece no es adecuado. Esto produce frustración en los terapeutas o sensación de culpa, que habría que darles más o saber más para poder ayudarlos. Los pacientes interrumpen tratamientos en busca de un "buen terapeuta o medicamento" lo que los lleva a estar continuamente demandando atención, pero intermitentemente, sin pensar que lo que buscan podría ser un imposible (Menchaca A, 2007). Por el lado de los terapeutas la frustración tiende a llevarlos a una actitud de que cualquier cosa de lo mismo, este es el preámbulo de cronificación del paciente.

3. Graves dificultades para confiar en las personas. Lo habitual es que ante un desconocido se desconfíe; la confianza se va construyendo a medida que conocemos al

otro; sus reacciones frente a distintas situaciones y frente a nosotros nos van mostrando cómo es esa persona, cuán confiable es, en general, y cuáles son sus fortalezas y debilidades, lo que nos permite saber aproximadamente en qué nos pueden apoyar y en qué no.

Los pacientes que sufren de difusión de identidad no pueden integrar los distintos aspectos del otro, no pueden hacerse una idea completa de las personas. Se produce una constante inseguridad en el otro. Esta falta de confianza básica la mayoría de las veces no es consciente para el paciente, aunque quizás para el observador externo puede parecer obvia. Esta dificultad hace que se trate de evitar el contacto con los tratantes, tienden a buscar ayuda tarde, generalmente en una urgencia, angustia, violencia, intento de suicidio, abuso de drogas, etc.

También tienden a utilizar la ayuda en forma muy acotada, disminuyendo el contacto con los terapeutas al mínimo posible, en lo que según ellos es lo suficiente para resolver el problema puntual, lo que lleva a que apenas se sienten bien interrumpen tratamiento.

Otra forma en que se expresa es en seguir parcialmente las indicaciones sin discutir las con el médico, no adhieren a la psicoterapia que se les indicó, no acogen indicaciones psicosociales, toman los medicamentos a su discreción, etc.

Como consecuencia muchos problemas subyacentes quedan sin tratamiento, más aún el paciente no toma conciencia de que puede haber más dificultades.

Otra forma en que se expresa este contacto mínimo es, por ejemplo, ir a "buscar medicamentos", lo que el tratante pueda ofrecerles adicionalmente no pareciera interesarles. Muchas veces la escasa adherencia al tratamiento se ve así de dramática; en muchos otros es una tendencia que se expresa en formas más sutiles, por ejemplo: temas que no se atreve a hablar, críticas o sugerencias al tratamiento que se las callan, etc.

4. Fallas significativas en la capacidad de mentalizar. La mentalización es la capacidad de darse cuenta emocional y racionalmente que tenemos una mente que media entre el mundo exterior y la percepción de éste.

Lo que sentimos como real no necesariamente es real, es sólo una interpretación de lo que "está fuera". Las fallas de mentalización tienden a producirse cuando se activa una relación de apego produciéndose una regresión a fases prementalizadoras. Los pacientes que sufren difusión de

identidad tienden más fácilmente a no mentalizar cuando se activa una relación de apego, como lo es una relación terapéutica, y también tienden a recuperar la mentalización más dificultosamente.

Tienen también dificultades para delimitar al otro de sí mismo. Esto, junto con la desconfianza, les dificulta usar a los otros para chequear qué está dentro de la mente y qué no, llevándolos a "aferrarse a una visión, la propia" (modo de equivalencia psíquica) o a no tomar en cuenta las implicancias del pensamiento en la realidad (modo simulación) (Fonagy P. , 2004).

Esto produce graves consecuencias para el paciente y su tratamiento; frecuentemente se produce un malentendido cuando el tratante le da un sentido distinto a lo que el paciente piensa sobre lo que le pasa, muchas veces la única forma que el paciente se sienta entendido es "estando de acuerdo con él".

Los pacientes quieren ser acogidos y muchas veces al principio no se cuestiona lo que el paciente trae, pero cuando el tratante empieza a dar su propia visión del problema que aqueja al paciente, surge la dificultad. El paciente que no puede mentalizar no percibe que el tratante está sólo dándole una visión distinta, y como consecuencia abandona el tratamiento. Muchas veces lo abandona mientras continúa yendo (va a control, pero no sigue las indicaciones y se trata él a sí mismo).

Las fallas en la mentalización también producen que a los pacientes les cueste mucho aceptar ir a psicoterapia, y cuando logran hacerlo no pueden persistir en ella.

Efectos en los servicios de salud psiquiátricos

Nuestra hipótesis es que los efectos sobre el paciente, el tratante y el sistema completo son significativos. El tratante sufre el desgaste que significa tratar a alguien que presenta las conductas que hemos descrito más arriba. Hemos observado en colegas, supervisados y en nosotros mismos dos reacciones que queremos destacar. Una es hacerse cargo en forma desmedida del paciente, como si el déficit del paciente fuera mayor al que es; tendemos a tratarlos como si fueran psicóticos con graves déficits ejecutivos o se los trata como niños (Searles, 1965), que es una variante de lo anterior. En el otro extremo se los trata como si no fueran enfermos mentales, ellos tienen que hacerse cargo de sí mismos como si no tuvieran ningún trastorno.

Otro fenómeno que hemos observado es un cierto cinismo y desesperanza en el tratamiento de estos pacientes. Esto parece ser una forma de burn out de los tratantes.

Respecto a los efectos sistémicos, el más frecuente es la rigidización, por ejemplo, protocolos con mucho detalle que dejan poca flexibilidad al aplicarlos.

Con lo anterior no queremos decir que esto pasa siempre, más bien diríamos que es una tendencia que sucede con el tiempo. Muchas veces se producen cambios que revitalizan la institución para que después poco a poco vaya pasando lo mismo.

Una solución imperfecta

En el Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak hemos buscado una solución al problema que se produce porque los pacientes no siguen las indicaciones farmacológicas, se les indica psicoterapia y no van, se automedican, faltan a los controles y luego consultan en urgencia, etc. que hemos detallado más arriba. La solución propuesta es el Programa de Intervención Psicoeducativa y Control Farmacológico (PIP-CF).

A continuación, describiremos brevemente el programa PIP-CF que se ha implementado desde hace dos años.

Este programa consiste en convocar a los pacientes una vez al mes en grupos de hasta ocho personas. Se realizan controles farmacológicos y sesiones de psicoeducación. En el Instituto Psiquiátrico es hecho por dos médicos residentes. Adicionalmente se revisan los casos con un supervisor.

El grupo está dirigido a pacientes que sufren trastornos ansiosos, depresivos causados en forma significativa por el manejo pobre que hace el paciente de sus dificultades, esto es particularmente importante en pacientes que sufren de difusión de identidad.

Funcionamiento del Grupo

El grupo funciona en forma mensual; desde el mes de abril al mes de marzo del año siguiente, con una duración de once sesiones y está integrado por un máximo de ocho pacientes.

Las sesiones tienen una duración de noventa (90) minutos y consta de tres partes.

Primera Parte:

Los primeros sesenta minutos están dedicados a la evaluación sintomática en grupo de cada paciente, para decidir qué esquema farmacológico es el más adecuado para cada uno. Se reparte el tiempo en forma equitativa entre los pacientes para revisar sus síntomas y evaluar la efectividad de los fármacos individualmente, pero en el contexto del grupo. En otras palabras, se evalúa al paciente individualmente en presencia de los otros miembros del grupo. A pesar de que hay pocos minutos para

evaluar síntomas, es muy importante tener en cuenta que los evaluadores tienen 90 minutos para observar al paciente conductualmente y en su interacción con los otros pacientes. Esta evaluación es tan importante como la de los síntomas relacionados por los pacientes.

Si los terapeutas aún tienen dudas pueden pedirle al paciente que se quede al final del grupo para completar su evaluación; lo mismo pueden hacer si estiman que se afecta muy seriamente el pudor del paciente.

La evaluación conductual y de la interacción interpersonal en pacientes que no son conscientes de sus sentimientos, conductas e interacciones tiene una importancia decisiva para poder hacer una evaluación útil terapéuticamente (Fowler C, 2011).

Segunda parte:

Se destinan diez minutos a un recreo, durante ese tiempo los pacientes salen a tomar café o intercambiar ideas, hablar por teléfono, etc., mientras los residentes aprovechan esa instancia para hacer las recetas de los pacientes que así lo requieran y evaluar brevemente lo ocurrido durante la sesión, revisan los contenidos psicoeducativos que se impartirán en la tercera parte y se aprovecha de escribir en las fichas clínicas.

Tercera parte:

Se destinan veinte minutos para hacer una clase de psicoeducación atinente a la problemática más importante que los pacientes hayan presentado en la primera parte. Se dispone de material psicoeducativo. Los temas incluyen manejo de la ansiedad, manejo del estrés, etiología de los síntomas, mecanismo de acción y efectos colaterales de los medicamentos, manejo de relaciones interpersonales, etc. que los tratantes pueden utilizar si estiman que pueden ayudar a los pacientes a manejar mejor sus problemas o a manejar sus síntomas y tratamiento. Adicionalmente, pueden tocar otros temas si los tratantes lo estiman adecuado.

Al finalizar la sesión grupal, se destinan cuatro cupos para evaluar más detenidamente a algunos pacientes del grupo, que según el criterio de los tratantes lo necesiten.

Los tratantes al final del ciclo decidirán qué paciente continúa en tratamiento grupal, es derivado fuera o dentro del instituto de acuerdo con la respuesta terapéutica y el diagnóstico final, o si es dado de alta.

Basado en los conceptos descritos más arriba, trataremos de explicar la lógica detrás del programa PIP-CF.

Las intervenciones grupales logran aminorar los efectos que la difusión de identidad tiene sobre los pacientes.

La desconfianza no consciente de los pacientes es aminorada por el grupo. Hay pares, que al estar en la misma situación del paciente, permiten que éste tolere permanecer en la terapia más tiempo, o si interrumpe, vuelva.

Una metáfora que hemos usado para entender la situación en la cual los pacientes se sienten, es la siguiente: imagínese usted llegando al aeropuerto de un país con una cultura distinta a la nuestra, sale de inmigración en busca de un taxi o algún medio de transporte, pero no lo encuentra, se acerca a alguien que parece local y le pregunta dónde puede encontrar un taxi, él amablemente le indica donde es, pero además se ofrece a acompañarle porque para llegar al lugar las indicaciones pueden no ser suficientes. Lo que probablemente usted sentirá es temor, como extranjero no conoce las costumbres locales ni sabe reconocer los posibles asaltantes, entonces amablemente le dice que no es necesario y sigue aproximadamente las indicaciones que el local le da, con cuidado, no vaya a ser que me haya enviado a algún lugar donde amigos de él me puedan asaltar. Un poco más allá si es que no ha encontrado los taxis por su cuenta y sólo cuando es extremadamente necesario, le pregunta a alguien más; con cierto temor el proceso lo repite hasta que encuentre un medio para transportarse. Esto se parece mucho a lo que uno ve en pacientes que consultan cuando no han podido encontrar la solución ellos mismos y el terapeuta les propone un tratamiento a largo plazo, el paciente se pregunta consciente o inconscientemente ¿es necesario un tratamiento tan largo o será sólo para sacarme plata o por otra razón oculta que no alcanzo a darme cuenta? Muchos pacientes no alcanzan a sentirlo dentro de sí mismos, pero se puede adivinar en su conducta hacia el terapeuta, muy parecida a la del recién llegado al aeropuerto. Volviendo a la metáfora del aeropuerto: imaginemos ahora que usted sale de inmigración y ve a otras personas que venían en el avión en el mismo proceso de buscar taxi, claramente no son locales, no los conozco, pero son pares, y se encuentra en la misma situación con la persona amable que ofrece su ayuda, el temor sería el mismo, pero probablemente usted estaría más dispuesto a dejarse acompañar si va con estos amigos circunstanciales. Pensamos que algo muy parecido pasa con los tratamientos grupales: el paciente se siente con un poco más de confianza con personas que siente más iguales en las circunstancias, esto se puede apreciar en que es común que se hagan rápidamente "de amigos" entre los pacientes, que haya sesiones fuera de las sesiones, que los pacientes tienden a hacer grupo sin el terapeuta, como si éste fuera el enemigo peligroso, etc. Insistimos, el grupo aminora los temores del paciente, pero no hace que el paciente confíe, esta desconfianza, de la cual el paciente muchas veces no se da cuenta, sigue ahí.

Otra forma en que muchos pacientes manejan esta falta de confianza básica es regulando la distancia emocional con los

terapeutas, faltan a sesiones o interrumpen tratamiento. Nosotros hemos observado que es relativamente más fácil volver a tratamiento después de ausentarse de una o varias sesiones en un grupo; pareciera que el hecho de permanecer vinculados a los miembros del grupo lo facilita y también, que al no depender las sesiones sólo del paciente se siente menos agresivo ausentarse, por lo tanto menos sensación de que el terapeuta se puede molestar; incluso cuando esta sensación existe, lo chequean con los otros pacientes para poder volver con cierta tranquilidad a sesiones.

El grupo ayuda también a regular la distancia emocional a través de tener varios miembros, no obliga a tener que hablar, se puede hablar lo justo y necesario para la evaluación médica, escuchar la psicoeducación sin lo que para muchos pacientes son los incómodos silencios que muchas veces los terapeutas ni siquiera perciben, porque pareciera ser una conversación fluida, pero para el paciente es una constante tensión el tener que hablar.

Otros beneficios del control farmacológico en grupo es la posibilidad de hacer psicoeducación respecto al trastorno y al uso de los medicamentos, dado que los pacientes presencian lo que se les dice a otros pacientes, además de a sí mismos. El paciente está menos tenso mientras le hablan a otra persona, lo que le permite entender mejor la psicoeducación que cuando en forma individual está dirigida sólo a él. Esto ayuda a disminuir la automedicación y aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Además, los grupos PIP-CF tienen una segunda parte de sólo psicoeducación, en esta sección se puede hablar de temas relacionados a las problemáticas que los pacientes han mostrado durante la evaluación de la primera parte, por ejemplo, manejo de estrés, manejo de relaciones interpersonales, etc. que permite muchas veces a los pacientes "aprender a resolver o aminorar sus problemas". También se puede educar sobre los distintos tratamientos psicoterapéuticos para que los pacientes puedan hacer un mejor uso de ellos. En muchas instituciones este tipo de psicoeducación se hace aparte, pero con demasiada frecuencia los pacientes no asisten y los terapeutas se terminan frustrando.

Si la farmacoterapia individual en grupo y la psicoeducación se hace usando algunas técnicas de mentalización existe una buena probabilidad de que la mentalización, que habitualmente está perturbada en estos pacientes, mejore. Este logro permite que los pacientes puedan muchas veces progresar en sus dificultades, incluso después del alta.

Otra ventaja adicional de la evaluación psiquiátrica individual en grupo para instituciones que tienen una alta rotación de

médicos, por ejemplo, los médicos residentes que rotan anualmente, es que el grupo se convierte en el referente para el tratamiento, lo que permite una continuidad terapéutica que los tratamientos farmacológicos individuales no logran.

Desventajas del PIP-CF

A nuestro parecer las ventajas superan a las desventajas.

Desde el punto de vista del paciente, quizás lo que más los complica es el pudor, el hablar de temas íntimos frente a otros pacientes. Nos parece que respetar la vergüenza de los pacientes es muy importante, pero es algo que se puede trabajar respetándolo, mientras que la desconfianza básica es algo mucho más difícil de trabajar. Habitualmente los pacientes superan el decoro al crear un vínculo con el grupo. Mientras eso sucede, es muy importante decirles que entendemos el recato y que si sienten que hay temas que no pueden hablar se acerquen a los terapeutas; ellos pueden decidir si le dan un cupo individual, inmediatamente después del grupo. También es importante decirles que no se sientan presionados a hablar más de lo que a ellos les piden para evaluar sus síntomas.

Es habitual que los terapeutas empaticen con el decoro, pero que les cueste empatizar con la falta de confianza básica, por lo tanto, ellos prefieren no tratar a los pacientes en grupo pensando que un tratamiento individual sería mejor, pero muchas veces esto no es correcto especialmente con los pacientes más graves.

Otro problema para los pacientes es la sensación angustiosa que les produce el escuchar las dificultades de los otros pacientes; con frecuencia dicen "voy para sentirme mejor y salgo peor". Esta empatía excesiva que algunos pacientes tienen con otras personas es una dificultad que se puede ayudar a tolerar, explicándoles que este tipo de cosas pasan en la vida cotidiana y que el grupo es una oportunidad para aprender a manejarlas, porque no siempre se pueden evitar este tipo de situaciones.

Desde el punto de vista del terapeuta se produce la angustia de no tener suficiente tiempo para indagar en profundidad los síntomas del paciente para poder hacer una buena farmacoterapia. Esto puede ser correcto en algunas oportunidades y por eso está disponible la posibilidad de dejar al paciente para un cupo después de terminado el grupo para poder indagar en mayor profundidad dudas que el psiquiatra pudiese tener, pero es una característica de los pacientes con difusión de identidad el tener dificultades para reportar adecuadamente y con exactitud lo que les sucede, por lo tanto la oportunidad de ver al paciente en su interacción conductual por 90 minutos es tanto o más valiosa que el reporte de síntomas solamente.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. Washington DC: American Psychoatric Association Press.
2. Fonagy, P. (2004). capítulo 1. In g. G. Fonagy P, Affect regulation, mentalization and the development of self. Karnac.
3. Fonagy, P. (2004). capítulo 6. In G. G. Fonagy P, Affect regulation, mentalization and the development of self. Karnac.
4. Fowler C, P. E. (2011). Treatment Resistance. In P. E, Treatment Resistance and patient authority (p. 16). New York: W.W.Norton and Company.
5. Gomberoff, L. (1999). In L. Gomberoff, Otto kernberg, Introducción a su obra. Santiago: Mediterráneo.
6. Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the american psychoanalytic association*, 15(3): 641-685.
7. Kernberg, O. (1984). Structural Diagnosis. In O. Kernberg, Severe Personality Disorders (pp. 3-26). New Haven: Yale University Press.
8. Kernberg, O. (1984). The structural interview. In O. Kernberg, Severe Personality Disorders. New Haven: Yale University Press.
9. Menchaca A, P. O. (2007). Intermittent-continuous eclectic therapy: A group approach for borderline personality disorder. *Journal of psychiatric practice*, 13(4): 281-284.
10. Olfson M, M. R. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatr Serv.*, 60(7): 898-907.
11. Searles, H. (1965). The "dedicated physician" in the field of psychotherapy and psychoanalysis. In *Collected papers on schizophrenia and related subjects*. Hogarth press.
12. Simon G, I. Z. (2012). Is drop out after a first psychotherapy visit always a bad outcome. *Psychiatric services*, 63(7): 705-707.
13. Velazquez A, S. J. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: Motivos y contexto institucional. *Revista de psicología*, 18(2), 315-340.