

Blanca Reneses<sup>1, 2, 3, 4</sup>  
Miriam Galián<sup>1, 5</sup>  
Rosario Serrano<sup>6, 7</sup>  
Diego Figuera<sup>1</sup>  
Antonio Fernandez del Moral<sup>1</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>1, 2, 3, 4</sup>  
Manuel Fuentes<sup>3</sup>  
Manuel Trujillo<sup>8</sup>

# Una nueva Psicoterapia Breve para Trastornos límite de la personalidad. Resultados preliminares de un Ensayo controlado y aleatorizado

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos Madrid. Spain

<sup>2</sup> Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica Facultad de Medicina, Universidad Complutense Madrid. Spain

<sup>3</sup> Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC) Madrid. Spain

<sup>4</sup> Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM) Madrid. Spain

<sup>5</sup> Departamento de Personalidad y Evaluación Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

<sup>6</sup> Área de Salud del Ayuntamiento de Madrid

<sup>7</sup> Asociación Psicoanalítica de Madrid

<sup>8</sup> International Psychoanalytic Association

<sup>9</sup> University of New York. Psychiatry Department Bellevue Hospital. New York. USA

**Introducción:** La Psicoterapia centrada en la Representación Psíquica (PCRP) es una nueva psicoterapia breve manualizada para los Trastornos Límite de la personalidad (TLP). Es una técnica psicodinámica basada en los principios de las psicoterapias psicoanalíticas breves, está manualizada y diseñada para su utilización en los servicios públicos. Con el objetivo de evaluar su eficacia en pacientes ambulatorios se realizó un estudio randomizado y controlado con una muestra total de 53 pacientes. En este trabajo se presenta la metodología del estudio y los resultados preliminares de los primeros 44 pacientes al final del periodo de intervención.

**Metodología:** Ambos grupos, experimental (n= 18) y control (n= 26), recibieron tratamiento convencional, el grupo experimental recibió además 20 sesiones de PCRP realizada por cuatro terapeutas con características homogéneas y especialmente entrenados. Las variables principales de resultados fueron: Índice global de gravedad del SCL-90-R y puntuaciones de la escala de Impulsividad de Barrat y Adaptación Social SASS, comparándose entre la situación basal y al final de la intervención en cada grupo y en ambos. Los resultados preliminares resultaron significativamente superiores en el grupo experimental en las variables principales y en la mayoría de las secundarias.

**Conclusiones:** La PCRP puede suponer un avance importante para el tratamiento de los TLP si se confirman los resultados preliminares con los datos finales del estudio. Éstos se presentarán una vez finalizado el mismo incluyendo la evaluación en el seguimiento a los seis y doce meses.

**Palabras clave:** Psicoterapia breve, Trastorno límite de la personalidad, Psicoterapia manualizada, Ensayo controlado y aleatorizado

*Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(3):139-48

Correspondencia:

Blanca Reneses  
Hospital Clínico San Carlos  
Instituto de Psiquiatría  
Av/ Profesor Martín Lagos s/n  
28040 Madrid  
Correo electrónico: blanca@reneses.es; brene.es.hcsc@salud.madrid.org

## A new Time Limited Psychotherapy for BPD: Preliminary Results of a Randomized and Controlled Trial

**Introduction:** Psychic Representation focused Psychotherapy (PRFP) is a new time limited dynamic psychotherapy for the treatment of Borderline Personality Disorder. It is a psychodynamic technique based on brief psychoanalytic psychotherapy principles. It is manualized and designed to be applied in the framework of public health care services. A randomized and controlled study with a sample of 53 patients was conducted to assess PRFP efficacy. This work presents the results for the first 44 trial completers at termination of treatment.

**Methods:** Both groups, the experimental (n= 18) and control group (n= 26), received treatment as usual. The experimental group received an additional 20 (PRFP) sessions, conducted by four therapists with homogenous characteristics specifically trained in this technique. The main outcome variables measures were: Severity global index of SCL-90-R, Barrat Impulsivity Scale scores and Social Adaptation (SASS score). Baseline and final condition at termination was compared.

**Conclusions:** Preliminary results showed significantly better outcomes for the experimental group in all the main variables measured and in most of the secondary ones. PRFP may represent an important contribution for the treatment of BPD patients. Follow-up assessment at 6 and 12 months is planned.

**Keywords:** Time Limited Psychotherapy, Borderline personality disorders, Manualized Psychotherapy, Randomized controlled trial

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos límite de la personalidad (TLP) continúan generando un gran interés en el ámbito clínico tanto por la necesidad de elucidar su etiopatogenia como por la de contar con tratamientos eficaces y accesibles. El tratamiento farmacológico no es específico y no ha demostrado ser, de momento, el tratamiento de elección de manera aislada<sup>1-3</sup>. La psicoterapia continúa siendo un elemento nuclear del tratamiento tanto por sí misma como combinada con psicofármacos.

En la última década, varios estudios controlados han puesto de manifiesto la eficacia de cuatro tipos de psicoterapia manualizada de larga duración para el tratamiento de los TLPs. Dos de ellos asientan su base conceptual en los principios de la psicoterapia psicodinámica: la Psicoterapia focalizada en la Transferencia (TFP)<sup>4-6</sup>, y la Psicoterapia basada en la Mentalización (MBT)<sup>7,8</sup>. Las otras dos modalidades lo hacen en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual: Terapia Comportamental Dialéctica (*Dialectic Behaviour Therapy*, DBT)<sup>9-11</sup> y Psicoterapia basada en Esquemas (*Schema Psychotherapy*, ST)<sup>12,13</sup>. La eficacia se refiere a la mejoría de un número variable de áreas sintomáticas de la clínica propia del trastorno, en especial en la conducta suicida y autolesiva<sup>14</sup>. En todos los casos se trata de psicoterapias que requieren un mínimo de 12 a 18 meses de duración con una frecuencia de una o dos sesiones semanales.

Cabe destacar que en todas las modalidades anteriormente citadas, las cifras de abandono de tratamiento son elevadas<sup>6,12,15</sup>. Por otra parte, y a pesar de su eficacia probada, se trata de psicoterapias poco accesibles a la gran mayoría de pacientes. En un análisis comparativo entre ellas realizado recientemente por Zanarini<sup>14</sup>, se plantea la necesidad de avanzar en el desarrollo de técnicas de psicoterapia de menor duración para facilitar el acceso a un número mayor de pacientes. Paris<sup>16</sup> plantea, incluso, la hipótesis de que un tratamiento con terapias breves intermitentes podría solventar los problemas de adherencia a los tratamientos prolongados.

En este contexto, resulta razonable explorar las posibilidades que la Psicoterapia Breve dinámica puede ofrecer al tratamiento del TLP. Sin embargo, los estudios aleatorizados y controlados de Psicoterapia Dinámica Breve en Trastornos de la Personalidad son escasos. En el metaanálisis más reciente llevado a cabo por Leichsenring<sup>17</sup>, sólo se incluyen cinco estudios aleatorizados y controlados sobre Trastornos de la Personalidad. De ellos, dos se refieren a los trastornos del cluster C<sup>18,19</sup>, dos hacen referencia a los Trastornos de la Personalidad en general<sup>20,21</sup>, y sólo un estudio es específico para los TLPs, pero se refiere a la psicoterapia de grupo breve<sup>22</sup>.

Un escaso número de Ensayos clínicos aleatorizados con psicoterapia dinámica breve incluye Trastornos borderline en

las muestras de Trastornos de la personalidad, por lo que los resultados para este grupo son poco concluyentes. Tal es el caso de un estudio de psicoterapia de apoyo-expresiva de tiempo limitado (40 sesiones) frente a psicoterapia dinámica no manualizada<sup>23</sup> y otro de psicoterapia intensiva de tiempo limitado (STPP) de Davanloo<sup>24</sup>.

En el campo de las terapias inspiradas en el modelo cognitivo-conductual, se han hecho intentos de aplicar la DBT en formato reducido de 20 sesiones en una serie de casos obteniendo buenos resultados en cuanto a la disminución de la intencionalidad autolesiva con una adherencia terapéutica muy superior a la que muestran los estudios con DBT convencional<sup>25</sup>. En la misma línea, Bellino y cols<sup>26</sup> han ensayado una Psicoterapia Interpersonal adaptada a los trastornos depresivos con comorbilidad con TLP con una duración de 30 sesiones. El programa STEPPS<sup>27</sup> puede considerarse una forma breve de psicoterapia grupal y ha sido estudiado frente a tratamiento convencional con buenos resultados.

Apoyándonos en la evidencia disponible sobre la eficacia de la psicoterapia breve en algunos trastornos de la personalidad por un lado, y por otro en la evidencia de la eficacia de las psicoterapias dinámicas de tiempo prolongado en pacientes con TLP, nuestro grupo de trabajo ha desarrollado una técnica manualizada de psicoterapia breve para este tipo de pacientes denominada "Psicoterapia centrada en la representación psíquica" (PCRP).

La PCRP es una psicoterapia de tiempo limitado basada en los principios generales de la psicoterapia de orientación psicodinámica. Su elemento nuclear es el trabajo con la capacidad de representación psíquica de sí mismo y de los objetos significativos y su vinculación con los afectos correspondientes. La técnica está estructurada y manualizada y tiene carácter focal. Por su propia naturaleza puede dirigirse a objetivos terapéuticos limitados y está indicada en pacientes ambulatorios. Esta técnica ha sido desarrollada en el ámbito de la asistencia pública con el objetivo de ser eficaz, eficiente y accesible para un número amplio de pacientes.

Este estudio ha sido diseñado para testar la hipótesis de que, en los trastornos límite de la personalidad, el tratamiento combinado con PCRP más TC (Tratamiento convencional) es más eficaz que el TC en la disminución de la gravedad global de los síntomas, la mejoría específica de los grupos de síntomas característicos de la enfermedad como son depresión, ansiedad, ideación autolítica, impulsividad y baja autoestima y en el logro de mejoría en el grado de adaptación social.

En este trabajo se presenta la metodología del estudio así como los resultados preliminares correspondientes a los primeros 44 pacientes de la muestra total al final del periodo de intervención.

## METODOLOGÍA

Diseño: estudio experimental, controlado, aleatorizado y abierto en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en régimen ambulatorio.

Muestra de estudio: Se incluyeron 53 sujetos con diagnóstico de TLP atendidos en los Servicios ambulatorios del Hospital Clínico San Carlos y del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Los pacientes han sido reclutados de manera consecutiva durante un periodo de doce meses con arreglo a los siguientes criterios: Diagnóstico clínico de TLP según criterio de la DSM-IV-TR realizado por el psiquiatra tratante en la fase de selección y mediante la entrevista SCID-II<sup>28</sup> en la fase de inclusión, edad comprendida entre 18 y 50 años, estar en situación clínica de tratamiento ambulatorio y aceptar las condiciones del estudio mediante consentimiento informado. Los criterios de no inclusión fueron: presentar en el momento de reclutamiento síntomas de riesgo de suicidio activo, conductas violentas o heteroagresivas inmanejables en el nivel ambulatorio, comorbilidad con Diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria en el Eje I, con Trastorno por Dependencia de Tóxicos o enfermedad física grave actual. Se admitió el consumo de tóxicos.

Los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión se asignaron a los dos grupos de intervención a través de la generación de un muestro aleatorio simple a través de una secuencia de números aleatorios generada con EPIDAT 3.1.

Criterios de exclusión durante la fase de intervención: Son excluidos del estudio los sujetos que interrumpen la psicoterapia durante más de cuatro sesiones consecutivas sin justificación o más de seis en cualquier caso.

## DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

El grupo experimental recibió PCRP durante 20 sesiones semanales además de tratamiento psiquiátrico ambulatorio convencional; el grupo control recibió exclusivamente tratamiento convencional sin psicoterapia específica adicional durante seis meses.

### Psicoterapia centrada en la representación psíquica (PCRCP)

Es una psicoterapia psicodinámica manualizada, de duración limitada que ha sido desarrollada por el grupo de investigación. Al igual que otras psicoterapias dinámicas, la PCRCP está basada en principios psicoanalíticos clásicos, y en los propios de las psicoterapias breves. A estos principios, la PCRCP añade el trabajo focalizado en las representaciones psíquicas distorsionadas y su vinculación con los afectos y emociones correspondientes<sup>29,30</sup>. Estos fenómenos (representaciones distorsionadas y sus correspondientes afectos)

contribuyen al desarrollo y mantenimiento de algunos síntomas centrales en los trastornos límites de la personalidad, especialmente la impulsividad, la ira, el sentimiento de vacío y las manifestaciones depresivas.

Las estrategias principales de la terapia son las siguientes:

- Conducir la terapia de acuerdo a los objetivos establecidos en la evaluación.
- Identificación de los impulsos patológicos y de los estados emocionales subyacentes. La terapia trata de establecer nexos entre los estados emocionales dolorosos vividos por estos pacientes y las representaciones de objeto. Esta tarea se lleva a cabo facilitando la toma de conciencia racional del proceso de vinculación y/o evocación de representaciones y afectos<sup>29</sup>.
- Identificación de los elementos más evolucionados de la personalidad del paciente e identificación de representaciones de vínculos objetales tempranos suficientemente válidos.
- Clarificación y refuerzo de los movimientos de acercamiento afectivo a los otros y de investimento de sí mismos.
- Manejo terapéutico del límite temporal a lo largo de la terapia.

Los elementos nucleares del proceso de la terapia son los siguientes:

- Establecimiento de la alianza terapéutica y compromiso del paciente.
- Afianzamiento de su deseo de cambio y exploración sistemática y apoyo sobre los vínculos afectivos positivos que permiten al paciente iniciar la relación terapéutica.
- Ofrecer al paciente una representación psíquica de este deseo de cambio. Análisis temprano de la ambivalencia ante el deseo de ayuda y de cambio, orientada a consolidar la alianza y a favorecer la creación de un vínculo intersubjetivo realista y adecuado que actúa conteniendo la afectividad del paciente al proveerle un entorno sistemático, riguroso y respetuoso. Trabajo sistemático sobre la finalización de la terapia y la permanencia objetal.

### Elementos técnicos

Se realizan 20 sesiones consecutivas de 45 minutos de duración, con frecuencia semanal, cara a cara, con horario, lugar y condiciones predeterminadas. Las sesiones son grabadas en video o audio para efectuar los necesarios controles de adherencia.

Los terapeutas que participaron en el tratamiento experimental fueron 4 psiquiatras y 1 psicólogo clínico, todos con formación en psicoterapia psicoanalítica reglada de un mínimo de 8 años de duración y, al menos, 15 años de ejercicio profesional como terapeutas.

La homogeneidad de los tratamientos y su adherencia a la técnica está garantizada por el control externo de un psiquiatra experto en psicoterapia psicodinámica, con experiencia en trastornos de la personalidad y en investigación en psicoterapia. El método de supervisión consiste en el control aleatorio por el supervisor externo del proyecto de cinco sesiones de cada psicoterapeuta.

### Tratamiento convencional

El tratamiento psicofarmacológico se realizó según el estándar aplicado en el Hospital Clínico San Carlos, que se basa en la combinación de tres tipos de fármacos según la presencia e intensidad de tres tipos de síntomas. Si hay sintomatología depresiva se utiliza como primera elección un antidepresivo ISRS y como segunda elección uno de acción dual (ISNR). Si hay sintomatología de impulsividad se utiliza un estabilizador del estado de ánimo (primera elección Topiramato, segunda elección Gabapentina). En caso de ausencia de respuesta se indican dosis bajas de un antipsicótico atípico (primera elección Olanzapina, segunda elección otro antipsicótico atípico). Si hay síntomas de heteroagresividad se utiliza la pauta anterior de antipsicótico. Los tres tipos de fármacos se administran simultáneamente a dosis variables o de forma independiente según la sintomatología predominante. Además el paciente puede recibir en la propia consulta ambulatoria consejo psicológico no reglado. El responsable del tratamiento convencional es un psiquiatra diferente del psicoterapeuta. Se excluye cualquier forma de psicoterapia reglada en el grupo control.

### VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables principales del estudio fueron la medida de la gravedad de los síntomas generales y de la impulsividad a través las puntuaciones en las siguientes escalas estandarizadas: Índice Global de Severidad del SCL- 90- R<sup>31</sup>, Escala de Impulsividad de Barrat<sup>32</sup> y Escala autoaplicada de Adaptación Social, SASS<sup>33</sup>. Como variables de resultado secundarias se registraron las puntuaciones en las siguientes escalas que valoran otros síntomas característicos del trastorno: *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*<sup>34</sup>, Escala de Impresión Clínica Global ICG<sup>35</sup>, Escala de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS)<sup>36</sup>, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)<sup>37</sup> y Escala de Rosenberg para la valoración de la Autoestima<sup>38</sup>. La intencionalidad de suicidio se evaluó mediante la variación en el ítem correspondiente en la escala de Montgomery-Åsberg<sup>36</sup>. Por otra parte, se han

tenido en cuenta las modificaciones de tratamiento farmacológico a partir del momento inicial del estudio.

Las variables independientes del estudio fueron las siguientes: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel máximo alcanzado de estudios, ocupación sociolaboral, ocupación del padre, tipo de convivencia, tipo de crianza del sujeto (crianza en la familia de origen, crianza con otros familiares, crianza en una institución, adopción)), presencia o no de diagnóstico en el Eje I de la clasificación DSM-IV y tipo, tratamiento psicofarmacológico en la fase de inclusión en el estudio y perfil de rasgos de personalidad, medido mediante el Cuestionario de personalidad de Eysenk<sup>39</sup>.

### Seguimiento

Las variables independientes se recogen antes del inicio de la intervención. Las variables dependientes se registran antes y después del periodo de intervención. La medición en la fase de seguimiento se realiza a los 6 meses y 12 meses tras finalizar la intervención.

### Análisis estadístico

El análisis estadístico se ha realizado por intención de tratar. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias y las variables cuantitativas se resumen con su media y desviación estándar (DE).

En la comparación de las características basales de los grupos, se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de  $\chi^2$  de Pearson o prueba exacta de Fisher si fuera necesaria. Para las variables cuantitativas se compararon las medias mediante el test de la t de Student para grupos independientes.

Para el análisis estadístico de las variables de resultado principal y secundarias se han reemplazado los datos faltantes por el valor obtenido en la última observación registrada (*last observation carried forward*) en los sujetos que se han perdido durante el seguimiento en ambos grupos de estudio.

Las comparaciones intra-grupo del cambio en las puntuaciones de la escala entre el momento post y pre-intervención se realizó mediante la prueba t de Student para muestras apareadas.

Se evaluaron las diferencias, para las variables de resultado principal y secundarias, entre los grupos de tratamiento entre el momento basal y al final de la intervención (final de la PCR o 6 meses de tratamiento convencional) mediante el análisis de la varianza (ANOVA) para medidas repetidas, introduciendo el grupo de estudio como factor inter-sujeto

Dado que no se estimó *a priori* el tamaño muestral dada la ausencia de datos publicados acerca de eficacia de psico-

terapia dinámica breve, se calculó la potencia de las diferencias observadas en la muestra para las variables de resultado principales. Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación del 5%. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

## Potencia

La potencia para la escala de Barrat fue del 75%, para la escala de SCL-90 del 67% y para la escala SASS del 86%.

## RESULTADOS

Se reclutaron para el estudio 63 sujetos, de los cuales 10 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente pasaron a ser aleatorizados 53 sujetos, 25 se asignaron al grupo experimental y 28 al grupo control. Se produjeron 7 abandonos en el periodo de intervención: cuatro en el grupo control y tres en el grupo experimental. En el grupo experimental las causas de abandono fueron: en dos casos cambio de lugar de residencia tras haber recibido tres y cuatro sesiones respectivamente y en un caso insatisfacción con la asistencia recibida antes de comenzar las sesiones. Un paciente del grupo experimental fue excluido por modificación del diagnóstico durante el periodo de tratamiento. Las causas de abandono en el grupo control fueron debidas en todos los casos a insatisfacción por haber sido asignados aleatoriamente a este grupo. El proceso de

inclusión y progresión en el estudio se muestra en el diagrama de la Figura 1.

Se muestran los resultados preliminares de los primeros 44 pacientes del estudio que finalizaron la fase de intervención. Esta submuestra está compuesta por un 70% de mujeres, con edad media de 33,8 años (DE 7,5). El grupo control está constituido por 26 pacientes y el experimental por 18.

Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes se presentan en la Tabla 1. No se observaron diferencias significativas en la evaluación basal de ambos grupos, tanto referidas a las variables independientes como dependientes sociodemográficas y clínicas. Sociodemográficamente los sujetos estaban caracterizados por ser la mayoría solteros, con un nivel educativo medio, un predominio de ocupación laboral en empleos de baja exigencia técnica o intelectual. Un tercio de la muestra trabajaban, un tercio estaban desempleados y aproximadamente un 15% recibían una pensión por enfermedad.

Clínicamente, el 50% aproximadamente tenía una patología psiquiátrica concomitante en el eje I de la clasificación DSM-IV. La totalidad de la muestra recibía tratamiento farmacológico, el 90% de los sujetos recibían antidepresivos, más del 40% estabilizadores del estado de ánimo y un 30% antipsicóticos.

Los resultados comparativos entre los datos basales y los del final del periodo de intervención se muestran en la Tabla 2.

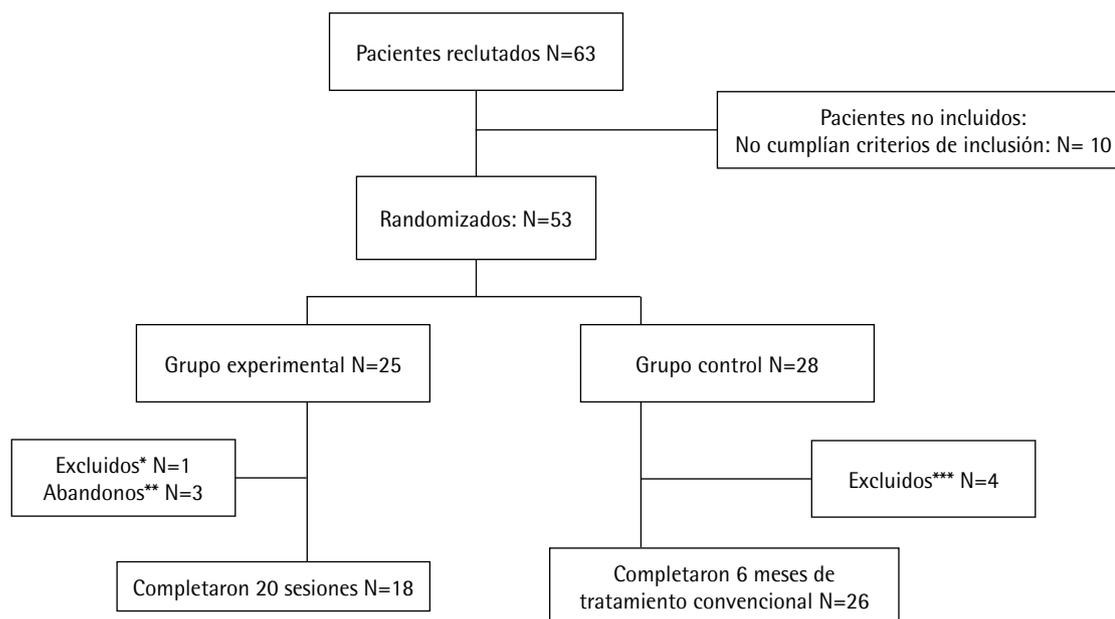


Figura 1

Progresión de los pacientes a lo largo del estudio aleatorizado y controlado comparando PCRP (20 sesiones) más tratamiento convencional (TAU) versus Tratamiento convencional (seis meses). Resultados preliminares de los primeros 44 pacientes

Tabla 1		Características sociales demográficas y clínicas basales según grupo de tratamiento asignado			
Variables		Grupo experimental (N=18)	Grupo control (N=26)	Total (N=44)	p
Edad*					
Mujer %		66,7	73,1	70,5	0,647
Estado civil %	Soltero	61,1	73,1	68,2	0,128
	Divorciado	38,9	15,4	25,0	
	Casado	0,0	11,5	6,8	
Convivencia %	Vive solo	27,8	30,8	29,5	0,956
	Pareja con/sin hijos	33,3	34,6	34,1	
	Familia origen	38,9	34,6	36,4	
Es padre/madre %		27,8	26,9	27,3	0,950
Escolarización %	Educación Primaria	27,8	15,4	20,5	0,214
	Educación secundaria	27,8	53,8	43,2	
	Graduado	44,4	30,8	36,4	
Ocupación/ Empleo %	Técnicos/ profesionales	27,8	15,4	20,5	0,576
	Administrativos asistentes/ oficinistas/ comercio	22,2	30,8	27,3	
	camareros/obreros construcción/ servicios transporte	50,0	53,8	52,3	
	Trabajando	44,4	30,8	36,4	
	Desempleado	22,2	38,5	31,8	
Situación laboral %	Pensionista	16,7	11,5	13,6	0,759
	Estudiante	5,6	3,8	4,5	
	Incapacidad transitoria	11,1	15,4	13,6	
Diagnóstico DSM IV en eje I con %		44,4	50,0	47,7	0,717
Tratamiento psicofarmacológico %		100,0	100,0	100,0	-
Antidepresivos %		88,9	92,3	90,9	1,000
Estabilizadores del ánimo %		55,6	34,6	43,2	0,168
Antipsicóticos %		38,9	19,2	27,3	0,183
Benzodiazepinas %		72,2	73,1	72,7	1,000
Eysenck neuroticismo*		21,2 (2,2)	20,6 (3,8)	20,8 (3,2)	0,547
Eysenck extroversión*		7,6 (5,3)	9,0 (5,6)	8,4 (5,4)	0,399
Eysenck Psicoticismo*		5,0 (2,5)	5,8 (3,1)	5,5 (2,9)	0,341
Eysenck sinceridad*		14,4 (4,8)	14,2 (4,3)	14,3 (4,5)	0,888

\* datos presentados con media y desviación estándar (DE)

Se observó una mejoría clínica en ambos grupos comparando la situación basal y el final del periodo de intervención de acuerdo con las medidas de todas las variables relativas a

los síntomas de la enfermedad, con excepción de la adaptación social medida mediante la escala SASS, que aumentó en el grupo control y disminuyó muy significativamente en el

Tabla 2	Variables de resultados. Diferencias entre la situación basal y final de la intervención							
	Grupo experimental (N= 18)			Grupo control (N=26)			Inter-grupos	Tamaño del efecto***
	Pre (SD)	Post (SD)	P*	Pre (SD)	Post (SD)	P*		
SCL 90	1,9 (0,4)	1,2 (0,7)	<0,001	1,9 (0,8)	1,7 (1,0)	0,079	0,016	0,78
ICG	4,7 (1,0)	3,4 (1,5)	0,008	4,6 (0,9)	4,1 (1,0)	0,045	0,101	0,79
Zanarini puntuación total	22,8 (5,4)	13,0 (7,9)	0,001	23,4 (5,7)	19,1 (6,9)	<0,001	0,026	0,97
MADRS puntuación total	28,7 (6,6)	15,9 (13,2)	<0,001	24,6 (9,9)	22,8 (11,2)	0,295	0,001	1,25
MADRS Puntuación suicidio	2,4 (1,1)	1,2 (1,7)	0,003	1,7 (1,5)	1,7 (1,7)	1,000	0,006	0,88
Puntuación STAI estado	36,2 (13,6)	24,5 (14,2)	0,003	35,4 (16,1)	32,5 (15,9)	0,337	0,063	0,57
Puntuación Rosemberg	12,3 (3,5)	18,1 (7,2)	0,003	10,8 (7,6)	11,7 (8,0)	0,452	0,019	0,77
Puntuación Barrat	63,2 (12,8)	52,5 (16,7)	0,002	69,3 (17,7)	68,2 (19,5)	0,624	0,009	0,61
Puntuación SASS	30,6 (6,7)	35,4 (8,9)	0,007	29,6 (9,6)	27,6 (10,8)	0,104	0,001	0,80
Zanarini abandono	2,8 (0,8)	1,5 (1,1)	0,003	2,7 (1,0)	2,3 (0,9)	0,067	0,027	0,96
Zanarini relaciones	3,2 (0,8)	1,9 (1,1)	<0,001	2,8 (0,9)	2,3 (0,9)	0,013	0,029	0,83
Zanarini identidad	2,9 (1,0)	2,0 (1,2)	0,035	2,9 (0,9)	2,3 (1,1)	0,013	0,521	0,28
Zanarini Impulsividad	2,6 (1,3)	1,6 (1,3)	0,006	2,7 (1,0)	2,3 (1,2)	0,090	0,166	0,52
Zanarini suicidalidad	2,1 (1,4)	0,9 (1,2)	0,012	2,3 (1,3)	1,3 (1,3)	0,001	0,666	0,14
Zanarini inestabilidad afectiva	2,9 (0,9)	1,9 (1,2)	0,017	2,9 (0,9)	2,6 (1,0)	0,039	0,131	0,51
Zanarini sentimiento de vacío	2,9 (0,8)	1,8 (1,3)	0,004	3,1 (0,9)	2,7 (1,1)	0,013	0,046	0,84
Zanarini Ira	2,2 (1,0)	1,6 (1,2)	0,158	2,5 (0,8)	2,6 (1,1)	0,656	0,123	0,79

SCL: Índice global de Severidad del SCL-90; ICG Escala de Impresión Clínica Global ; MADRS: Escala de Depresión Montgomery-Asberg ; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo ; SASS: Escala Autoaplicada de Adaptación Social  
 \* T de student para datos apareados  
 \*\* Término de interacción intergrupo del análisis de la varianza (ANOVA) para medidas repetidas  
 \*\*\* El tamaño del efecto se estimó dividiendo la diferencia entre grupos del cambio absoluto, en términos de mejoría, al final del seguimiento, entre la desviación estándar conjunta basal

experimental. La mejoría del grupo experimental fue significativamente mayor conforme a las medidas de las variables principales de resultados: Índice de gravedad del SCL-90, ICG, Escala de Impulsividad de Barrat y escala de adaptación social SASS.

Con la muestra alcanzada hasta el momento del análisis la potencia del contraste de hipótesis para encontrar esta medida de efecto para las variables de resultado principales, ha sido de 75% para la Escala de Impulsividad de Barrat,

67% para el Índice de gravedad del SCL-90 y 86 % para la Escala SASS de discapacidad.

Así mismo, la mejoría clínica fue significativamente superior en el grupo experimental conforme a las variables secundarias de resultados: escala de Zanarini (puntuación global), síntomas depresivos de acuerdo con el MADRS, ideación suicida (ítem de suicidio del MADRS), autoestima (escala de Rosemberg) y discapacidad medida mediante el SASS. La mejoría en el estado de ansiedad fue mayor en el grupo

experimental estando cerca de la significación estadística. Lo mismo puede decirse de la mejoría clínica conforme al ICG.

## DISCUSION

Los resultados preliminares del estudio ponen de manifiesto que el grupo que recibió PFRP tuvo una mejoría superior al grupo control en las variables principales de resultados, es decir, en la gravedad de los síntomas generales, en el nivel de la impulsividad y en el grado de adaptación social. La potencia del contraste de hipótesis con los instrumentos utilizados en las variables principales es cercana o superior a 0,80 en todos los casos.

La gravedad global de los síntomas experimentó una sustancial disminución en el grupo experimental, medida a través del SCL-90. Este resultado es comparable a varios estudios controlados y aleatorizados de diferentes formas de psicoterapia para TLP<sup>6,23</sup>. La gravedad medida a través del ICG, aunque muestra también una disminución importante en el grupo experimental frente al control, no tiene significación estadística, bien es cierto que se trata de una medida general de gravedad subjetiva emitida por el psiquiatra responsable del caso frente al SCL-90 que es una medida objetiva no influida por el juicio del clínico.

La medición de la gravedad sintomática específica del trastorno, evaluada mediante la escala de Zanarini<sup>34</sup> también es una medida subjetiva del clínico, aunque centrada en los síntomas específicos y muestra una diferencia significativa en favor del grupo experimental. Los datos apuntan a que los síntomas de sentimiento de abandono, alteración en las relaciones interpersonales y sentimiento de vacío son los que mejoran significativamente más entre los nueve que evalúa la escala. El Programa STEPPS<sup>27</sup> también obtuvo un resultado positivo frente al tratamiento convencional medido mediante de la Escala de Zanarini; en este caso la mejoría se refería también a las relaciones interpersonales, el sentimiento de abandono y a la impulsividad, en cambio este tipo de psicoterapia no fue superior al tratamiento convencional en la gravedad de los síntomas generales.

El grupo que recibió PCRP mejoró significativamente más que el control en los síntomas depresivos medidos a través de la escala MADRS. Este es un efecto observado en algunos estudios de eficacia de psicoterapia en TLP de breve<sup>8,26,27</sup> y larga duración<sup>8</sup>. En la misma línea de la sintomatología afectiva, se observa una mejora muy significativa en el nivel de autoestima medido a través de la escala de Rosenberg. Este hallazgo tiene gran importancia dado que la autoestima en los pacientes con TLP es muy débil, esta fragilidad genera un gran sufrimiento en los pacientes actuando como un factor patogénico.

En nuestro estudio se ha valorado específicamente el ítem de ideación de suicidio de la escala MADRS, también la

mejoría experimentada en el grupo que recibió psicoterapia fue superior al control. Esta mejoría es congruente con la disminución de la sintomatología depresiva, el incremento de la autoestima sumado a la disminución de la impulsividad. La mayoría de las psicoterapias para TLP evaluadas hasta la fecha mediante RCTs han demostrado su eficacia sobre todo en la disminución de la conducta suicida y autolesiva<sup>6,8,11,15,26</sup>. En los resultados preliminares de este RCT también se observa este efecto, pero, además, otros síntomas clínicos experimentan una mejoría de la misma dimensión. Es esperable que con la disminución de la impulsividad por una parte, y de los síntomas depresivos por otra, se produzca consecuentemente una disminución de las conductas suicidas y autolesivas.

En nuestros resultados preliminares, la disminución de la impulsividad resultó ser importante conforme a la hipótesis inicial. La PFRP tiene como objetivo principal contribuir a la disminución de la impulsividad mediante dos mecanismos: por una parte, la disminución y contención de reacciones emocionales adversas ante situaciones que se interpretan como abandono o como minusvaloración. Por otra parte por un incremento en la capacidad de representación psíquica que, acorde con el criterio de Bender y Skodol<sup>40</sup> se encuentra funcionalmente disminuida en estos pacientes. Tal capacidad de representación, en términos psicodinámicos, podría llevar a una mayor capacidad inhibitoria prefrontal de conductas impulsivas en situaciones de emociones negativas<sup>41-43</sup>. Este control debería traducirse en una mayor capacidad reflexiva que, en sí misma, constituye un factor modulador para la impulsividad.

Aunque este estudio no estaba diseñado para esta establecer correlaciones proceso-resultados, ha de reconocerse que los resultados positivos obtenidos sólo constituyen medidas indirectas de la capacidad de representación psíquica. Es decir, no podemos afirmar por ahora qué componentes específicos de la psicoterapia son responsables de los buenos resultados clínicos. En el futuro, será necesario desarrollar alguna medida específica de la capacidad de representación psíquica y de reflexión para este fin.

El trastorno límite de la personalidad está asociado a una discapacidad importante. En nuestro estudio la discapacidad asociada a la enfermedad mejora significativamente en el grupo que recibe psicoterapia, frente a un leve empeoramiento en el grupo control. Otras psicoterapias de tiempo prolongado en régimen ambulatorio también han demostrado disminuir la discapacidad asociada a la enfermedad al final de la intervención<sup>6-8,10,15,23</sup>. En cambio, ninguna psicoterapia breve ha mostrado este efecto en los TLP a excepción de la psicoterapia breve intensiva de Davanloo en una muestra heterogénea de trastornos de la personalidad<sup>24</sup>.

De acuerdo con la interpretación de Kazis<sup>44</sup>, tamaño del efecto fue muy robusto para las variables de resultado y la mayoría de las variables secundarias: ICG, MADRS (puntuación

ción total y del ítem de suicidio), Rosemberg y SASS. Fue moderado para Barrat y STAI estado.

Otro elemento interesante a tener en cuenta en estos resultados preliminares es el relativo a las cifras de abandono del tratamiento. Uno de los problemas más relevantes en el tratamiento de estos pacientes es su dificultad de mantener la adherencia al mismo. En nuestros resultados preliminares hay un 20% de abandonos en el grupo experimental y un 18% en el grupo control. En varios estudios publicados se comunican cifras de abandono superiores al 20%<sup>6,8</sup>.

En el grupo experimental los abandonos se produjeron en las primeras cuatro sesiones de tratamiento, siendo en dos casos debido a un cambio de residencia no esperado y sólo en un caso por insatisfacción con la atención recibida. En el grupo control las razones del abandono fueron expresadas como desacuerdo con no haber sido incluidos en el grupo experimental, a pesar de conocer las condiciones del estudio y haber firmado el consentimiento para participar. Aunque todos los estudios con psicoterapia para este tipo de patología muestran una proporción de abandono superior al 20%, no es posible extraer conclusiones por ahora dada la limitación de los resultados debiendo esperar a la finalización del estudio y seguimiento.

Los resultados preliminares de este estudio apuntan a que es posible obtener una mejoría significativa en diferentes áreas de síntomas y funcionalidad en pacientes que padecen un TLP en un corto espacio de tiempo utilizando terapias dinámicas, añadidas al tratamiento convencional.

Además de la eficacia, el hecho de que los pacientes que se han incluido en el estudio representen una muestra típica de la asistencia ambulatoria pública en España, apoya la posible efectividad de la terapia. De confirmarse los resultados, la PFRP representaría un módulo terapéutico, eficaz, efectivo y accesible para el gran número de pacientes de TLP que acuden a nuestras consultas ambulatorias.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados que se presentan deben interpretarse en el contexto de las limitaciones de este estudio que son varias: en primer lugar, se trata de resultados parciales y preliminares y, por tanto, el tamaño muestral es pequeño; además no disponemos todavía de los datos de seguimiento. En segundo lugar se trata de un estudio sin cegamiento para los investigadores y pacientes por la dificultad inherente a los ensayos con psicoterapia. En tercer lugar, es el primer estudio realizado con esta técnica. Para extraer conclusiones más sólidas es necesario esperar a disponer de los datos completos del estudio incluido el periodo de seguimiento y, posteriormente, ampliarse a muestras más extensas.

## FINANCIACIÓN

Este estudio ha sido realizado gracias a la subvención del Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, obtenida en convocatoria pública (PI 070133).

## AGRADECIMIENTOS

María López y Guillermo Salcedo que han participado en el trabajo de campo. Facultativos de los servicios ambulatorios de psiquiatría de los Hospitales Clínico San Carlos y Universitario 12 de Octubre de Madrid que han contribuido en el reclutamiento de la muestra de estudio.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ningún autor tiene conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stoffers J, Vollm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;6:CD005653.
2. Lieb K, Vollm B, Rucker G, Timmer A, Stoffers JM. Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *Br J Psychiatry.* 2010;196(1):4-12.
3. Binks CA, Fenton M, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;25(1):CD 005652.
4. Clarkin JF, Kernberg OF. The personality disorders Institute / Borderline personality research Foundation randomized controlled borderline personality disorder : rationale, methods and patient characteristics. *J Pers Disord.* 2004;18(1):52-72.
5. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal.* 2008;89(3):601-20.
6. Doering S, Horz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2010;196(5):389-95.
7. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment.* Oxford: Oxford University Press, 2004.
8. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166(12):1355-64.
9. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(12):1060-4.
10. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1993;50(12):971-4.
11. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):757-66.

12. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(6):649-58.
13. van Asselt AD, Dirksen CD, Arntz A, Giesen-Bloo JH, van Dyck R, Spinhoven P, et al. Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *Br J Psychiatry*. 2008;192(6):450-7.
14. Zanarini MC. Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(5):373-7.
15. Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1355-64.
16. Paris J. Intermittent psychotherapy: an alternative to continuous long-term treatment for patients with personality disorders. *J Psychiatr Pract*. 2007;13(3):153-8.
17. Leichsenring F, Rabung S, et al. The efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in Specific Psychiatric Disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1208-16.
18. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, et al. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies: Outcome and alliance. *Journal of Psychotherapy Practice and Reseach*. 1998;7:261-71.
19. Svartberg M, Tore C, et al. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161(5):810-7.
20. Winston A, Pollack J, et al. Brief psychotherapy of personality disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179(4):188-93.
21. Winston A, Laikin M, et al. Short-Term Psychotherapy of Personality Disorders. *Am J Psychiatry*. 1994;151(2):190-4.
22. Munroe-Blum H, Marzliani E. A controlled trial of short term group treatment for borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 1995;9:190-8.
23. Vinnars B, Barber JP, et al. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*. 2005;162(10):1933-40.
24. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, Kalpin A. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nervous and Mental Diseases*. 2008;196(3):211-6.
25. Stanley B, Brodsky B, Nelson JD, Dulit R. Brief dialectical behavior therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Arch Suicide Res*. 2007;11(4):337-41.
26. Bellino S, Rinaldi C, Bogetto F. Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: a comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Can J Psychiatry*. 2010;55(2):74-81.
27. Blum N, St John D, Pfohl B, Stuart S, McCormick B, Allen J, et al. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 2008;165(4):468-78.
28. First MB, Gibbon M, et al. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. SCID-II. Barcelona: Masson, 1999.
29. Trujillo M. The treatment of narcissitic disorders with short-term dynamic psychotherapy. In: Magnavita J, ed. *Comprehensive handbook of psychotherapy*. New York: John Willey and sons, 2002; p. 32-8.
30. Trujillo M. Intensive short-term dynamic psychotherapy. In: Sadok B, Sadok V, Ruiz P, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 2010.
31. Derogatis LR. Manual SCL-90-R. Adaptación Española. González de Rivera JL y cols. Madrid: TEA Ediciones S.A., 2002.
32. Barrat ES. Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder. Development in risk assesment. In: Monahan J, Steadman HJ, eds. *Chicago: The University of Chicago Press*, 1995; p. 61-79.
33. Bobes J, González MP, et al. Validación en español de la Escala de adaptación Social SASS. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:71-80.
34. Zanarini MC. Zanarini Rating Scale for Borderline personality disorders: a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Disord*. 2003;17(3):233-42.
35. Guy W. Early Clinical drug evaluation. *Assesment Manual*. Rockville: National Institute of Health, 1976.
36. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
37. Spielberg CD, Goruch RL, et al. *Manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto (CA): Consulting Psychological Press, 1970.
38. Rosemberg M. *Society and adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press, 1965.
39. Eysenk H. *A model of personality*. New York: Springer-Verlag, 1981.
40. Bender DS, Skodol AE. Borderline personality as a self-other representational disturbance. *J Pers Disord*. 2007;21(5):500-17.
41. Siever LJ, Weinstein LN. The neurobiology of personality disorders: implications for psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 2009;57(2):361-98.
42. Seres I, Unoka Z, Bodi N, Aspan N, Keri S. The neuropsychology of borderline personality disorder: relationship with clinical dimensions and comparison with other personality disorders. *J Pers Disord*. 2009;23(6):555-62.
43. LeGris J, van Reekum R. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Can J Psychiatry*. 2006;51(3):131-42.
44. Kazis LE, Anderson J, Meenan R. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care*. 2011;27:S178-S189.