

V. Pérez¹
J. Barrachina²
J. Soler¹
J. C. Pascual¹
M. J. Campins¹
D. Puigdemont¹
E. Álvarez¹

Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio

¹ Departamento de Psiquiatría.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma (UAB)
Barcelona

² Hospital de Dia Lúria
CPB-SSM

La ICG-TLP es una adaptación de la escala de Impresión Clínica Global (ICG) diseñada con el objetivo de evaluar tanto la severidad como el cambio postintervención en pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (TLP). Está compuesta por 10 ítems que puntúan los nueve dominios psicopatológicos relevantes del TLP y una puntuación global adicional. La ICG-TLP consta de dos formatos, la ICG-TLP-S para evaluar la severidad actual y la ICG-TLP-M para evaluar la mejoría. Para establecer las propiedades psicométricas de la ICG-TLP ésta fue administrada a 78 pacientes (11 hombres y 67 mujeres) en el marco de una intervención terapéutica de 4 meses de duración. La ICG-TLP muestra buenas características de validez, fiabilidad (α de 0,85 y 0,89; CCI: 0,86 y 0,78), una adecuada sensibilidad al cambio y una estructura factorial de dos factores que explican el 67,4% de la varianza total. La ICG-TLP es una escala simple y fácil de administrar que corrige la excesiva generalización característica de su versión original y permite evaluar la severidad y el cambio en pacientes TLP.

Palabras clave:

Escala. ICG. Trastorno límite de la personalidad. Cambio. Evaluación. Ensayos.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(4):229-235

The clinical global impression scale for borderline personality disorder patients (CGI-BPD): a scale sensible to detect changes

The CGI-BPD scale is an adaptation of the Clinical Global Impression (CGI) scale designed to assess severity and post-intervention changes in patients with Borderline Personality Disorder (BPD). It contains 10 items that score the nine relevant psychopathological domains of BPD, plus an additional global score. The CGI-BPD has two formats, the CGI-BPD-S, to evaluate the present severity, and the CGI-BPD-I to evaluate improvement. To establish the psychometric properties of the CGI-BPD,

the test was administered to 78 BPD patients, 11 men and 67 women, within the framework of a 4-month therapeutic intervention. The modified scale showed good validity and reliability (α 0.85 and 0.89; CCI: 0.86 and 0.78), adequate sensitivity to change, and a two-factor structure accounting for 67.4% of total variance. While remaining simple to administer, the CGI-BPD may correct the excessive generalisation contained in its original version and is a useful tool to evaluate severity and change in BPD patients.

Key words:

Scale. CGI. Borderline personality disorder. Change. Evaluation. Trials.

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) genera en la actualidad un gran interés en la investigación clínica debido a su elevada prevalencia y sus elevados costes sanitarios¹. El aumento de estudios realizados con pacientes TLP ha surgido paralelamente al desarrollo de diversos instrumentos que permiten su diagnóstico y evaluación.

La existencia de estas entrevistas diagnósticas, como, por ejemplo, el *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R)² nos permite obtener un diagnóstico fiable y determinar la severidad del trastorno. No obstante, estos instrumentos, debido a su marco temporal de evaluación no están diseñados para detectar los cambios producidos por una intervención. Además, estas entrevistas requieren un amplio tiempo de administración, lo que dificulta su utilización en las visitas de evaluación que se realizan para valorar el efecto del tratamiento.

Una estrategia habitual en los ensayos clínicos realizados con este trastorno, que presenta un amplio espectro sintomatológico, ha sido administrar una batería de diferentes escalas que evalúan síntomas específicos. Las escalas más utilizadas son la *Hamilton Rating Scale-Depression* (HRS-D)³ para evaluar sintomatología depresiva o la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)⁴ para los síntomas psicóticos. No obstante, algunos síntomas característicos del TLP como senti-

Correspondencia:

Victor Pérez
Departamento de Psiquiatría
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Av. Sant Antoni M.^o Claret, 167
08025 Barcelona
Correo electrónico: vperez@hsp.santpau.es

mientos de vacío, temor al abandono o los problemas en las relaciones interpersonales no están contemplados en estas escalas. Recientemente se han desarrollado herramientas de evaluación específicas para el TLP que pretenden determinar la severidad del trastorno y los cambios producidos por una determinada intervención^{5,6}.

La Impresión Clínica Global (ICG)⁷ ha sido frecuentemente administrada en estudios clínicos para evaluar tanto la severidad de un trastorno como los cambios inducidos por los tratamientos, siendo habitualmente utilizada como variable primaria de eficacia en varios trastornos psiquiátricos, como en la esquizofrenia⁸ y en la depresión⁹, entre otros. Consta de tres medidas globales diseñadas para evaluar la efectividad de un determinado tratamiento: *a*) severidad de la enfermedad, que evalúa la severidad actual de los síntomas del paciente; *b*) mejoría global, que compara el estado actual del paciente con el de la línea base, y *c*) índice de eficacia, que compara la condición de línea base del paciente con una *ratio* del beneficio terapéutico actual y la severidad de los efectos secundarios.

La ICG es una escala fácil de aplicar que proporciona información general, tanto del estado del paciente como del cambio causado por una intervención. Estas características la han convertido en una variable casi indispensable en los estudios que pretenden determinar la eficacia de las intervenciones¹⁰. No obstante, un formato tan sencillo y genérico de evaluación, que permite su aplicación en cualquier trastorno, ha sido cuestionado por ser inconsistente y poco fiable^{11,12}.

Adaptaciones de la ICG a un determinado trastorno probablemente resultarían igualmente sencillas y prácticas y además garantizarían una mayor validez del instrumento. En este sentido, Spearing et al.¹³ diseñaron una modificación de la ICG para su uso en el trastorno bipolar (CGI-BP), ajustándola a los síntomas y fases características del trastorno.

La ICG-TLP es una adaptación de la ICG original para su uso específico en la evaluación de la gravedad y del cambio en pacientes diagnosticados de TLP. El objetivo de este estudio es analizar las propiedades psicométricas de la escala ICG-TLP, tanto en su formato para evaluar severidad (ICG-TLP-S) como en su formato para evaluar los cambios en la sintomatología del paciente límite (ICG-TLP-M).

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos

La muestra estaba compuesta por 78 pacientes ambulatorios que participaban en un ensayo clínico realizado en nuestro departamento de psiquiatría¹⁴. Todos los sujetos eran evaluados y diagnosticados de TLP mediante las entrevistas semiestructuradas DIB-R y *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II). Los sujetos incluidos en el estudio debían tener edades comprendidas entre los 18 y 45 años y no debían presentar diagnóstico actual de síndrome orgánico cerebral, esquizofrenia, psicosis inducida por drogas, depen-

dencia del alcohol u otros tóxicos, trastorno bipolar, retraso mental o episodio depresivo mayor. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Material

- *Impresión Clínica Global para pacientes con Trastornos Límites de la Personalidad* (ICG-TLP). Es una escala compuesta por 10 ítems, los nueve primeros evalúan los nueve dominios psicopatológicos relacionados con los nueve criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, mientras que el décimo es una valoración global ponderada. Cada ítem se puede puntuar de 1 a 7 en función de la frecuencia y la intensidad de los síntomas (v. anexo). La ICG-TLP tiene dos formatos: *a*) ICG-TLP-S, de severidad general, que evalúa la severidad actual de cada uno de los nueve síntomas, y *b*) ICG-TLP-M, de mejoría, que evalúa la mejoría en cada uno de los síntomas al ser comparados con la evaluación de la línea base.
- *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised* (DIB-R)². Es una entrevista semiestructurada diagnóstica del TLP que está compuesta por 125 ítems, de los que se derivan 22 frases resumen (FR) que pueden tomar tres valores (0: no; 1: probable; 2: sí). Las FR a su vez dan lugar a las cuatro puntuaciones de área (PA): cognitiva, afectos, patrones de acción impulsivos y relaciones interpersonales. Las PA determinan la puntuación global en una escala que oscila entre 0 y 10, siendo las puntuaciones iguales o superiores a 6 compatibles con el diagnóstico de TLP. La DIB-R dispone de una validación previa en población española¹⁵.
- *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders* (SCID-II)¹⁶. Es una entrevista semiestructurada diagnóstica de los trastornos de eje II que dispone de una validación previa en población española¹⁷.
- *Hamilton Rating Scale-Depression* (HRS-D)³, *Hamilton Rating Scale-Anxiety* (HRS-A)¹⁸ y *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS)¹⁹ para medir la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos.
- *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS)⁴. Para evaluar la intensidad y características de síntomas psicóticos.
- *Buss-Durkee Inventory* (BDI)²⁰. Es un cuestionario autoadministrado que evalúa hostilidad. Se obtienen siete puntuaciones de subescalas (ataque/assalto, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelo/sospecha y hostilidad verbal) y una puntuación de hostilidad global.
- *Profile of Mood States* (POMS)²¹. Es un cuestionario de 35 adjetivos que describen el estado de ánimo subjetivo que se agrupan en seis categorías: tensión, depresión, hostilidad, vigor, fatiga y confusión.
- *Registros conductuales* (RC). Ficha de registro semanal que incluye la frecuencia de intentos de suicidio, visitas a urgencias, conductas agresivas-impulsivas y atracones.

Anexo							
ICG-TLP-S							
Según su experiencia en este tipo de pacientes, ¿cuál es el grado de enfermedad del paciente en este momento?							
	Normal, no está enfermo	Mínimamente enfermo	Levemente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Muy gravemente enfermo
1. Abandono	1	2	3	4	5	6	7
2. Relaciones inestables	1	2	3	4	5	6	7
3. Identidad	1	2	3	4	5	6	7
4. Impulsividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Suicidio	1	2	3	4	5	6	7
6. Inestabilidad afectiva	1	2	3	4	5	6	7
7. Vacío	1	2	3	4	5	6	7
8. Ira	1	2	3	4	5	6	7
9. Ideación paranoide	1	2	3	4	5	6	7
TLP general	1	2	3	4	5	6	7
ICG-TLP-M							
Puntúe la mejoría independientemente de que, a su juicio, sea o no debida por completo al tratamiento. Comparando con el estado del paciente cuando inició el estudio, ¿cuánto ha cambiado el paciente?							
	Ha mejorado muchísimo	Muy mejorado	Ligeramente mejorado	No ha cambiado	Ligeramente peor	Mucho peor	Muchísimo peor
1. Abandono	1	2	3	4	5	6	7
2. Relaciones inestables	1	2	3	4	5	6	7
3. Identidad	1	2	3	4	5	6	7
4. Impulsividad	1	2	3	4	5	6	7
5. Suicidio	1	2	3	4	5	6	7
6. Inestabilidad afectiva	1	2	3	4	5	6	7
7. Vacío	1	2	3	4	5	6	7
8. Ira	1	2	3	4	5	6	7
9. Ideación paranoide	1	2	3	4	5	6	7
TLP general	1	2	3	4	5	6	7

Procedimiento y análisis

Las escalas fueron administradas quincenalmente durante todo el período de tratamiento, aunque para el análisis psicométrico se utilizaron las puntuaciones basales de cada sujeto y las de la última evaluación.

Los datos fueron tratados con el paquete estadístico SPSS/PC (versión 11.0) y se realizaron los siguientes análisis: estudio de la validez interna (estructura factorial) de la ICG-TLP a través de un análisis de componentes principales, estimación de la consistencia interna del de la ICG-TLP a través del coeficiente α de Cronbach, fiabilidad entre evaluadores mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), sensibilidad al cambio comparando las puntuaciones basales y finales (postintervención terapéutica) de la ICG-TLP y HRS-D, HRS-A, MADRS, BPRS, BDI, POMS, RC.

Para estudiar la validez concurrente de la ICG-TLP se utilizaron correlaciones de los ítems de la escala y agrupaciones de ítems que evalúan el mismo contenido de las entrevistas DIB-R y SCID-II.

RESULTADOS

La muestra estaba compuesta por 78 sujetos, de los que el 14,1% eran hombres y el 85,9% mujeres, con una media de edad de 26,96 (desviación estándar [DE]: 5,82, y rango: 19-43). La severidad de la sintomatología TLP era moderada-grave (DIB-R media: 7,36; DE: 1,36; rango: 6-9).

Validez

Determinamos la validez concurrente de la escala ICG-TLP mediante la comparación entre las puntuaciones ob-

Tabla 1		Validez convergente de la ICG-TLP-S y agrupaciones de ítems de la DIB-R y SCID-II del mismo contenido							
	(DIB-R) Abandono	(DIB-R) Relaciones inestables	(SCID-II) Identidad	(DIB-R) Impulsividad	(DIB-R) Suicidio	(DIB-R) Inestabilidad afectiva	(DIB-R) Vacío	(DIB-R) Ira	(DIB-R) Ideación paranoide
ICG-TLP 1	0,354**	0,182	-0,024	0,008	0,296*	0,198	0,034	-0,079	0,344**
Abandono	0,004	0,147	0,843	0,948	0,017	0,114	0,788	0,531	0,005
ICG-TLP 2	0,196	0,337**	0,139	0,409**	0,365**	0,221	-0,013	0,417**	0,410**
Relaciones inestables	0,118	0,006	0,246	0,001	0,003	0,077	0,915	0,001	0,001
ICG-TLP 3	0,374**	0,250*	-0,032	0,095	0,005	0,082	0,293*	-0,077	0,145
Identidad	0,002	0,041	0,788	0,444	0,969	0,510	0,016	0,534	0,241
ICG-TLP 4	-0,136	0,220	-0,043	0,510**	0,281*	0,047	0,046	0,462**	0,259*
Impulsividad	0,280	0,079	0,719	0,000	0,024	0,712	0,717	0,000	0,037
ICG-TLP 5	-0,159	0,135	0,213	0,001	0,593**	-0,019	0,171	0,070	0,188
Suicidio	0,205	0,282	0,075	0,994	0,000	0,880	0,174	0,579	0,135
ICG-TLP 6	0,150	0,200	0,057	0,242*	0,411**	0,233	0,344**	0,188	0,345**
Inestabilidad afectiva	0,227	0,105	0,634	0,048	0,000	0,058	0,004	0,128	0,004
ICG-TLP 7	0,130	0,211	0,368**	0,029	0,242	0,120	0,484**	-0,107	0,125
Vacío	0,297	0,088	0,002	0,819	0,050	0,337	0,000	0,392	0,317
ICG-TLP 8	-0,078	0,106	-0,110	0,443**	0,328**	0,340**	0,169	0,493**	0,306*
Ira	0,532	0,399	0,362	0,000	0,007	0,005	0,176	0,000	0,013
ICG-TLP 9	0,096	0,189	0,142	0,231	0,352*	0,302*	0,209	0,267	0,520**
Ideación paranoide	0,515	0,199	0,325	0,115	0,014	0,037	0,154	0,066	0,000

**p < 0,001. *p < 0,05. (DIB-R), (SCID-II): son agrupaciones de ítems de las entrevistas DIB-R y SCID-II del mismo contenido que el ítem correspondiente en la ICG-TLP.

tenidas en dicha escala y los 39 ítems de la entrevista diagnóstica DIB-R que evalúan los mismos síntomas (abandono con los ítems: 88, 89 y 90; relaciones inestables con los ítems: 98, 99 y 100; impulsividad con los ítems: 59, 60, 62 y 70-79; suicidio con los ítems: 65, 67 y 68; inestabilidad afectiva con los ítems: 5-7, 11-13, 16 y 18; vacío con el ítem 22; ira con los ítems 13 y 73-76, e ideación paranoide con los ítems: 36, 37 y 38). Adicionalmente, el ítem Identidad se comparó con el ítem equivalente de la SCID-II (ítem 92). La comparación con entrevistas diagnósticas ya había sido previamente utilizada para establecer la validez concurrente de escalas que evaluaban el TLP⁶. La tabla 1 muestra las correlaciones entre las puntuaciones de las entrevistas DIB-R y SCID-II con los 9 ítems de la ICG-TLP-S.

Estructura y consistencia interna

El análisis de componentes principales de la ICG-TLP-S muestra una solución de dos factores interpretables con «eigenvalues» superiores a 1.

La tabla 2 muestra las cargas factoriales de los nueve ítems de la escala para cada factor. La solución de dos factores explica un 67,4% de la varianza total. El primer factor, con el 47,8% de la varianza, agrupa cinco de los nueve

ítems de la escala: impulsividad, ira, suicidio, y con menor carga factorial ideación paranoide y relaciones inestables. A este factor se le ha etiquetado como «trastorno conductual/interpersonal». El segundo factor aporta un 19,5% a la varianza y está formado por cuatro ítems: identidad, vacío, abandono e inestabilidad afectiva, que hacen referencia a

Tabla 2		Cargas factoriales y factores de la ICG-TLP-S	
Ítems ICG-TLP-S	Factor 1 (Tr. conductual/ interpersonal)	Factor 2 (problemas del yo)	
4. Impulsividad	0,889		
8. Ira	0,883		
5. Suicidio	0,712		
9. I. paranoide	0,696		
2. Relaciones inestables	0,583		
3. Identidad		0,884	
7. Vacío		0,842	
1. Abandono		0,793	
6. I. afectiva		0,653	

alteraciones de la identidad y ha sido etiquetado como «problemas del yo».

La consistencia interna de la escala, evaluada mediante el estadístico α de Cronbach, es de 0,85 para la ICG-TLP-S y de 0,89 para la ICG-TLP-M. En el análisis del valor de α , ítem por ítem, la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes que perjudiquen al α global.

Para determinar la fiabilidad entre evaluadores se utilizó el CCI para cada ítem de la ICG-TLP-S y de la ICG-TLP-M. Se compararon las puntuaciones obtenidas por dos investigadores que evaluaron independientemente una submuestra de 30 sujetos. Las puntuaciones CCI para cada escala e ítem aparecen en la tabla 3.

Sensibilidad al cambio

Para establecer la capacidad de la escala para detectar mejorías en la sintomatología del TLP se relacionaron las puntuaciones obtenidas en la ICG-TLP-M con las mejorías observadas en las escalas sintomatológicas. Para ello se determinó el nivel o porcentaje de mejoría comparando las puntuaciones iniciales con las finales postratamiento en aquellos ítems y escalas que por contenido permitían dicha comparación. Las correlaciones entre las puntuaciones de la ICG-TLP-M y las puntuaciones de mejoría aparecen en la tabla 4.

DISCUSION

A pesar de que el TLP es el trastorno de personalidad con mayor número de ensayos clínicos realizados, hasta hace poco no se disponía de herramientas específicas que permitieran detectar los cambios producidos por las intervenciones. La mayoría de los estudios utilizan múltiples escalas

sintomatológicas diseñadas para evaluar la severidad de trastornos del eje I. Recientemente, Zanarini⁶ ha desarrollado un instrumento (ZAN-BPD) que persigue los mismos objetivos que la ICG-TLP y que presenta buenas propiedades psicométricas. A diferencia de este instrumento, la ICG-TLP consta de dos formatos, uno orientado hacia la severidad (ICG-TLP-S) y el otro hacia la mejoría (ICG-TLP-M). En el presente estudio se describen los resultados que hacen referencia no sólo a los cambios relacionados con la variación inherente al propio trastorno a lo largo del tiempo, sino también a los relacionados con los efectos del tratamiento psicofarmacológico que se ha realizado durante 4 meses.

Las correlaciones obtenidas entre los ítems de la ICG-TLP y los de las entrevistas diagnósticas señalan una elevada validez convergente. No obstante, dos ítems, identidad e inestabilidad afectiva, parecen tener una escasa o nula relación con sus agrupaciones comparativas. Aunque algunos ítems tienen un comportamiento muy específico, como es el caso de suicidio, que sólo se relaciona con su propia agrupación diagnóstica, lo habitual es que existan correlaciones con otras agrupaciones (desde uno hasta cuatro). Esto probablemente resulte inevitable en un trastorno como el TLP, que cuenta con múltiples áreas de disregulación interrelacionadas (afecto, conducta, relaciones interpersonales, identidad y cognitiva).

El análisis factorial señala la existencia de dos factores que explican gran parte de la varianza total. El primer factor, «trastorno conductual/interpersonal», incluye ítems que evalúan alteraciones conductuales como suicidio, impulsividad e ira, así como problemas interpersonales, como relaciones inestables e ideación paranoide, los cuales aportan significado al factor. En cuanto al segundo factor, «problemas del yo», incluye identidad, vacío, labilidad afectiva y temor al abandono. Aunque temor al abandono podría conceptualizarse como propio del área interpersonal, en nuestro análisis parece comportarse más como un índice de temor a la soledad y no tan relacionado con patrones comportamentales/relacionales. En este sentido otros estudios han hallado estructuras factoriales del TLP que incluían desde dos²² hasta cinco factores²³.

La ICG-TLP presenta una alta consistencia interna, indicando una notable homogeneidad global del instrumento, así como una buena interdependencia entre los ítems. También muestra una buena fiabilidad entre evaluadores, con mayor concordancia en la evaluación de la severidad que en la magnitud de las mejorías postratamiento. Las correlaciones entre los dos evaluadores se mantienen elevadas, incluso en el ítem de menor concordancia.

Al interpretar la capacidad de la ICG-TLP-M para detectar cambio pre y postratamiento debemos considerar dos cuestiones. En primer lugar, tal como Zanarini señaló en su estudio⁶, el contenido de algunas áreas que explora la ICG-TLP, como vacío, temor al abandono o identidad, resultan imposibles de comparar con otra sintomatología más genérica, relacionada con los trastornos mentales, que sí es

Ítems	Correlaciones intraclass de la ICG-TLP-S (n = 30) y ICG-TLP-M (n = 30)	
	ICG-TLP-S	ICG-TLP-M
T. abandono	0,89*	0,76*
Rel. inestables	0,81*	0,84*
Identidad	0,82*	0,68*
Impulsividad	0,86*	0,79*
Suicidio	0,92*	0,71*
I. afectiva	0,89*	0,78*
Vacío	0,85*	0,83*
Ira	0,78*	0,85*
I. paranoide	0,93*	0,82*
Global	0,86*	0,78*

* p < 0,001.

Tabla 4 Correlación entre las mejorías en los ítems de la ICG-TLP-M y las escalas sintomatológicas

	ICG-TLP-M Abandono	ICG-TLP-M Relaciones inestables	ICG-TLP-M Identidad	ICG-TLP-M Impulsividad	ICG-TLP-M Suicidio	ICG-TLP-M Inestabilidad afectiva	ICG-TLP-M Vacío	ICG-TLP-M Ira	ICG-TLP-M Ideación paranoide	ICG-TLP-M total
HRS-D	-0,478**	-0,580**	-0,473**	-0,608**	-0,474**	-0,501**	-0,341**	-0,575**	-0,396**	-0,655**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,028	0,000
HRS-A	-0,501**	-0,583**	-0,517**	-0,561**	-0,510**	-0,519**	-0,337**	-0,576**	-0,464**	-0,687**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,009	0,000
MADRS	-0,531**	-0,594**	-0,535**	-0,631**	-0,524**	-0,608**	-0,402**	-0,621**	-0,486**	-0,722**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,019	0,000
BPRS	-0,475**	-0,565**	-0,477**	-0,544**	-0,445**	-0,532**	-0,372**	-0,540**		-0,640**
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000		0,000
POMS-global		-0,282*		-0,280*						-0,287*
		0,041		0,046						0,035
POMS-agresividad		-0,321*		-0,412**	-0,290*			-0,348**		-0,354**
		0,020		0,003	0,039			0,009		0,009
POMS-ansiedad		-0,304*		-0,353*	-0,279*			-0,292*		-0,321*
		0,028		0,011	0,047			0,031		0,018
RC-atracones			-0,275*							
			0,049							
RC-visitas urgentes			-0,273							
			0,050							
RC-impulsividad				-0,309*						
				0,033						
BDI-suspiciacia						-0,260*			-0,432*	
						0,043			0,022	
BDI-resentimiento					-0,312*				-0,405*	
					0,018				0,033	
BDI-ataque								-0,260*		
								0,045		

* $p < 0,05$. ** $p < 0,001$. *Hamilton Rating Scale-Depression (HRS-D)*, *Hamilton Rating Scale-Anxiety (HRS-A)*, *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, *Profile of Mood States (POMS)*, *Registros Conductuales (RC)*, *Buss-Durkee Inventory (BDI)*.

evaluada por otras escalas (HRS-D, BPRS, etc.). Algo similar sucede con ítems como relaciones inestables e inestabilidad afectiva, que sólo son evaluados parcial o indirectamente por esas escalas psiquiátricas (p. ej., relaciones inestables se relaciona con agresividad). En segundo lugar, tal y como esperábamos, no encontramos mejorías significativas en ítems como vacío o identidad, ya que estos síntomas podrían necesitar intervenciones terapéuticas no inferiores a un año para detectar cambios significativos postintervención.

Mediante la ICG-TLP se detectan cambios en impulsividad, ira e ideación paranoide, áreas que resultan más fáciles de comparar con otros índices. Parece lógico que ítems conductuales como impulsividad e ira sean sensibles a los cambios inducidos por intervenciones terapéuticas breves. Sorprendentemente, también se detectan cambios en ideación paranoide. Esto puede estar relacionado con la reducción de

ansiedad general inducida por el tratamiento, ya que la ideación paranoide del TLP es transitoria y un síntoma relacionado con el estrés.

El ítem de suicidio sólo se relaciona de forma específica con la subescala de resentimiento del Buss-Durkee, pero no con la de autolesiones o impulsividad. Las escalas generales (HRS-D, HRS-A, MADRS o BPRS) son muy sensibles a los cambios generales producidos por una determinada intervención, pero extremadamente inespecíficas con respecto al tipo concreto de cambio que ha sucedido.

La ICG-TLP ha sido desarrollada para su utilización en estudios de tratamiento en pacientes TLP. Mantiene la principal ventaja de la escala ICG, ya que es simple y rápida de aplicar y su formato específico permite corregir la excesiva generalidad de su versión original. Además muestra un buen comportamiento psicométrico, tanto en aspectos relaciona-

dos con la validez como con la fiabilidad y sensibilidad al cambio.

AGRADECIMIENTOS

Estudio realizado con el apoyo del Fondo de Investigación Sanitaria (Ministerio de Salud) FIS: 03/1434 y con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, RETICS RD06/0011 (REM-TAP).

BIBLIOGRAFÍA

1. Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H. Borderline Personality disorder: clinical and empirical perspectives. New York: Guilford Press, 1992.
2. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *J Pers Dis* 1989;3:10-8.
3. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
4. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
5. Bogenschutz MP, Nurnberg G. Olanzapine versus placebo in the treatment of Borderline Personality Disorder. *J Clin Psychiatry* 2004;65:104-9.
6. Zanarini, MC. Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *J Pers Dis* 2003;7:233-42.
7. Guy W. Clinical Global Impressions. En: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. Rochville: National Institute of Mental Health, 1976.
8. Honer W, MacEwan G, Kopala L, Altman S, Chisholm-Hay S, Singh K, et al. A clinical study of clozapine treatment and predictors of response in a Canadian sample. *Canad J Psychiatry* 1995;40:208-11.
9. Salzmann E, Robin JL. Multicentric double-blind study comparing efficacy and safety of minaprine and imipramine in dysthymic disorders. *Pharmacopsychiatrie* 1995;31:68-75.
10. Lehmann E. Practicable and valid approach to evaluate the efficacy of nootropic drugs by means of rating scales. *Pharmacopsychiatrie* 1984;17:71-5.
11. Beneke M, Rasmus W. Clinical global Impressions (ECDEU): some critical comments. *Pharmacopsychiatrie* 1992;25:171-6.
12. Dahlke F, Lohaus A, Gutzmann H. Reliability and clinical concepts underlying global judgements in dementia: implications for clinical research. *Psychopharmacol Bull* 1992;28: 425-32.
13. Spearing MK, Post RM, Leverich, Brandt D, Nolen W. Modification of the Clinical Global Impressions (CGI) scale for use in bipolar illness (BP): the CGI-BP. *Psychiatry Res* 1997;73:159-71.
14. Soler J, Pascual JC, Campins J, Barrachina J, Puigdemont D, Alvarez E, et al. Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:1221-4.
15. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Álvarez E, et al. Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32:293-8.
16. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II version 1.0). Washington: American Psychiatric Press, 1990.
17. Gómez Beneyto M, Villar M, Renovell M, Pérez F, Hernández M, Leal C, et al. The diagnosis of personality disorder with a modified version of the SCID-II in a Spanish clinical sample. *J Pers Dis* 1994;8:104-110.
18. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50-5.
19. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
20. Buss AH, Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 1957;21:343-9.
21. McNair DA, Lorr M, Droppelman LF. Profile of mood states. San Diego (CA): Educational and Industrial Testing Service, 1971.
22. Rosenberg PH, Miller GA. Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *J Abnormal Psychology* 1989;98:161-9.
23. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Namia C, Novella L. Latent structures analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Compr Psychiatry* 1999;40:72-9.