

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN MEDICINA

***EFECTO DE LA PSICOTERAPIA ESPECIALIZADA
GRUPAL SOBRE LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES
DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD***

Autor: Marina Torrent Garcia

Director o /es:

Dra. M^a Virginia Pérez Maciá

Murcia, Mayo de 2022

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE MURCIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO EN MEDICINA

***EFECTO DE LA PSICOTERAPIA ESPECIALIZADA
GRUPAL SOBRE LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES
DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD***

Autor: Marina Torrent Garcia

Director o /es:

Dra. M^a Virginia Pérez Maciá

Murcia, Mayo de 2022

TRABAJO FIN DE GRADO



UCAM
UNIVERSIDAD CATÓLICA
SAN ANTONIO

DEFENSA TRABAJO FIN DE GRADO

DATOS DEL ALUMNO	
Apellidos: Torrent Garcia	Nombre: Marina
DNI: 50382525J	Grado Medicina
Facultad: Universidad Católica San Antonio (UCAM)	
Título del trabajo: <i>Efecto de la Psicoterapia especializada grupal sobre los síntomas principales en el Trastorno Límite de la Personalidad</i>	

La Dra. M^a Virginia Pérez Maciá tutora del trabajo reseñado arriba, acredita su idoneidad y otorga el V. ° B. ° a su contenido para ir a Tribunal de Trabajo fin de Grado.

En Murcia, a 30 de Abril de 2022.

Fcb.:



AGRADECIMIENTOS

Este Trabajo de Fin de Grado es el resultado de meses de trabajo y aprendizaje y con estas líneas quiero transmitir mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han estado ahí, ayudándome a lo largo de este período y colaborando en esta investigación, que sin duda, ha sido un período de aprendizaje científico y crecimiento personal.

En primer lugar, a mi tutora, M^a Virginia Pérez Maciá, psiquiatra de la Unidad de Salud Mental del Toscar, por su dedicación, apoyo y ayuda constante. Gracias por haber formado parte de este proyecto y haberme guiado en cada una de las etapas, no hubiese podido obtener estos resultados de no haber sido por su ayuda.

A la Unidad de Salud Mental del Toscar, con especial mención a Marisa Escribano Cortés, psicóloga de la Unidad, por brindarme todos los recursos y herramientas que fueron necesarias para llevar a cabo esta investigación.

A mi Universidad y a mis profesores, por la formación que he obtenido durante estos 6 años.

A mi familia y amigos que han estado a lo largo de toda mi carrera apoyándome en todo momento.

Gracias a todos por haber formado parte de esta etapa.

ÍNDICE

1. <u>INTRODUCCIÓN</u>	17
2. <u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	19
2.1 <u>DISEÑO DEL ESTUDIO</u>	19
2.2 <u>MUESTRA</u>	19
2.3 <u>OBJETIVOS DEL ESTUDIO</u>	20
2.3.1 <u>OBJETIVO PRINCIPAL</u>	20
2.3.2 <u>OBJETIVOS SECUNDARIOS</u>	20
2.4 <u>VARIABLES DEL ESTUDIO</u>	20
2.5 <u>DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN</u>	21
2.6 <u>RECOGIDA DE DATOS</u>	22
3. <u>RESULTADOS</u>	25
4. <u>DISCUSIÓN</u>	29
5. <u>CONCLUSIONES</u>	33
6. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	35
7. <u>ANEXOS</u>	39
8. <u>TABLAS</u>	49

RESUMEN

Objetivo: El Trastorno Límite de la Personalidad se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad personal, social y laboral lo que conlleva una gran repercusión funcional. La psicoterapia constituye el tratamiento de base para la modificación de los patrones de conducta más disfuncionales. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el grado de mejora de los principales síntomas del TLP, tras realizar psicoterapia especializada grupal (STEPPS).

Método: Se realizó un estudio cuasi-experimental pre-post, basado en las preferencias del paciente, con un tamaño muestral de 35 pacientes: mujeres entre 18 y 65 años con recién diagnóstico de TLP de acuerdo a los criterios clínicos del DSM-V y cuestionario SCID-IV. De las 35 pacientes, 24 decidieron participar en la intervención. La medición de las variables funcionalidad, ansiedad y depresión se realizó con los cuestionarios EEAG, STAI y BDI respectivamente.

Primero, se realizó un análisis descriptivo basal de las características sociodemográficas y comorbilidad de todas las pacientes para estudiar la homogeneidad la muestra. Posteriormente, y tras la intervención, se realizó un análisis pre-post de los síntomas principales y autolesiones e ideas autolíticas.

Resultados: La psicoterapia grupal ha demostrado mejorar el grado de funcionalidad así como la ansiedad y depresión, síntomas característicos del TLP.

Conclusión: La psicoterapia grupal asociada a la psicoterapia individual puede tener un efecto beneficioso adicional en la mejoría de los síntomas principales del TLP, pues en nuestro estudio ha demostrado beneficios de forma aislada. Sin embargo, resulta necesario ampliar esta información con un grupo control y un mayor tamaño muestral para suplir posibles sesgos del presente estudio.

Palabras clave: trastorno de personalidad limítrofe, psicoterapia, psicoterapia de grupo, comorbilidad

ABSTRACT

Objective: Borderline Personality Disorder is characterized by a persistent pattern of personal, social and occupational instability which has a great functional impact. Psychotherapy is the basic treatment for the modification of the most dysfunctional behavioral patterns. The aim of our study is to evaluate the degree of improvement of the main symptoms of BPD after specialized group psychotherapy (STEPPS).

Methods: A quasi-experimental pre-post study was conducted, based on patient preferences, with a sample size of 35 patients: women between 18 and 65 years old with newly diagnosed BPD according to DSM-V clinical criteria and SCID-IV questionnaire. Out of the 35 patients, 24 decided to participate in the intervention. The measurement of the variables functionality, anxiety and depression was performed with the EEAG, STAI and BDI questionnaires respectively.

First, a descriptive baseline analysis of the sociodemographic characteristics and comorbidity of all patients was performed to study the homogeneity of the sample. Subsequently, and after the intervention, a pre-post analysis of the main symptoms and self-injury and self-injurious ideas was performed.

Results: Group psychotherapy has been shown to improve the degree of functionality as well as anxiety and depression, characteristic symptoms of BPD.

Conclusion: Group psychotherapy associated with individual psychotherapy may have an additional beneficial effect in the improvement of the main symptoms of BPD, as in our study it has shown benefits in isolation. However, it is necessary to extend this information with a control group and a larger sample size to compensate for possible biases in the present study.

Key words: borderline personality disorder, psychotherapy, group psychotherapy, comorbidity.

GLOSARIO ABREVIATURAS

- AIT: Análisis por Intención a tratar
- BDI: Inventario de Depresión de Beck
- DBT: Terapia de Conducta Dialéctica
- DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - número 5
- EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global
- IC 95%: Intervalo confianza 95%
- USM: Unidad Salud Mental
- SCID-VC o SCID: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM
- ST: Terapia de Esquema
- STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
- STEPPS: *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*
- TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiene una prevalencia en población general alrededor del 1,5-2%, predominando en mujeres.¹

Según los actuales criterios diagnósticos del DSM-V², el TLP se caracteriza por un patrón persistente de inestabilidad emocional e hipersensibilidad en las relaciones interpersonales, dificultades en el control de los impulsos, así como problemas de autoimagen e ideas y conductas autolíticas.³ Todo ello conlleva, una gran repercusión funcional.

Según la literatura, los pacientes con TLP tienen con frecuencia más de un diagnóstico psiquiátrico; los más comunes, Trastorno Bipolar y otros trastornos de la personalidad del *cluster B* ^{4 5 6}

No existe un tratamiento curativo para este tipo de trastorno, sin embargo sí se beneficia del tratamiento farmacológico de los síntomas más limitantes, como la inestabilidad emocional, la impulsividad o la ansiedad. Además, la psicoterapia ha demostrado eficacia a medio y largo plazo sobre la modificación de los patrones de conducta más disfuncionales. Actualmente, la psicoterapia que cuenta con mayor grado de evidencia es la basada en la terapia cognitiva: Terapia de Conducta Dialéctica (DBT) y Terapia de Esquemas (ST)⁷

Planteamos un estudio en el que se evalúe si la psicoterapia grupal como tratamiento adicional al convencional (psicoterapia individual) en una Unidad de Salud Mental aporta beneficios en la mejora de los principales síntomas del TLP. La psicoterapia grupal aplicada sigue la metodología *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), un programa psicoterapéutico grupal basado en un modelo cognitivo-comportamental, que centra el tratamiento en tres aspectos fundamentales: la conciencia de enfermedad, la regulación de las emociones y el manejo de los problemas comportamentales.⁸

Nuestra hipótesis es que este tipo de intervención adicional mejorará la funcionalidad y otros síntomas característicos del TLP de las pacientes incluidas (H1).

El objetivo principal del estudio es evaluar el cambio en la funcionalidad tras realizar la intervención. Los objetivos secundarios son:

1. Evaluar el cambio en otros síntomas característicos del TLP: la ansiedad y la depresión.
2. Evaluar si se produce una reducción en las autolesiones e ideas autolíticas de las pacientes incluidas en el programa.
3. Describir la comorbilidad existente entre el TLP y otros trastornos psiquiátricos.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO DEL ESTUDIO

Planteamos un estudio cuasi-experimental pre-post, en el que se evaluará el grado de mejora en la funcionalidad y otros síntomas característicos del TLP, tras la intervención de psicoterapia grupal (programa STEPPS) combinada con la individual, ambas basadas en la Terapia de Conducta Dialéctica (DBT).

En este tipo de diseño existe una exposición, una respuesta y una hipótesis a contrastar, pero sin aleatorización de los sujetos a los grupos de intervención y no intervención, ni existencia de un grupo control propiamente dicho. Se trata de un estudio basado en las preferencias del paciente respecto a la inclusión del grupo de psicoterapia grupal.

2.2 MUESTRA

Basado en nuestra variable principal de medida (funcionalidad) para detectar una diferencia clínica, minimamente relevante de 11 puntos en el cuestionario EEAG, antes y después de la intervención, con poder estadístico de 0,80 y un alfa bilateral de 0,05, se estima necesario un tamaño de muestra de 23 pacientes.⁹ Nuestro estudio cuenta con un tamaño muestral de 35 pacientes (n=35), distribuidas en dos grupos: las que eligieron participar en la intervención (n=24) y las que no (n=11)

- **Criterios de inclusión:**

- Pacientes entre 18 y 65 años de edad que acudan a consulta de la Unidad de Salud Mental (USM) del Toscar, perteneciente al Departamento de Salud Elche Hospital del Vinalopó.
- Recién diagnóstico de TLP mediante entrevista clínica y exploración psicopatológica y patobiográfica, y la confirmación con el cuestionario SCID-VC¹⁰.
- No haber realizado ninguna sesión de psicoterapia especializada previamente.
- Firmado el Consentimiento Informado.

- **Criterios de exclusión:**

- Discapacidad intelectual.
- Incapacitación legal.

2.3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el cambio en la funcionalidad de un grupo de pacientes con TLP, tras aplicar el programa de intervención grupal STEPPS combinado con la psicoterapia individual. La evaluación del cambio se realizará a través de las puntuaciones pre-post obtenidas en el cuestionario EEAG.

2.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Evaluar los cambios en la puntuación del cuestionario STAI para variable ansiedad estado y ansiedad rasgo, tras aplicar el programa de intervención grupal STEPPS combinado con la psicoterapia individual, respecto al momento basal.

-Evaluar los cambios en la puntuación del cuestionario BDI para variable depresión, tras aplicar el programa de intervención grupal STEPPS combinado con la psicoterapia individual, respecto al momento basal.

-Evaluar los cambios en la variable autolesiones e ideas autolíticas tras aplicar el programa de intervención grupal STEPPS combinado con la psicoterapia individual, respecto a la evaluación en el momento basal.

-Describir la comorbilidad existente entre TLP y otros trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno psicótico, consumo de sustancias tóxicas).

2.4 VARIABLES DEL ESTUDIO

- **Variable Principal**

-Funcionalidad: variable cuantitativa discreta. Se evaluará con el cuestionario EEAG, en una escala de 0-100 puntos. En esta escala, una mayor puntuación corresponde con una menor alteración en la funcionalidad. Una puntuación mayor 50 indica ausencia o leve alteración de la funcionalidad, mientras que

puntuaciones por debajo de 50 puntos, corresponden con mayor deterioro funcional.

- **Variables Secundarias**

- Ansiedad: variable cuantitativa discreta. Se evaluará con el cuestionario STAI¹¹, compuesto por 40 ítems con respuestas tipo Likert de 0 a 3 puntos y dividido en dos subescalas: ansiedad estado (momentánea, transitoria) y ansiedad rasgo (condición más estable en el tiempo). La puntuación en cada subescala puede oscilar entre 0 y 60: una mayor puntuación corresponde con más ansiedad (estado y rasgo).

- Depresión, variable cuantitativa discreta. Se evaluará con el cuestionario BDI¹², compuesto por 21 ítems con respuestas tipo Likert de 0 a 3 puntos, escala de 0-63 puntos. Una mayor puntuación corresponde con mayor grado de depresión.

- Autolesiones, variable cualitativa nominal. Se cuantificará en función del número de autolesión e ideas autolíticas (más de 5 autolesiones se corresponde con un resultado positivo)

- Comorbilidades asociadas al TLP (trastorno ansiedad, depresivo, bipolar, psicótico y de consumo de sustancias) variable cualitativa dicotómica (si/no)

- Variables sociodemográficas: estado civil, hijos, nivel de estudios y empleo. Variable cualitativa dicotómica (si/no). Hemos seleccionado estas variables por su relación con las conductas autolíticas y suicidas.¹³

- Edad: variable cuantitativa discreta.

2.5 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

La intervención psicoterapéutica propuesta en el estudio sigue la metodología *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS). Este método fue desarrollado por la doctora Nancee Blum en la Universidad de Iowa en Estados Unidos en los años 90. La perspectiva teórica de este programa de tratamiento se basa en el modelo cognitivo-comportamental y considera al TLP como un trastorno en la regulación de las emociones y la conducta. ^{14 15}

Una de las metas características del tratamiento es proporcionar a la persona que sufre TLP las técnicas y habilidades específicas para controlar sus emociones y comportamientos disfuncionales. No constituye un tratamiento integral sino una intervención complementaria a otras intervenciones que estén recibiendo los pacientes, en nuestro caso, la psicoterapia individual, intentando aumentar su efectividad.

El programa incluye un total de 20 horas de psicoterapia consecutivas, dirigidas por una psicóloga, que expone la información psicoeducativa y regula las dinámicas de interacción entre los pacientes para el buen aprovechamiento.

La intervención tuvo un total de 20 horas, distribuidas a lo largo de 6 semanas, con una periodicidad semanal de 2 sesiones y una duración aproximada de una hora y media.

El programa esta dividido en 3 fases:

-Fase 1. Conciencia de Enfermedad. Tiene como objetivo fomentar la conciencia de enfermedad y la motivación para el cambio.

-Fase 2. Entrenamiento en habilidades para la regulación emocional. Tiene como objetivo ayudar a la persona con TLP a predecir el curso de un episodio de crisis emocional, anticipar situaciones estresantes en las cuales el trastorno empeora y a desarrollar confianza en su capacidad para afrontar el trastorno.

-Fase 3. Entrenamiento en habilidades para la regulación de las conductas. Tiene como objetivo conseguir la capacidad de fijarse objetivos vitales y trabajar para conseguirlo, pues las crisis emocionales y la inestabilidad persistente hacen difícil que las personas con TLP puedan realizar esta tarea.

2.6 RECOGIDA DE DATOS

El cuaderno de recogida de datos (Anexo 1) se administra por primera vez en la primera sesión del programa junto con los cuestionarios STAI, BDI Y EEAG (Anexo 2). Dicho cuadernillo, recoge datos sociobiográficos (edad, hijos, estado civil, empleo, estudios) y comorbilidades asociadas (trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, trastorno psicótico, consumo de

sustancias tóxicas, autolesiones y/o ideas autolíticas). Los cuadernos son completados por las pacientes.

Al finalizar la última sesión, se volverán a pasar los cuestionarios BDI, STAI, EEAG y evaluaremos las comorbilidades en ese momento a través del mismo cuaderno de recogida de datos del principio.

3. RESULTADOS

A partir de la fecha de aprobación del estudio por el Comité de Ética e Investigación, (Anexo 3) establecimos un período de selección muestral de una semana, durante el cuál se incluyeron un total de 35 pacientes consecutivos atendido en la USM Toscar, que cumplían los criterios de inclusión y exclusión definidos.

De las 35 pacientes, 24 de ellas fueron incluidas en el grupo de psicoterapia grupal asociada a la individual (grupo intervención) y 11 fueron incluidas en el grupo de psicoterapia individual aislada (grupo no intervención). La totalidad de las pacientes participantes que cumplieron criterios diagnósticos, fueron mujeres. La edad media para el grupo intervención fue 37.7 años (desviación típica 11.1) y para el grupo no intervención 34.5 años (desviación típica 12.3). La diferencia no resultó estadísticamente significativa (p 0.452)

La intervención tuvo un total de 20 horas, distribuidas a lo largo de 6 semanas, con una periodicidad semanal de 2 sesiones y una duración aproximada de una hora y media.

Para el análisis descriptivo, se calcularon la media y desviación estándar en las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se midieron las proporciones de pacientes con datos demográficos o comorbilidades determinadas. En el análisis bivariante, se utilizaron pruebas no paramétricas.

En el cálculo de diferencias de porcentajes entre grupos a nivel basal, se utilizó el test de Fisher. Para las diferencias de medias entre grupos en el momento basal, se utilizó el test de U de Mann-Whitney. Para calcular los cambios pre- post intervención en un mismo grupo para variables cuantitativas, se utilizó la prueba W de Wilcoxon y el test de Fisher para las variables cualitativas.

Se consideraron estadísticamente significativos aquellos coeficientes con valores de $p < 0,05$, con un IC del 95%.

Usamos el software estadístico SPSS 15.0.

Análisis descriptivo basal: grupo intervención y grupo no intervención (n=35)

Se empleó el Test estadístico Fisher.

Las características sociodemográficas y sobre comorbilidad de las pacientes se muestran en la tabla 1. Únicamente se encontraron diferencias en las variables empleo y nivel de estudios. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el resto de variables cualitativas estudiadas entre los grupos.

Para las variables cuantitativas, únicamente se encontró una diferencia estadística significativa en la variable funcionalidad ($p < 0,000$). Se obtuvo una diferencia de medias de -21.36 con un error típico de 4.911, intervalo de confianza 95% (IC 95% -31.35 a -11.37). El resto de variables (puntuación de las escalas STAI de ansiedad y BDI de depresión) no mostraron diferencias estadísticamente significativas, tal y como se muestra en la tabla 2.

Análisis Bivariante pre-post sobre el grupo intervención.

Asumimos la no normalidad de las variables y usamos la variante no paramétrica para datos emparejados, prueba W de Wilcoxon para variables cuantitativas y test de Fisher para variables cualitativas. De las 24 pacientes incluidas en el grupo intervención, 8 de ellas abandonaron. La muestra final fue de 16 pacientes.

Se realizó una Análisis por Protocolo, pues las circunstancias que motivaron el abandono de las 8 pacientes son diferentes y no permiten asignar un valor final adecuado a las variables de estudio.

• Análisis variables cuantitativas

Los resultados se muestran en la tabla 3.

-La variable funcionalidad inicio (n=24) obtuvo un valor medio de 45.00 con una desviación típica de 14.06. La variable funcionalidad final (n=16) obtuvo un valor medio de 67.75 con una desviación típica de 23.10. Valor p estadísticamente significativo (p 0.013).

-La variable depresión inicio (n=24) obtuvo un valor medio 27.79 con una desviación típica de 8.86. La variable depresión final (n=16) obtuvo un valor medio de 16.31 con una desviación típica 5.94. Valor p estadísticamente significativo (p 0.001)

-La variable ansiedad rasgo inicio (n=24) obtuvo un valor medio de 31.12 con una desviación típica de 4.02. La variable ansiedad rasgo final (n=16) obtuvo un valor medio 26.81 con una desviación típica 5.61. Valor p estadísticamente significativo (p<0.029).

-La variable ansiedad estado inicio (n=24) obtuvo un valor medio de 25.62 con una desviación típica de 4.32. La variable ansiedad estado final (n=16) obtuvo un valor medio 25.81 con una desviación típica 4.4. La diferencia no resultó estadísticamente significativa (p 0.442)

- **Análisis variables cualitativas**

En el análisis basal del grupo intervención, 4 de 24 pacientes presentaban autolesiones y/o ideas autolíticas. Tras realizar la intervención, 1 de 16 pacientes presentaba autolesiones y/o ideas autolíticas tal y como se muestra en la tabla 4. La diferencia no resultó estadísticamente significativa (p 0.125)

4. DISCUSIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad es una condición psicopatológica que se caracteriza por una disfunción e inestabilidad personal, social y laboral. (Salgado et al. 2020)¹⁶

Por lo general, los pacientes con TLP tienen más de un diagnóstico psiquiátrico - un 10% de los pacientes asocian TLP y Trastorno Bipolar (Bezerra-Filho et al. 2015)¹⁷ - y los trastornos comórbidos comúnmente informados incluyen trastorno de ansiedad (88%), trastorno depresivo (83%), gestos autolíticos e ideas suicidas (70%) y trastorno de consumo de sustancias (64%) (Vogt et al. 2017¹⁸, Stoffers et al. 2012)¹⁹. La presencia de estas comorbilidades, exacerba aún más la disfuncionalidad e inestabilidad, lo que conlleva que este trastorno se considere difícil de tratar por la baja adherencia terapéutica de los pacientes.

El tratamiento farmacológico no ha resultado ser curativo (Oud et al. 2018)²⁰ y la psicoterapia constituye la primera línea de tratamiento. A lo largo de los años han ido desarrollándose diferentes tipos de psicoterapia especializada: Terapia de conducta dialéctica (DBT), Terapia basada en la mentalización (MBT), Terapia de esquema (ST), Terapia focalizada en transferencia (FOCUS), Terapia de comportamiento cognitivo (CT) entre otras.

Hasta la fecha, la DBT es la psicoterapia evaluada con mayor frecuencia por su eficacia y eficiencia, no obstante, la bibliografía no demuestra grandes diferencias en la mejora de los síntomas entre los diferentes tipos de psicoterapia especializada (Fassfinder et al. 2018²¹, Keefe et al. 2020²², Stoffers et al. 2012²³).

En 2016, Brune et al.²⁴ estudió los efectos de asociar dos tipos de psicoterapia, DBT y MBT, esta última en forma de psicoterapia grupal. Sus resultados muestran una mejora en los síntomas generales y conductuales (valorado por cuestionario BSL-23) así como un tasa de abandono baja,. Plantea para futuras investigaciones el estudio del cambio en la funcionalidad.

En base a esta evidencia, planteamos un estudio en el que se asocia a la psicoterapia individual, entendida como el tratamiento base del TLP, una psicoterapia grupal basada en el programa STEPPS, siguiendo en ambos casos el modelo cognitivo-comportamental (DBT).

El objetivo principal de nuestro estudio, es evaluar el grado de mejora en la funcionalidad, pues la evidencia actual reconoce que esta disfuncionalidad se asocia a una disminución en la calidad de vida y su mejoría resulta esencial para mejorar la inestabilidad y angustia asociadas al trastorno (Salgado et al. 2020)²⁵. Nuestros resultados mostraron una mejora en el grado de funcionalidad de manera que asociar a la psicoterapia individual sesiones de psicoterapia grupal podría resultar eficiente en las Unidades de Salud Mental, al disminuir el número de sesiones de psicoterapia individual necesarias para obtener una mejora y con ello las listas de espera.

Así mismo, y de acuerdo con la evidencia se observó una mejora en las dos comorbilidades más frecuentemente asociadas al TLP, ansiedad (de rasgo) y depresión (Stoffers et al. 2012 ²⁶, Storeb et al. 2020 ²⁷).

El análisis basal de las pacientes mostró homogeneidad en las comorbilidades ansiedad de rasgo y estado y en depresión. Sin embargo, las pacientes que optaron por la psicoterapia grupal como intervención adicional mostraron una mayor tasa de estudios y empleo, así como una mayor alteración en la funcionalidad. Pensamos que este hecho es debido a que la disfuncionalidad tiene una mayor repercusión en su calidad de vida y tienen un mayor interés en su mejora.

En base a esto, planteamos para futuras líneas de investigación, estudiar la relación entre la adherencia terapéutica y conocimiento de la propia enfermedad con la alteración en la funcionalidad y calidad de vida.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones. Otras comorbilidades estudiadas y frecuentemente asociadas al TLP: consumo de sustancias tóxicas, autolesiones y/o ideas autolíticas, no demostraron una reducción

significativa tras realizar psicoterapia grupal. Pensamos que esto es debido a un tamaño muestral insuficiente y a una breve duración del estudio, pues las necesidades de la mayoría de estos pacientes requieren a menudo métodos flexibles y personalizados (Valero et al. 2008) ²⁸

La ratio pacientes por médico de la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud El Toscar dificultó la realización de sesiones de psicoterapia individual, de manera que las pacientes realizaron aproximadamente una sesión individual a lo largo de la duración del estudio. Esta limitación junto con el tiempo de estudio limitado supuso no poder realizar análisis pre-post del grupo no intervención pues las sesiones de psicoterapia individual realizadas eran insuficientes para obtener una mejoría en la sintomatología.

La ausencia de grupo control conlleva una dificultad para valorar el efecto adicional de la psicoterapia grupal en comparación con la psicoterapia individual aislada, además de no eliminar los fenómenos de aleatoriedad y regresión de la media, atribuyendo los resultados beneficiosos a la intervención psicoterapéutica, sin tener en cuenta acontecimientos aleatorios y la inestabilidad de los síntomas que caracteriza a este trastorno.

Este estudio está basado en las preferencias del paciente, de manera que fueron las propias pacientes quienes decidieron si participar o no en la psicoterapia grupal. Con este tipo de estudio conseguimos aumentar la validez externa y poder extrapolar los resultados a la población general así como aumentar la fuerza o solidez de las recomendaciones científicas pues estas no solo dependen de la evidencia científica si no también del balance beneficio-riesgo, el coste de la intervención y los valores y preferencias de los pacientes (Sogi et al. 2012)²⁹. En contra, el mayor interés y la participación más activa de las pacientes que realizan psicoterapia grupal podría estar actuando como factor de confusión. Esta limitación se podría haber evitado con la aleatorización.

También debemos comentar el *Efecto Hawthorne*, ya que los resultados pueden estar sobrevalorando los efectos de la psicoterapia grupal debido a que las pacientes podrían haber modificado su conducta al saber que se les estaba estudiando. Es inevitable al no poder enmascarar la intervención.

No obstante, y a la luz de los resultados, podemos esperar que la psicoterapia grupal sí tiene un efecto beneficioso adicional, y estamos seguras de que nuestro estudio en curso y la investigación futura arrojará mas luz sobre el tema.

5. CONCLUSIONES

La psicoterapia grupal ha demostrado reducir de forma global los síntomas característicos del TLP. Ha demostrado mejorar el grado de funcionalidad tras la intervención, cumpliendo con el objetivo principal de nuestro estudio. Así mismo, se ha obtenido una mejora en el grado de ansiedad y depresión.

No obstante, tras la intervención no se ha obtenido una reducción en las autolesiones e ideas autolíticas ni en el trastorno de consumo de sustancias, comorbilidades frecuentemente asociadas.

Respecto a la descripción de las comorbilidades, las más frecuentemente informadas en nuestra muestra fueron: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastorno de consumo de sustancias, autolesiones e ideas autolíticas. Estos datos son congruentes con la evidencia científica actual.

No se informaron comorbilidades de trastorno bipolar ni trastorno psicótico

6.BIBLIOGRAFÍA

- 1 Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rücker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012;(8).
- 2 Trastornos de personalidad criterios diagnósticos DSM-5 [Internet]. www.trastornolimitado.com. [cited 2021 Dec 15].
- 3 Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2018;92(4):441–64.
- 4 Bezerra-Filho S, Almeida AG, Studart P, Rocha MV, Lopes FL, Miranda-Scippa Â. Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015;37(2):162–7.
- 5 Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1).
- 6 Massó Rodríguez A, Hogg B, Gardoki-Souto I, Valiente-Gómez A, Trabsa A, Mosquera D, et al. Clinical Features, Neuropsychology and Neuroimaging in Bipolar and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of Cross-Diagnostic Studies. *Frontiers in Psychiatry*. 2021;12.
- 7 Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipos V, et al. PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1).
- 8 Riemann G, Weisscher N, Goossens PJ, Draijer N, Apenhorst-Hol M, Kupka RW. The addition of STEPPS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1).
- 9 Amri I, Millier A, Toumi M. Minimum Clinically Important Difference in the Global Assessment Functioning in Patients with Schizophrenia. *Value in Health*. 2014;17(7):A765–6.

-
- ¹⁰ Larivière, erg. N, Pérusse F, David P. Traduction et validation du questionnaire de dépistage Borderline Personality Questionnaire. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020;66(3):306–12.
- ¹¹ Booth RW, Sharma D, Leader TI. The age of anxiety? It depends where you look: changes in STAI trait anxiety, 1970–2010. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;51(2):193–202.
- ¹² Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario para la Depresión de Beck–Segunda Edición (BDI-II) en pacientes españoles con trastornos psicológicos. *Anales de Psicología*. 2013;29(1).
- ¹³ Sánchez-Teruel D, Muela-Martínez J-A, González-Cabrera M, Herrera M-RF-A y, García-León A. Variables relacionadas con la tentativa suicida en una provincia de España durante tres años (2009-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018;23(1):277–86.
- ¹⁴ Martín Contero M del C, Álvarez Marrodán I, Goena Isisarri M. Experiencia piloto del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) para el Trastorno Límite de la Personalidad en el Servicio Navarro de Salud. *European Journal of Health Research*. 2019;5(2):85.
- ¹⁵ 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. *American Journal of Psychiatry*. 2008;165(4):468–78.
- ¹⁶ Salgado RM, Pedrosa R, Bastos-Leite AJ. Dysfunction of Empathy and Related Processes in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2020;28(4):238–54.
- ¹⁷ Bezerra-Filho S, Almeida AG, Studart P, Rocha MV, Lopes FL, Miranda-Scippa Â. Personality disorders in euthymic bipolar patients: a systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2015;37(2):162–7.
- ¹⁸ Vogt KS, Norman P. Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2017;92(4):441–64.

-
- ¹⁹ Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2012;(8).
- ²⁰ Oud M, Arntz A, Hermens ML, Verhoef R, Kendall T. Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52(10):949–61.
- ²¹ Fassbinder E, Assmann N, Schaich A, Heinecke K, Wagner T, Sipos V, et al. PRO*BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1).
- ²² Keefe JR, Kim TT, DeRubeis RJ, Streiner DL, Links PS, McMMain SF. Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management. *Psychological Medicine*. 2020;1–9.
- ²³ Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2012;(8).
- ²⁴ Edel M-A, Raaff V, Dimaggio G, Buchheim A, Brüne M. Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder - A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*. 2016;56(1):1–15.
- ²⁵ Salgado RM, Pedrosa R, Bastos-Leite AJ. Dysfunction of Empathy and Related Processes in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*. 2020;28(4):238–54.
- ²⁶ Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.2012;(8).
- ²⁷ Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;(5).

²⁸ Rojas Valero M, Espinoza Paul L. Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias: evaluación de las intervenciones del programa “Lugar de Escucha”- CEDRO. Adicciones. 2008;20(2):185.

²⁹ Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. Anales de la Facultad de Medicina. 2012;73(1):19.

7. ANEXOS

ANEXO 1. CUADERNO RECOGIDA DATOS.

Rellene sus datos o marque con una cruz:

CÓDIGO PACIENTE (a rellenar por el investigador):

EDAD:

ESTADO CIVIL - PAREJA/ CASADA. SI/NO

¿TIENE HIJOS? SI / NO

ESTUDIOS. SI/NO

EMPLEO. SI / NO

¿TIENE ANSIEDAD? SI / NO

¿TIENE DEPRESIÓN? SI / NO

¿TIENE TRASTORNO BIPOLAR? SI / NO

¿TIENE TRASTORNO PSICÓTICO? SI / NO

¿CONSUME TÓXICOS (alcohol, drogas, abuso fármacos)? SI/NO

¿TIENE/ HA TENIDO AUTOLESIONES Y/O IDEAS AUTOLÍTICAS? SI / NO

¿HA CUMPLIMENTADO CUESTIONARIO SCID? SI / NO

¿HA CUMPLIMENTADO CUESTIONARIO STAI? SI / NO

¿HA CUMPLIMENTADO CUESTIONARIO BDI? SI / NO

¿HA CUMPLIMENTADO CUESTIONARIO EEAG? SI / NO

ANEXO 2. CUESTIONARIOS: EEAG, STAI Y BDI

12.2. Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)

[Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).]

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO (STAI)

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy Tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

A-R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

ANEXO 3. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA E INVESTIGACION MÉDICA



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

D. Antonio Martínez Lorente, Jefe de la Secretaría Técnica y D. Carlos Marqués Espí, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de los Hospitales Universitarios Torrevieja y Elche-Vinalopó

CERTIFICAN

Que este CEIm, en su reunión de fecha **30/03/2022** ha revisado la documentación aportada por el Promotor del estudio:

Título completo del estudio: Efecto de la Psicoterapia especializada grupal sobre los síntomas principales en el Trastorno Límite de la Personalidad

Nº EudraCT: N/A Trabajo de Fin de Grado

Código del protocolo: No consta

Nombre del promotor: M^a Virginia Pérez Maciá

Tipo de documento	Versión actual	Fecha versión actual
Hoja de Información al Paciente	V 1.0	Enero de 2022
Consentimiento Informado	V 1.0	Enero de 2022
Protocolo	V 1.0	Enero de 2022

Investigador Principal: Marina Torrent Garcia

Servicio: Salud Mental

Centro: Hospital Universitario del Vinalopó

Y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y sus colaboradores.
2. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
3. Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro, que han de constar en el contrato.
4. Consideraciones generales del estudio.

EMITE UN DICTAMEN Favorable

Que el comité tanto en su composición como en sus PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95); con el RD 1090/2015 así como la normativa autonómica en materia de investigación aplicable de la Comunitat Valenciana; y su composición actual es la siguiente:

Presidente:

- Carlos Marqués Espí (Licenciado en Derecho. Miembro del Comité de Bioética)

Vicepresidente:

- Gonzalo Ros Cervera (Médico)

Secretario:

- Antonio Martínez Lorente (Médico)

Vocales:

- Angel Raso Raso (Farmacéutico Especialista Hospital)
- Joaquín Quiles (Miembro Lego no vinculado laboralmente a los centros)
- Ana Maestre Peiró (Médico)
- Jose Fernández de Maya (Enfermero)
- Angélica Valderrama Rodríguez (Farmacólogo Clínico)
- Maria Isabel Pérez Soto (Médico)
- Maria Angeles Antolinos García (Médico Atención Primaria)
- Lucía Ojea Cárdenas (Farmacéutico Especialista Atención Primaria)

Que en dicha reunión del Comité Ético de Investigación Clínica se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que en el caso de evaluación de algún estudio del que algún integrante del equipo investigador forme parte de este CEIm, este se ausentará durante la deliberación y votación del mismo.

Lo que firmo en Elche, a 4 de abril de 2022.

Carlos Marqués Espí

Antonio Martínez Lorente

8. TABLAS

TABLA 1. Características sociodemográficas y comorbilidad.

Variable	Grupo Intervención (n=24)	Grupo No Intervención (n=11)	Total (n=35)	Valor p
Tiene pareja	45% (11/24)	45% (5/11)	45% (16/35)	0.636
Tiene hijos	58% (14/24)	63% (7/11)	60% (21/35)	0.533
Tiene empleo	66% (16/24)	18% (2/11)	51.4% (18/35)	0.010
Tiene estudios	70% (17/24)	1% (1/11)	80% (28/35)	0.015
Tiene ansiedad	70% (17/24)	63% (7/11)	68% (24/35)	0.479
Tiene depresión	62% (15/24)	63% (7/11)	62% (22/35)	0.626
Tiene trastorno bipolar	4% (1/24)	0% (0/11)	2.85% (1/35)	0.686
Tiene psicosis	0% (0/24)	0% (0/11)	0% (0/35)	-
Consume sustancias tóxicas	37% (9/24)	9% (1/11)	28% (10/35)	0.089
Tiene/ha tenido autolesiones	12% (4/24)	18% (2/11)	17% (6/35)	0.629

TABLA 2. Variables cuantitativas basales.

Variable	Diferencia de medias (n=35)	Error típico	Valor p
Funcionalidad (EEAG)	-21.36	4.911	0.000
Depresión (BDI)	-0.57	3.77	0.880
Ansiedad rasgo (STAI rasgo)	-0.96	1.70	0.575
Ansiedad estado (STAI estado)	1.71	1.79	0.347

TABLA 3. Variables cuantitativas pre-post.

Variable	Puntuación Inicio (n=24)	Puntuación final (n=16)	Valor p
Funcionalidad (EEAG)	45 (14.06)	67.75 (23.10)	0.013
Depresión (BDI)	27.79 (8.86)	16.31 (5.94)	0.001
Ansiedad rasgo (STAI rasgo)	31.12 (4.02)	26.81 (5.61)	0.029
Ansiedad estado (STAI estado)	25.62 (4.32)	25.81 (4.4)	0.442

TABLA 4. Autolesiones/ ideas autolíticas pre-post.

Variable	Inicio (n=24)	Final (n=16)	Valor p
Autolesiones/ ideas autolíticas	12% (4/24)	6.25% (1/16)	0.12

