

Índice de Comportamiento Objetivo.

Una medida para valorar la respuesta al tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad graves.

Dra. Elsa Marziali, Dr. Heather Munroe-Blum, Y Lynn McClearly

Una medida que capta la frecuencia e intensidad de comportamientos disfuncionales experimentados, así como el uso de los servicios de salud mental, se desarrollaron y probaron como parte de un ensayo de tratamiento controlado de pacientes con trastorno de personalidad borderline. El índice de comportamiento objetivo (ICO) se realizó con 136 individuos diagnosticados de trastorno de personalidad borderline antes de asignarles al tratamiento y con 35 individuos en cada punto de seguimiento. Con una excepción, los subíndices del ICO (comportamientos disfuncionales y utilización de servicios) no estaban ni interrelacionados ni se asociaban a ninguna otra medida de estado del paciente. Los dos subíndices del ICO eran susceptibles al cambio después de un curso de psicoterapia. El sistema de medición del ICO es fácil de usar y proporciona una información importante sobre la disfunción del comportamiento y la utilización de servicios. También, al contrario de lo que se esperaba, la utilización de servicios no queda asociada con el estado de comportamiento y sintomático del paciente.

La evaluación de los modelos de utilización del tratamiento y de la efectividad del tratamiento se ha convertido en un objetivo prioritario para los planes de salud mental y de servicios sociales, en especial, en medio de un clima de disminución de fondos públicos. A diferencia de los médicos, que están interesados en juzgar los efectos del tratamiento desde la dimensión de los cambios de personalidad, de los factores psicosociales y de los síntomas, a los servicios de financiación privada y pública les preocupa cada vez más el evaluar unos resultados mínimamente aceptables, tales como la disminución de la utilización de los servicios y los indicadores objetivos de autosuficiencia. El principal criterio para plantear la asignación de los fondos es un despliegue de servicios efectivo y eficiente. Una vez presentadas esas tendencias, se necesitan unas medidas objetivas sobre las disfunciones del comportamiento y frecuencia de la utilización de los servicios en los pacientes que son los que más se sirven de los servicios de salud mental y de asistencia social. Los pacientes con trastornos de personalidad graves encajan en esta categoría. Los resultados de las escasas pruebas de control de tratamiento con trastorno de personalidad borderline (TPB; Linehan et al., 1991; Marziali y Munroe-Blum, 1994; Munroe-Blum y Marziali, 1995) y las observaciones del seguimiento de los estudios del curso de la enfermedad (McGlashan, 1986;

París et al., 1987; Stone, 1993) demuestran que los pacientes con trastornos de personalidad graves consiguen mejoras después del tratamiento y que los efectos del resultado se pueden colocar en tres categorías: sintomática, psicosocial e instrumental/comportamental.

Las técnicas para la evaluación del funcionamiento sintomático y psicosocial están bien establecidas con una fiabilidad y validez reconocidas (Beck et al., 1988; Derogatis et al., 1973; Weissman y Bothwell, 1976). De igual modo, se han utilizado de forma exhaustiva las medidas de ajuste global que combinan los factores sintomáticos, psicosociales y del comportamiento para valorar los resultados (Endicott et al., 1976; Luborsky, 1962). En cuanto a las medidas de aislamiento de los comportamientos instrumentales de los síntomas de respuesta, que incluyen así mismo los indicadores de utilización de servicios, ha habido un desarrollo menor. En el extenso estudio de seguimiento llevado a cabo por McGlashan (1986), los hechos demostraron que pese a la persistencia de la psico-patología, los pacientes "se las arreglaron para dividir en categorías y prevenir con efectividad que sus síntomas se inmiscuyeran en sus capacidades instrumentales, pero que tuvieron menos éxito en aislar sus conflictos de la esfera

Este artículo se publicó en la revista J Nerv Ment Dis 187:290-295

Tabla 1. índice del comportamiento objetivo: Tema de muestra.

| | |
|--|---|
| ¿Ha atentado contra su vida?* | Si "sí" (1 punto) |
| a)¿Cuántas veces se han efectuado estos atentados reales? | Una vez (0 puntos) Dos veces (1 punto) Tres o más (2 puntos) |
| b)¿Qué hizo correctamente para intentar matarse?* | Un ademán leve (1 punto) Intento moderadamente serio (2 puntos) Intento muy serio (casi lo consigue) (3 puntos) |
| *Al principio de la entrevista se establece un marco de tiempo de "los últimos seis meses". | |
| *El entrevistador recoge la información sobre cada intento y después juzga los niveles de gravedad/intensidad. | |

la esfera social" (p.29). El objetivo del mencionado estudio de la medida de los comportamientos disfuncionales y la amplitud del uso de los servicios sociales y de salud mental (índice de Comportamiento objetivo [ICO]) era el de evaluar la propiedades psicométricas de la medición, en particular, su capacidad para distinguir el cambio después del tratamiento en indicadores de disfunción del comportamiento y utilización de los servicios de el cambio en los síntomas y funcionamiento psicosocial.

El presente estudio informa sobre el desarrollo del ICO y la evidencia de las propiedades psicométricas de la escala como se comprueba en el test de comparación de tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad borderline (TPB). Se exploraron los modelos de aprobación de los números del ICO dentro de cada uno de los subíndices (Comportamientos disfuncionales y utilización de servicios), así como también la relación entre la puntuación de los subíndices del ICO y las características demográficas del conjunto del estudio. El status sobre los subíndices del ICO se compararon con a) la actuación social general medida según la escala de ajuste social (SAS; Weissman y Bothwell, 1976) y el inventario de problemas interpersonales (IIP; Horowitz et al., 1961); y b) el estado clínico sintomático medido en el Inventario de la Depresión de Beck (BDI; Beck et al., 1961) y el catálogo de síntomas de Hopkins (HSCL-90; Derogatis et al., 1973). Además, se examina la susceptibilidad del ICO a los cambios después del tratamiento.

MÉTODOS

índice del Comportamiento Objetivo

El ICO se desarrolló para captar los indicadores de comportamiento del cambio después de un curso de psicote-

rapia para pacientes con TPB. Los pacientes con TPB se incluyen en un clastro de DSM-IV, pcientes axis II (American Psychiatric Association, 1994) que se describen perfectamente como pacientes con trastornos graves de personalidad. Las pruebas de resultados del tratamiento utilizan normalmente medidas de status de los síntomas y de ajuste psicosocial par valorar la eficacia del tratamiento(s). Una búsqueda por toda la literatura no conlleva una medida de problemas con los comportamientos instrumentales y la utilización de servicios que le acompaña, especialmente cuando se aplica a pacientes con trastornos de la personalidad graves. Todavía, la observación clínica demuestra que estos pacientes experimentan múltiples problemas con las actividades de auto-cuidado y que son los que utilizan con mayor frecuencia los servicios sociales y de salud mental. La hipótesis que se planteó fue que el cambio en las dimensiones del comportamiento que aparecían en el ICO proporcionarían una evidencia clara de los efectos del tratamiento en un conjunto de pacientes con trastornos de la personalidad graves.

Tras una extensa revisión de los estudios clínicos y de los cursos de la enfermedad de trastorno de personalidad grave (Gunderson, 1984; Stone et al., 1987; Wallerstein, 1986) se identificaron unas dimensiones de comportamientos disfuncionales y unos indicadores de la utilización de servicios. Además, se revisó la literatura sobre la medición de los síntomas y funcionamiento psicosocial usada típicamente en las pruebas de comparación de tratamiento para distinguir las dimensiones de la disfunción del comportamiento que no se registró en todas estas escalas (eck et al., 1961; Derogatis et al., 1973; Weissman y Bothwell, 1976). Un panel interdisciplinario de profesionales de salud mental (psiquiatras, trabajadores sociales y los investigadores principales) revisaron un recuento inicial de temas para conseguir la validez y la comprensividad. Una selección final de ocho temas configuró las dimensiones clínicamente válidas más escuetas para la identificación de las áreas más importantes de disfunciones y de utilización de servicios en pacientes con TPB. Además, se presentaron unos temas selectos para aportar unos descriptores que se pudieran aplicar en todo el espectro de trastornos de personalidad graves.

El ICO utiliza un formato de entrevista para obtener

unos informes de los pacientes sobre la frecuencia e intensidad de los indicadores de disfunción del comportamiento seleccionados y del tipo de servicios utilizados durante los 6 meses anteriores. Las dimensiones del comportamiento incluyen: hospitalizaciones, psicoterapia, y otros servicios sociales o de salud mental. Cuando el paciente confirma un temario de comportamiento, el entrevistador obtiene la frecuencia de la concurrencia y entonces, mediante un sondeo en profundidad, explora la "intensidad" y/o "gravedad" de cada episodio. La intensidad de la puntuación capta la gravedad del comportamiento. El cuestionario incluye unos fundamentos descriptivos que diferencian tres niveles de intensidad. La puntuación total es la suma de las confirmaciones, la frecuencia y la intensidad (la puntuación va de 0 a 6). Las puntuaciones sin más se sitúan en una escala (la puntuación total de temas dividida por el número de temas confirmados) para conseguir la consistencia de clasificación y de comparación entre la dimensión de las puntuaciones (comportamientos disfuncionales y utilización de servicios). El cuadro 1 presenta un tema como ejemplo.

Procedimientos de recopilación de temas y de datos

Los datos para los tests del ICO se obtuvieron como parte de una prueba de comparación de tratamientos (Monroe-Blum y Marziali, 1995) para TPB. En una selección para la elegibilidad del escenario del estudio, se administró a los sujetos la entrevista de diagnóstico para los borderlines (EDB [DBI]; Gunderson et al, 1981). El ICO se compuso de ciento treinta y seis sujetos que cumplían los criterios de la EDB para la diagnosis del TPB. Estos datos se utilizaron para unos análisis de escala preliminares. De los 136 sujetos que cumplían los criterios para el estudio, 110 consintieron en participar en la fase de tratamiento y completaron las cuatro mediciones adicionales de los síntomas y el estado psicosocial antes de comenzar el tratamiento. Los datos de estos sujetos se utilizaron para medir los análisis de correlación. A los 110 sujetos se les asignó aleatoriamente una psicoterapia individual con tiempo indeterminado (el tratamiento usual) o el tratamiento experimental (grupo de psicoterapia interpersonal con límite de tiempo [30 sesiones]), la pérdida de datos ocurrió por causa de los abandonos y de los datos inservibles en cada uno de

puntos de medición (12 y 24 meses después del inicio del tratamiento). Como resultado, 35 sujetos con los datos completos en la medición de todos los resultados, en cada punto de medida, estuvieron disponibles para los análisis de la susceptibilidad al cambio del ICO.

La terapia de la duración para cada tratamiento era casi idéntica (tratamiento individual: promedio de número de sesiones = 17.1, SD , 9.8, variación 6 a 44; tratamiento en grupo: promedio de número de sesiones = 17.5, SD 7.9, variación 7 a 29). Todos los sujetos presentaron consentimiento de participación antes de la selección y de nuevo antes de la repartición aleatoria del tratamiento.

Medidas de comparación de los síntomas y del estado psicosocial

Junto a las mediciones del ICO, antes del tratamiento se administraron cuatro medidas de síntomas y de estado psicosocial a los sujetos a tratar, y un seguimiento de 12 a 24 meses. La actuación social general se midió con el SAS (Weissman y Bothwell, 1976). Se considera que es una medida bien comprobada, usada con frecuencia en los estudios de resultados de psicoterapia. El estado sintomático clínico se midió con el BDI (Beck et al., 1961) y con el Catálogo de Síntomas de Hopkins (HSCL-90; Derogatis et al., 1989). Ambas mediciones tienen unas propiedades psicométricas bien establecidas y también se han utilizado de forma extensiva para comprobar los efectos de diferentes tipos de psicoterapias. El IIP (Horowitz et al, 1988) capta las dificultades de los pacientes para mantener relaciones interpersonales. Tiene unas propiedades psicométricas bien comprobadas y es susceptible al cambio después de un curso de psicoterapia.

RESULTADOS

Descripción de la muestra demográfica

Los sujetos del estudio eran de raza caucásica, principalmente mujeres (81%), y con edades repartidas entre los 18 a los 52 años, con una media de edad de 29.7 años. El setenta y siete por ciento de la muestra no tenía pareja en la actualidad, aunque muchas habían estado casadas anteriormente o tenido una relación de pareja. Alrededor de la mitad de los sujetos tenía algún tipo de diplomatura o de educa-

ción universitaria. En los seis meses anteriores a incluirse en el estudio, el 75% había estado empleado a tiempo parcial, normalmente en situaciones de trabajo poco estables.

Fiabilidad

Las entrevistas las llevaban a cabo unos ayudantes de investigación especialmente preparados para ello. En particular, se servían de un tipo de encuestas redactadas para obtener mayor información. A los entrevistadores se les preparó para utilizar con exactitud los fundamentos para las escalas de intensidad. La seguridad de la puntuación quedó establecida con un segundo observador de las entrevistas del ICO, que tras un espejo de una sola cara presenciaba las entrevistas del ICO, y generaba sus propias puntuaciones independientemente. Existió un acuerdo perfecto entre los temas confirmados y la frecuencia de la recurrencia. El acuerdo sobre la dimensión de "intensidad" fue alto, entre 90% y 95%.

Confirmación de los temas del ICO

El porcentaje de confirmación por los sujetos del estudio de cada uno de los temas de los subíndices del ICO fue el siguiente: comportamientos disfuncionales - 32% de intentos de suicidio, 86% de comportamientos impulsivos, 55% de abuso de sustancias, 18% de traslados de domicilio, 43% de problemas legales; utilización de servicios - 38% de hospitalización, 54% de psicoterapia y 100% de utilización de otros servicios sociales y/o de salud mental. El ICO ofrece análisis específicos sobre los modelos de comportamientos disfuncionales y utilización de servicios. Por ejemplo, para aquellos sujetos que confirmaron intento de suicidio, los comportamientos disfuncionales que acompañan serían: 95% de comportamiento impulsivo, 72% de abuso de sustancias, 34% de traslado de domicilio, y 50% de problemas legales. Los pacientes suicidas mostraron los siguientes modelos de utilización de servicios: 68% de hospitalización, 45% de psicoterapia y 100% de utilización de servicios sociales y/o de salud mental.

Asociaciones de las puntuaciones del ICO con los factores demográficos

Se estudió la asociación entre cada uno de los subí-

ndices del ICO con los factores demográficos de edad, género, estado matrimonial (pareja), educación y empleo. Se utilizaron unos t-tests de doble cola, con la p situada en 0.5, para comprobar las diferencias de las dicotomías variables, y la correlación de Pearson para comprobar la asociación del ICO con la edad. En la variable de estado matrimonial, el grupo se fragmentó en dos, el de los sujetos casados en la actualidad o viviendo en pareja frente a todos los otros sujetos (solteros, casados anteriormente, etc). En cuanto a la educación, la muestra se dividió entre aquellos que tenían educación primaria o menos y los de educación secundaria o postgrados. Para la categoría de empleo, los sujetos se dividieron en entre los que tenían en ese momento empleo y los desempleados.

En el subíndice de comportamientos disfuncionales había una asociación inversa significativa con la edad ($N = 136$, $r = -.28$, $p < .01$) y diferencias significativas por el género (hombre, promedio = 2.03; mujer, promedio = 1.59, $p < .05$), el estado matrimonial (sin pareja, promedio = 1.78; con pareja, promedio = 1.33, $p < 0.5$), y la educación (primaria o menos, promedio 1.90; postgraduado o secundaria, promedio 1.47, $p < .01$). No hubo diferencias en el subíndice de comportamientos disfuncionales por el estado de empleo o desempleo. En el subíndice de utilización de servicios no había asociación por edad y apenas diferencias por género, estado matrimonial y nivel de educación. Sin embargo, el grupo de los que tenían empleo se diferenció significativamente de los que no tenían con respecto a la utilización de servicios (empleados, promedio = 1.85; desempleados, promedio = 2.59, $p < .01$).

Correlaciones dentro de los subíndices del ICO y con las medidas de los síntomas y estados psicosociales

Se contabilizaron una serie de correlaciones: a) el subíndice de los comportamientos disfuncionales del ICO con el subíndice de la utilización de servicios; b) los dos subíndices del ICO con las puntuaciones de pretratamiento de las cuatro medidas de los resultados BDI (Beck et al., 1961); el Catálogo de Síntomas de Hopkins (HSCL-90; Derogatis et al., 1973); el SAS (Weissman y Bothwell, 1976); y el IIP (Horowitz et al., 1988). Al contrario de lo

Tabla 2. Correlación de los subíndices del ICO con otras mediciones de estados.

| | BDI | SAS | HSCL90 | IIP |
|--------------------------------|------|--------|--------|--------|
| Comportamientos disfuncionales | .228 | .029 | .161 | .086 |
| Utilización de servicios | .214 | .205 | .213 | .329** |
| BDI | | .639** | .648** | .477** |
| SAS | | | .502** | .476** |
| HSCL90 | | | | .520** |

BDI, Inventario de la Depresión de Beck; SAS, escala de ajuste social; HSCL-90, catálogo de síntomas de Hopkins; IIP, inventario de problemas interpersonales.

**p <.001

que se esperaba, la puntuación del subíndice de los comportamientos disfuncionales del ICO no se correspondía con la puntuación del subíndice de la utilización de servicios. A parte de una excepción, no hubo correlaciones significativas entre los subíndices del ICO y las medidas de los síntomas y ajustes psicosociales de los que los propios pacientes habían informado. La única correlación significativa fue entre la puntuación del índice de utilización de servicios y el inventario de problemas interpersonales ($r = .33, p <.001$). Por el contrario, las otras medidas del estado pretratamiento (BDI, SAS, HSCL-90 y IIP) estuvieron significativamente intercorrelacionadas. La correlación matriz se muestra en el cuadro 2.

Susceptibilidad al cambio

Por los datos que se perdieron en uno o varios de los puntos, el volumen de la muestra para el análisis de las discordancias fue de 35. No hubo ninguna diferencia estadística en ninguno de los indicadores de resultados (incluidos los subíndices del ICO) entre las dos formas de tratamiento (individual frente a psicoterapia en grupo) en los 12 a 24 meses de seguimiento (Munroe-Blum y Marziali, 1995). El volumen reducido de la muestra podría haber limitado la facultad para detectar las diferencias de tratamientos.

Los análisis de las medidas de discordancia se repitieron para evaluar los efectos de conjunto del ICO (grupos de tratamiento combinado) sobre los resultados. El efecto estadísticamente significativo del tiempo demostró

mejoras significativas en cada uno de los subíndices del ICO en los 12 a 24 meses de seguimiento (promedios de los comportamientos disfuncionales: pre-tratamiento, 1.55; 12 meses de seguimiento, 1.49; 24 meses de seguimiento, 1.12; $F [4,31] = 5.96, p <.01$; promedios de utilización de servicios: pre-tratamiento, 2.03; 12 meses de seguimiento, 1.86; 24 meses de seguimiento, 1.5; $F [4,31] = 4.50, p <.01$).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio demostraron que el ICO proporciona una información importante a cerca del estado del paciente que no se captan con las mediciones de síntomas y de ajuste social que suelen utilizarse normalmente en los estudios sobre la eficacia de los tratamientos. A diferencia de mediciones como las de la escala de clasificación de la enfermedad y la salud (Luborsky, 1962) y la escala de evaluación global (Endicott et al, 1976) que proporcionan unas estimaciones globales de las disfunciones sociales y psiquiátricas (p.ej., no se puede extrapolar la contribución relativa de cada comportamiento observado a la puntuación estimada), el ICO obtiene puntuaciones para cada dimensión de los dos subíndices (cinco dimensiones para el índice de comportamientos disfuncionales y tres dimensiones para el índice de utilización de servicios). Así mismo, los análisis de confirmación de temas de cada paciente individual ilustran modelos de disfunción del comportamiento y también modelos de utilización de servicios. La información adjunta de cada uno de los subíndices del ICO proporciona datos cuantitativos para describir conjuntos de pacientes y sus respuestas a las intervenciones de tratamiento.

La valoración de los efectos de los factores demográficos sobre la respuesta del sujeto ($N = 136$) a los subíndices del ICO demuestra que la edad (ser más joven), el género (masculino), el estado matrimonial (soltero), y la educación (primaria o menos) se asociaban a unas puntuaciones más altas en los subíndices de comportamientos disfuncionales del ICO. La utilización de servicios no estaba asociada con la edad el género, el estado matrimonial o la educación. El estar desempleado no se asociaba con el subíndice de los comportamientos disfuncionales

pero estaba significativamente asociado a una mayor utilización de servicios.

Resultó inesperado el descubrir que el subíndice de los comportamientos disfuncionales no estuviera asociado significativamente con la utilización de servicios. Igualmente, ninguno de los subíndices se asociaba a las otras mediciones de síntomas y de funcionamiento psicosocial con la excepción de la asociación positiva entre el subíndice de utilización de servicios y la medición de problemas interpersonales (IIP). Clínicamente, se asume que niveles más altos de comportamiento disfuncional, de síntomas y de problemas psi-cosociales tienen como resultado un uso más frecuente de los servicios sociales y de salud mental. Aunque lo que se descubre generalmente cuestiona esta situación, se comprende la única correlación entre el subíndice de utilización de servicios y la medición de problemas interpersonales (IIP). Podría ser que unos pacientes que experimentaran problemas persistentes en las relaciones interpersonales utilizaran los medios de los servicios sociales y de salud mental como sustitutos provisionales a falta de otros mejores, insatisfactorios o que no se pueden conseguir. Lo que aquí se descubre sugiere que diferentes sectores de los funcionamientos de los pacientes (del comportamiento, sintomático o interpersonales) necesitan medirse de modo separado y que los servicios suelen utilizarse de manera independiente de esos indicadores del estado del paciente.

Los análisis sobre la susceptibilidad del ICO para cambiar los comportamientos disfuncionales y la utilización de servicios mostró que el cambio significativo en el conjunto total de pacientes bajo tratamiento fue ocurriendo a lo largo del tiempo (del pre-tratamiento a 12 y 24 meses de seguimiento). Dado el número reducido de sujetos disponibles para los efectos del tratamiento del ICO desde el pre-tratamiento hasta el seguimiento, no fue posible controlar los efectos de los factores demográficos estudiados. Pese al número reducido de sujetos con datos disponibles para el análisis de las discrepancias (del pre-tratamiento a 12 y 24 meses de seguimiento), los resultados demostraron la medida de susceptibilidad del ICO al cambio tras el tratamiento.

En resumen, las pruebas de una nueva medida de los comportamientos disfuncionales y la utilización de servi-

cios presenta resultados prometedores. A causa de la coincidencia frecuente en los diagnósticos a lo largo del DSM-IV, categorías axis II, la mayoría de los comportamientos medidos con los subíndices de comportamientos disfuncionales del ICO se aplican a la mayoría, por no decir a todos, los grupos de diagnóstico de trastorno de personalidad, en especial en el final grave de un continuum. Igualmente, el subíndice de la utilización de servicios del ICO es útil para grabar el tipo y la cantidad de servicios a los que ha accedido cualquier grupo de pacientes.

CONCLUSIONES

El ICO puede aumentar las valoraciones clínicas dado que enfoca problemas y modelos de utilización de servicios que son más comunes para grupos de diagnóstico particular. Es más específico que los procedimientos de valoración clínica global y puede funcionar como criterio de confirmación para evaluar la gravedad de un diagnóstico de trastorno de personalidad específico. Los niveles de deducción que se requieren para juzgar la presencia y la intensidad de cada dimensión son bajos, por lo que la fiabilidad de los juicios se establece con facilidad. El ICO puede utilizarse para la evaluación de programas por que es sencillo de administrar y puede usarse para captar el progreso de un paciente en particular y de todo un grupo de pacientes desde el pre-tratamiento hasta la terminación y el seguimiento después del tratamiento. El ICO obtiene la información tanto cualitativa como cuantitativa sobre el estado del paciente y la respuesta a los programas de tratamiento. El cambio en cada una de las cinco dimensiones de los subíndices de los comportamientos disfuncionales y de las tres dimensiones del subíndice de utilización de servicios puede puntuarse por separado, y un cambio en su conjunto puede evaluarse generando el total acumulativo a través de las dimensiones de cada uno de los subíndices.

Limitaciones del estudio

Las propiedades psicométricas y clínicas del ICO se comprobaron dentro de los marcos de una prueba de resultados del tratamiento para una categoría de trastorno de la personalidad (TPB). Aunque se espera que las modificaciones del ICO para incluir dimensiones adicionales espe-

cíficas para cada uno de los trastornos de personalidad del Axis II pudieran tener utilidad tanto clínica como de investigación, se necesitan nuevos estudios para probar tales hipótesis. Pese a que las respuestas de alrededor de 100 sujetos sobre los medios del ICO se utilizaron para bastantes de los análisis, hubo muchas menos respuestas de los sujetos disponibles para los análisis de los efectos después del tratamiento. De igual modo, la interpretación de las asociaciones entre los subíndices del ICO y las variables demográficas estudiadas quedaba limitada por el reducido número de sujetos disponibles para los análisis de los resultados después del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) Washington DC: Author

Becker AT, Steer RA, Garbín MG (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years later, *Clin Psychol Rev* 8:77-100

Derogatis LR, Lipman RS, Covi L (1973) SCL-90, An outpatient psychiatric rating-preliminary report, *Psychopharmacol Bull* 9:13-28

Endicott J, Spitzer RL, Feiss JL, Cohén J (1976) The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Arch Gen Psychiatry* 33:766-771

Gunderson JG, Kolb J, Austin V (1981) The diagnostic interview for borderline patients, *Am J Psychiatry* 138:896-903

Gunderson JG (1984) *Borderline personality disorder*, Washington, DC: American Psychiatric Association

Horowitz LM, Rosenberg SE, Bauer BA, Ureno G, Villasenor VS (1988) Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications, *J Clin Consult Psychol* 56:885-892

Linhan MM, Armstrong HE, Suarez A, Alimón D, Head H (1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients, *Arch Gen Psychiatry* 48:1060-1065

Luborsky L (1962) Clinicians judgments of mental health: A proposed scale, *Arch Psychiatry* 7:404-417

Marziali E, Munroe-Blum H (1994) *Interpersonal group psychotherapy for borderline personality disorder*, New York Basic Books

McGlashan TH (1986) The Chestnut Lodge follow-up study, III Long Term outcome of borderline personalities, *Arch Gen Psychiatry* 43:20-30

Munroe-Blum H, Marziali E (1985) A controlled trial of short-term group psychotherapy for borderline personality disorder, *J Pers Disord* 9:190-198
Paris J, Brown R, Nolis D (1987) Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital, *Comp Psychiatry* 28:530-535

Stone MH, Hurt SW, Stone DK (1987) The PI-500: Long term follow-up of borderline in-patients meeting DSM-III criteria, I Global outcome, *J Pers Disord* 1:291-298

Stone MH, (1993) Long term outcome of personality disorders, *Br J Psychiatry* 162:299-313

Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*, New York: Guilford Press

Wissman MM, Bothwell S (1976) Assessment of social adjustment by patient self report, *Arch Gen Psychiatry* 33:1111-1115