PSICOTERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

LECTURA CRÍTICA

MARINA MATÉ MORENO
JAVIER HERNÁNDEZ PEDROSA
M.I.Rs. II H.R.U. CARLOS HAYA

ESCENARIO CLÍNICO

- NOS ENCONTRAMOS ROTANDO EN LA USMC MÁLAGA-CENTRO.
- PACIENTE, MUJER DE 18 AÑOS CON CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE TLP.
- SEGUIMIENTO 7 MESES
- MÚLTIPLES GESTO AUTOLESIVOS, PERSISTENCIA DE INESTABILIDAD EMOCIONAL CON IMPORTANTE REPERCUSIÓN FUNCIONAL.
- NUMEROSAS ASISTENCIAS URGENTES.

ESCENARIO CLÍNICO

- TRABAJO TERAPÉUTICO:
  - PSICOEDUCACIÓN (manejo de la ansiedad, control de impulsos, afrontamiento de la frustración…). NO REGLADO
  - INTERVENCIÓN EN CRISIS
  - FARMACOTERAPIA
    - 2 ADP
    - 1 ANTIPSICÓTICO
    - 1ESTABILIZADOR DEL ÁNIMO
    - 1 BZD
- ¿FRACASO TERAPÉUTICO?

INTRODUCCIÓN

- **F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**
  Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.
- **F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite**
  Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).
  - Incluye:
    Personalidad "borderline".
    Trastorno "borderline" de la personalidad.

INTRODUCCIÓN

- ALGUNOS DATOS:
  - 0,2-1.8% de la población general.
  - 10-20% de pacientes ambulatorios.
  - **15-20 % de pacientes ingresados**.
  - 50% de los pacientes ingresados por TP
  - 93% presenta un trastorno afectivo
  - 88% presenta un trastorno de ansiedad
  - 64% presenta un trastorno por uso de sustancias
  - **80% gestos autolesivos**
  - 8-10% suicidio consumado

INTRODUCCIÓN

- REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES (GPC-NICE):
  - MÁS ENFASIS EN EL ESTABLECIMIENTO DE UNA ADECUADA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y PAUTAS ACERCA DEL MANEJO EN LA CONSULTA HABITUAL.QUE EN INDICACIONES TERAPEÚTICAS CONCRETAS Y REGLADAS.
  - PLANES DE CUIDADO MULTIDISCIPLINARES
  - PSICOTERAPIAS REGLADAS (según la necesidad y preferencia del paciente).
  - TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (Evidencia no recomendación)

NOS PREGUNTAMOS.....

- ¿ A LARGO PLAZO, VALE LA PENA EL ESFUERZO Y COSTE DE UNA TERAPIA REGLADA EN NUESTRA PACIENTE, O UNA INTERVENCIÓN NO REGLADA (CONSULTA HABITUAL) CENTRADA EN LAS RECOMENDACIONES DE MANEJO DE ESTOS PACIENTES SERÍA SUFICIENTE?

PREGUNTA PICO

- ¿ ES MÁS EFICAZ A LARGO PLAZO, LA PSICOTERAPIA REGLADA FRENTE A LAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN UNA CONSULTA HABITUAL DE SALUD MENTAL?

P	PACIENTE CON T. LÍMITE DE LA PERSONALIDAD
I	PSICOTERAPIA REGLADA
C	TRATAMIENTO HABITUAL EN CONSULTA DE USMC
O	ESTABILIZACIÓN/MEJORÍA A LARGO PLAZO

BUSQUEDA

- BUSCADOR : TRIPDATABASE

BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

THERAPY

LONG TERM

ARTÍCULO SELECCIONADO

Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: prospective 6-year follow-up

Kate M. Davidson, Peter Tyrer, John Norrie, Stephen J. Palmer and Helen Tyrer

The British Journal of Psychiatry 2010 197: 456-462

ESTUDIO BOSCOT

"The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. J Personal Disorder"

(20):450-465.

Davidson, K.; Norrie, J.; Tyrer, P.; Gumley, A.; Tata, P.; Murray, H.; Palmer, S. (2006).

ESTUDIO BOSCOT

- ECA, CON MUESTRA DE 106 PACIENTES OBTENIDOS EN 3 USMC U.K.
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
  - 18 y 65 años
  - Cumplieron con, por lo menos, 5 criterios ,del trastorno límite de la personalidad de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM IV Eje II Trastornos de la Personalidad
  - Habían recibido servicios de hospitalización psiquiátrica o una evaluación en los servicios de urgencias o un episodio de deliberada autolesiones en los últimos 12 meses y fueron capaces de dar su consentimiento informado

ESTUDIO BOSCOT

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
  - Pacientes hospitalizados en el momento del estudio en UHSM.
  - Que recibiesen en ese momento una terapia psicológica sistemática o servicio especializado, en particular la psicoterapia psicodinámica.
  - Conocimiento insuficiente de Inglés para que puedan ser evaluados adecuadamente y comprender el enfoque de tratamiento.
  - Residentes de manera temporal en la zona.
  - Evidencia de una enfermedad orgánica, deficiencia mental, dependencia de alcohol o drogas.
  - Diagnóstico de esquizofrenia o trastorno afectivo bipolar.

ESTUDIO BOSCOT

- 2 GRUPOS ALEATORIZADOS:
  - TAU (n=54)
  - TAU + TCC (27 sesiones en 1 año) (n=52)
- SEGUIMIENTO DURANTE 2 AÑOS
- 3 PARÁMETROS FUNDAMENTALES:
  1. ACTOS SUICIDAS
  2. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA.
  3. ATENCIÓN DE ACCIDENTES Y EMERGENCIAS.

ESTUDIO BOSCOT

- RESULTADOS:
  - OR= 0,70 ([IC] 95% intervalo de confianza (0,38 a 1,31), p = 0,27).
  - ACTOS SUICIDAS:

    Diferencia de medias -0,91; IC 95%: (1,67 a -0,17), p = 0,02, a favor del grupo TCC.
  - MENOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN TCC.
  - MENOR COSTE ECONÓMICO GLOBAL TCC.
  - PRECISARÍA DE UN ESTUDIO A LARGO PLAZO.

LECTURA CRÍTICA

1.¿SON VÁLIDOS LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO?

¿SE HA REALIZADO DE MANERA ALEATORIA LA ASIGNACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS A LOS PACIENTES?

- SE MENCIONA EXPLICITAMENTE QUE EL ESTUDIO ES UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO

SI

¿SE HAN TENIDO EN CUENTA ADECUADAMENTE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ENSAYO Y SE LES HA CONSIDERADO EN LA CONCLUSIÓN DEL MISMO?

- ESTUDIO BOSCOT: 106 PACIENTES
  - 3 MUERTES
  - 2 NO FIRMARON FORMULARIO
  - 8 SE RETIRAN
- INICIAN: 93 PACIENTES
  - 8 SE RETIRAN
  - 9 NO RESPONDEN AL SEGUIMIENTO
- COMPLETAN EL ESTUDIO: 76 PACIENTES (72% DEL ORIGINAL)

¿SE HAN TENIDO EN CUENTA ADECUADAMENTE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS EN EL ENSAYO Y SE LES HA CONSIDERADO EN LA CONCLUSIÓN DEL MISMO?

SI

¿SE HA REALIZADO SEGUIMIENTO COMPLETO?

- EL TIEMPO DE SEGUIMIENTO PARA LOS PACIENTES QUE COMPLETAN EL ESTUDIO ES DE (5.4-6.4)

- PROMEDIO 5.8

SI

¿SE HAN ANALIZADO LOS PACIENTES EN EL GRUPO AL QUE FUERON ASIGNADOS ALEATORIAMENTE?

- SE ANALIZAN AMBOS GRUPOS, COMPLETANDO CUSTIONARIOS EN REFERENCIA A LAS VARIABLES A ANALIZAR, AL PRINPIO Y A LOS 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO

SI

¿SE HAN ANALIZADO LOS PACIENTES EN EL GRUPO AL QUE FUERON ASIGNADOS ALEATORIAMENTE?

Table 2 Other clinical outcomes (baseline and 6-year follow-up)[a]

Outcome	CBT–PD ($n=43$): mean (s.d.)		TAU ($n=33$): mean (s.d.)		Adjusted mean difference CBT–PD – TAU (95% CI)	P[b]
	Baseline	6 years	Baseline	6 years		
BDI total	42.6 (10.1)	26.5 (16.5)	43.2 (10.1)	26.2 (17.5)	−0.58 (−8.45 to 7.29)	0.88
BSI global severity	2.68 (0.57)	1.75 (1.02)	2.38 (0.80)	1.68 (1.09)	−0.24 (−0.70 to 0.23)	0.32
EQ–5D thermometer	40.6 (19.9)	53.3 (22.4)	50.6 (24.4)	56.2 (25.6)	1.76 (−9.74 to 13.2)	0.76
EQ–5D weighted HSV	0.46 (0.37)	0.52 (0.38)	0.54 (0.37)	0.61 (0.37)	−0.05 (−0.22 to 0.12)	0.58
IIP–32 total	72.4 (15.1)	53.1 (23.7)	64.9 (16.5)	48.7 (24.6)	−3.12 (−14.5 to 8.23)	0.58
SFQ total	15.3 (4.14)	10.3 (4.98)	15.1 (3.80)	11.2 (5.00)	−1.07 (−3.49 to 1.36)	0.38
State–Anxiety total	54.9 (12.5)	45.7 (13.5)	51.9 (11.9)	48.2 (13.0)	−5.29 (−11.3 to 0.69)	0.082
Trait–Anxiety total	66.1 (7.87)	55.1 (13.3)	65.2 (7.42)	56.5 (13.6)	−4.13 (−9.64 to 1.37)	0.14
Youth Schema Questionnaire						
Total	4.07 (0.60)	3.09 (1.03)	3.77 (0.76)	3.16 (1.12)	−0.28 (−0.89 to 0.32)	0.35
Emotional deprivation	4.60 (1.15)	3.76 (1.41)	3.98 (1.58)	3.44 (1.45)	0.13 (−0.52 to 0.77)	0.70
Abandonment	4.57 (1.29)	3.09 (1.47)	4.53 (1.38)	3.47 (1.94)	−0.59 (−1.41 to 0.24)	0.16
Mistrust/abuse	4.79 (1.00)	3.73 (1.61)	4.42 (1.61)	3.68 (1.81)	−0.26 (−0.99 to 0.47)	0.48
Social isolation	4.80 (1.04)	3.49 (1.60)	4.27 (1.39)	3.78 (1.75)	−0.71 (−1.43 to 0.00)	0.051
Defective/shame	4.40 (1.08)	3.13 (1.20)	4.05 (1.15)	3.48 (1.30)	−0.54 (−1.10 to 0.02)	0.058
Failure	4.22 (1.61)	2.98 (1.63)	4.06 (1.59)	3.54 (1.76)	−0.63 (−1.37 to 0.12)	0.10
Dependence/incompetence	3.91 (1.27)	2.94 (1.34)	3.49 (1.14)	3.07 (1.40)	−0.36 (−1.00 to 0.27)	0.26
Vulnerable harm/illness	4.23 (1.22)	3.36 (1.64)	3.94 (1.34)	3.45 (1.60)	−0.28 (−1.04 to 0.49)	0.47
Enmeshment	2.31 (1.47)	1.90 (1.22)	2.47 (1.41)	1.86 (1.07)	0.27 (−0.34 to 0.88)	0.37
Subjugation	4.18 (1.16)	2.95 (1.31)	3.90 (1.29)	3.42 (1.69)	−0.63 (−1.31 to 0.04)	0.067
Self-sacrifice	4.00 (1.40)	3.62 (1.40)	3.88 (1.45)	3.67 (1.27)	−0.14 (−0.68 to 0.40)	0.61
Emotional inhibition	3.96 (1.36)	3.21 (1.43)	3.64 (1.44)	3.25 (1.51)	−0.12 (−0.78 to 0.54)	0.72
Unrelenting standards	4.08 (1.28)	3.49 (1.39)	3.86 (1.43)	3.83 (1.34)	−0.52 (−1.12 to 0.09)	0.092
Entitlement	2.96 (1.10)	2.68 (1.13)	2.29 (1.14)	2.36 (1.14)	−0.07 (−0.62 to 0.48)	0.80
Insufficient self-control	4.50 (1.26)	3.22 (1.53)	4.01 (1.43)	3.25 (1.46)	−0.05 (−0.80 to 0.71)	0.90

¿SE HA MANTENIDO UN DISEÑO "CIEGO" RESPECTO AL TTO APLICADO, A PACIENTES, CLÍNICOS Y PERSONAL DEL ESTUDIO?

- PERSONAL DEL ESTUDIO..... SI
- CLÍNICOS..... NO
- PACIENTES.....SI

ECA DOBLE CIEGO

¿ERAN SIMILARES LOS GRUPOS AL INICIO DEL ENSAYO?

- EN LA METODOLOGÍA DEL ESTUDIO SE ANALIZA Y MENCIONA QUE NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS 2 GRUPOS ALEATORIZADOS

SI

APARTE DE LA INTERVENCIÓN, ¿SE HA TRATADO DE IGUAL FORMA A LOS GRUPOS?

- AMBOS SE ANALIZAN MEDIANTE LOS MISMOS PARAMETROS Y SE LES PASA LOS MISMOS CUESTIONARIOS.
- SE REALZIA ANALISIS DE LAS POSIBLES TERAPIAS PSICOLÓGICAS QUE RECIBIERAN DE FORMA ALTERANATIVA:
  - 3 PACIENTES RECIBEN TCC REGLADA (aunque no refiere a que grupos pertenecían)
  - 1 DEL GRUPO DE TCC, RECIBE TERAPIA DE APOYO BASADA EN LA MENTALIZACIÓN EN HOSPITAL DE DÍA.

APARTE DE LA INTERVENCIÓN, ¿SE HA TRATADO DE IGUAL FORMA A LOS GRUPOS?

- NO HABLAN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.
- INTERVENCIONES NO REGLADAS EN LOS DISPOSITIVOS (H. DE DIA, UHSM…)

SI…

-DEBERIA MENCIONARSE DE FORMA MAS EXAHUSTIVA
-ES COMPLICADO ANALIZAR TODAS LAS INTERVENCIONES NO REGLADAS QUE EL PACIENTE HAYA PODIDO RECIBIR.
- CREEMOS QUE LAS DIFERENCIAS EN FARMACOTERAPIA, SE DEBERÁN EN TODO CASO AL AZAR

VALIDEZ DEL ESTUDIO

- ASIGNACIÓN ALEATORIA — SI
- SE HATENIDO EN CUENTA A TODOS LOS PACIENTES AL INICIO Y FIN DEL ESTUDIO — SI
- SEGUIMIENTO COMPLETO — SI
- ANALISIS EN CADA GRUPO — SI
- ENSAYO DOBLE CIEGO — SI
- GRUPOS SIMILARES — SI
- SE HAN TRTADO IGUAL A AMBOS GRUPOS — SI¿?

VALIDEZ DEL ESTUDIO

- ASIG
- SE
  PA
- S
- A
- E
- GR
- SE H
  GRUPO

SI

S LOS

UDIO

SI

SI

VALIDEZ DEL ESTUDIO **OK**

¿CUÁLES HAN SIDO LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO?

¿CUÁL HA SIDO LA MAGNITUD DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO?

- INTENTOS AUTOLÍTICOS:
  - DURANTE LOS 6 AÑOS DE SEGUIMIENTO:
    - GRUPO TAU=73% REALIZA G.A.
    - GRUPO TCC= 56% REALIZA G.A.
    - OR ajustada=0.37; I.C. 95% (0.10-1.38) p= 0.13
    - RRR= 23%; RAR= 17%
    - NNT= 1/RAR= 1/0.17= 5.88
- NO DIFERENCIAS EN CUANTO A GESTOS AUTOLESIVOS

¿CUÁL HA SIDO LA MAGNITUD DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO?

Table 1 Number of suicide attempts at 1, 2 and 6 years (cumulative averages over entire period specified)

Time	TAU ($n=33$): mean (s.d.)	CBT-PD ($n=43$): mean (s.d.)	Adjusted[a] mean difference TAU–CBT-PD (95% CI)	*P*
1 year	1.22 (2.67)	0.69 (1.14)	0.47 (−0.15 to 1.10)	0.13
2 years	2.09 (3.58)	0.93 (1.58)	1.18 (0.31 to 2.06)	0.0085
6 years	3.03 (4.16)	1.88 (3.19)	1.26 (−0.06 to 2.58)	0.061

CBT-PD, cognitive–behavioural therapy for personality disorders; TAU, treatment as usual.
a. Adjusted for baseline differences between the groups in terms of unemployment, living alone and involvement with legal/law enforcement services in the previous 6 months.

INTENTOS AUTOLÍTICOS: PRECISIÓN DEL EFECTO

- SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA SÓLO EN EL 2º AÑO (P= 0.0085).
- TODOS LOS IC INCLUYEN EL VALOR 1, POR TANTO NO SE PUEDE ASEGURAR QUE NINGUNA INTERVENCIÓN SEA MEJOR QUE LA OTRA RESPECTO A LA VARIABLE ANALIZADA.
- PODEMOS RELIZAR ANALISIS EXCLUSIVAMENTE CON LA REDUCCIÓN DEL RIESGO…..

POCA CALIDAD ESTADÍSTICA

MAGNITUD DEL EFECTO

- DEPRESIÓN
- ANSIEDAD
- FUNCIONAMIENTO SOCIAL
- CALIDAD DE VIDA
- VARIABILIDAD DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDA POR EL PACIENTE (YSQ)

NO EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS

MAGNITUD DEL EFECTO

Outcome	CBT–PD ($n=43$): mean (s.d.)		TAU ($n=33$): mean (s.d.)		Adjusted mean difference CBT–PD – TAU (95% CI)	P^b
	Baseline	6 years	Baseline	6 years		
BDI total	42.6 (10.1)	26.5 (16.5)	43.2 (10.1)	26.2 (17.5)	−0.58 (−8.45 to 7.29)	0.88
BSI global severity	2.68 (0.57)	1.75 (1.02)	2.38 (0.80)	1.68 (1.09)	−0.24 (−0.70 to 0.23)	0.32
EQ–5D thermometer	40.6 (19.9)	53.3 (22.4)	50.6 (24.4)	56.2 (25.6)	1.76 (−9.74 to 13.2)	0.76
EQ–5D weighted HSV	0.46 (0.37)	0.52 (0.38)	0.54 (0.37)	0.61 (0.37)	−0.05 (−0.22 to 0.12)	0.58
IIP–32 total	72.4 (15.1)	53.1 (23.7)	64.9 (16.5)	48.7 (24.6)	−3.12 (−14.5 to 8.23)	0.58
SFQ total	15.3 (4.14)	10.3 (4.98)	15.1 (3.80)	11.2 (5.00)	−1.07 (−3.49 to 1.36)	0.38
State–Anxiety total	54.9 (12.5)	45.7 (13.5)	51.9 (11.9)	48.2 (13.0)	−5.29 (−11.3 to 0.69)	0.082
Trait–Anxiety total	66.1 (7.87)	55.1 (13.3)	65.2 (7.42)	56.5 (13.6)	−4.13 (−9.64 to 1.37)	0.14
Youth Schema Questionnaire						
Total	4.07 (0.60)	3.09 (1.03)	3.77 (0.76)	3.16 (1.12)	−0.28 (−0.89 to 0.32)	0.35
Emotional deprivation	4.60 (1.15)	3.76 (1.41)	3.98 (1.58)	3.44 (1.45)	0.13 (−0.52 to 0.77)	0.70
Abandonment	4.57 (1.29)	3.09 (1.47)	4.53 (1.38)	3.47 (1.94)	−0.59 (−1.41 to 0.24)	0.16
Mistrust/abuse	4.79 (1.00)	3.73 (1.61)	4.42 (1.61)	3.68 (1.81)	−0.26 (−0.99 to 0.47)	0.48
Social isolation	4.80 (1.04)	3.49 (1.60)	4.27 (1.39)	3.78 (1.75)	−0.71 (−1.43 to 0.00)	0.051
Defective/shame	4.40 (1.08)	3.13 (1.20)	4.05 (1.15)	3.48 (1.30)	−0.54 (−1.10 to 0.02)	0.058
Failure	4.22 (1.61)	2.98 (1.63)	4.06 (1.59)	3.54 (1.76)	−0.63 (−1.37 to 0.12)	0.10
Dependence/incompetence	3.91 (1.27)	2.94 (1.34)	3.49 (1.14)	3.07 (1.40)	−0.36 (−1.00 to 0.27)	0.26
Vulnerable harm/illness	4.23 (1.22)	3.36 (1.64)	3.94 (1.34)	3.45 (1.60)	−0.28 (−1.04 to 0.49)	0.47
Enmeshment	2.31 (1.47)	1.90 (1.22)	2.47 (1.41)	1.86 (1.07)	0.27 (−0.34 to 0.88)	0.37
Subjugation	4.18 (1.16)	2.95 (1.31)	3.90 (1.29)	3.42 (1.69)	−0.63 (−1.31 to 0.04)	0.067
Self-sacrifice	4.00 (1.40)	3.62 (1.40)	3.88 (1.45)	3.67 (1.27)	−0.14 (−0.68 to 0.40)	0.61
Emotional inhibition	3.96 (1.36)	3.21 (1.43)	3.64 (1.44)	3.25 (1.51)	−0.12 (−0.78 to 0.54)	0.72
Unrelenting standards	4.08 (1.28)	3.49 (1.39)	3.86 (1.43)	3.83 (1.34)	−0.52 (−1.12 to 0.09)	0.092
Entitlement	2.96 (1.10)	2.68 (1.13)	2.29 (1.14)	2.36 (1.14)	−0.07 (−0.62 to 0.48)	0.80
Insufficient self-control	4.50 (1.26)	3.22 (1.53)	4.01 (1.43)	3.25 (1.46)	−0.05 (−0.80 to 0.71)	0.90

MAGNITUD DEL EFECTO: HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA

- TAU= 51%
- TCC= 56%
- TIEMPO DE INGRESO:
  - TAU= 7.15 DÍAS
  - TCC= 4.79 DÍAS
- NO DEFINEN LA PRECISIÓN DE ESTOS RESULTADOS

MAGNITUD DEL EFECTO: HOSPITALIZACIÓN PSIQUIATRICA

Table 4 Follow-up resource utilisation by group

Service	TAU			CBT–PD			Unit	Unit cost or range, £
	Mean (s.d.)	Median (IQR)	Used by, %	Mean (s.d.)	Median (IQR)	Used by, %		
Hospital services								
In-patient	60.97 (180.59)	1 (0–16)	51	10.81 (19.29)	1 (0–11)	56	Day	219–659
Out-patient	13.21 (14.51)	11(0.5–21.5)	76	13.49 (18.02)	9 (1–19)	86	Attendance	55–148
Day hospital	7.15 (25.42)	0 (0–0)	12	4.79 (31.41)	0 (0–0)	2	Attendance	84–86
Emergency room	8.12 (24.22)	3 (0–4)	64	3.91 (7.67)	1 (0–4)	65	Attendance	69–79

MAGNITUD DEL EFECTO: COSTE ECONÓMICO

- AMPLIO ANÁLISIS DE COSTOS
- PACIENTE,SNS, S. SOCIALES Y OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA.
- REDUCCIÓN DE COSTES TOTALES EN GRUPO TCC

MAGNITUD DEL EFECTO: COSTE ECONÓMICO

Table 5 Follow-up costs by group

	TAU	CBT-PD	Mean difference (95% CI), £	Adjusted[a] mean difference (95% CI), £
	£ Mean (s.d.)	£ Mean (s.d.)		
Hospital services	16658 (42425)	5015 (6150)	−11643 (−29401 to −441)	−6731 (−19792 to 1091)
Community day services	175 (513)	247 (571)	72 (−164 to 315)	49 (−171 to 280)
Primary/community care	1199 (1755)	885 (850)	−313 (−1012 to 214)	−252 (−978 to 324)
Accommodation	381 (2186)	292 (1915)	−88 (−1249 to 613)	387 (−27 to 1219)
Criminal justice services	325 (782)	142 (563)	−183 (−506 to 106)	−178 (−523 to 112)
Total	18737 (43998)	6582 (6913)	−12155 (−32743 to −870)	−6472 (−18578 to 781)

TAU, treatment as usual; CBT-PD, cognitive–behavioural therapy for personality disorders.
a. Adjusted for baseline costs and stratification.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ESCASO TAMAÑO DE LA MUESTRA.
- NO HAY INFORMACIÓN DE COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.
- NO EXISTE ACUERDO FORMAL EN CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TLP.
- ESFUERZO TERAPEUTICO (2 AÑOS DE TCC)
- EXCESIVOS PARAMETROS SUBJETIVOSEN MEJORÍA PERCIBIDA.
- SIGNIFICADO DE PACIENTES QUE DEJAN DE CUMPLIR CRITERIOS DIAGNÓSTICOS TLP.

MEJORÍA



PERDIDAS

APLICABILIDAD: ¿ME RESULTAN ÚTILES LOS RESULTADOS PARA LA ASISTENCIA DE MIS PACIENTES?

¿SE HAN CONSIDERADO TODOS LOS RESULTADOS CLÍNICAMENTE IMPORTANTES?

- INTENTOS AUTOLÍTICOS
- DEPRESIÓN
- ANSIEDAD
- FUNCIONAMIENTO SOCIAL
- CALIDAD DE VIDA
- VARIABILIDAD DE LOS SÍNTOMAS PERCIBIDA POR EL PACIENTE (YSQ)
- HOSPITALIZACIÓN/ USO DE RECURSOS
- COTE ECONÓMICO

¡¡¡SÍ!!!

¿COMPENSAN LOS PROBABLES BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO CON LOS POSIBLES EFECTOS NOCIVOS?

- MENOR COSTE ECONÓMICO EN EL GRUPO DE PACIENTES QUE RECIBEN TCC.
- DISMINUCIÓN DE INTENTOS AUTOLÍTICOS.
- EL BALANCE COSTE /RIESGOS, SERÍA EL ÚNICO PARÁMETRO CONSISTENTE A FAVOR DE TCC

SI

¿PUEDEN APLICARSE LOS RESULTADOS A LA ASITENCIA DE MIS PACIENTES?

- DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS:
  - MENOR TIEMPO DE HOSPITALIZACIÓN.
  - DISMINUCIÓN ABSOLUTA DE GESTOS AUTOLÍTICOS (SIN SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA)
  - DISMINUCIÓN DE COSTES ECONÓMICOS.

¿PUEDEN APLICARSE LOS RESULTADOS A LA ASITENCIA DE MIS PACIENTES?

SÍ PUEDEN APLICARSE LOS RESULTADOS OBTENIDOS A LA ASITENCIA DE MI PACIENTE, AUNQUE….

CONCLUSIONES

- NO EXISTE EVIDENCIA ESTADISTICA, QUE JUSTIFIQUE LA APLICACIÓN DE TERAPIA CC FRENTE A LA INTERVENCIÓN HABITUAL.
- EXISTEN INDICIOS EN LA DISMINUCIÓN DE GESTOS AUTOLÍTICOS Y DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN, EN TCC DURANTE 2 a.
- PEOR CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA Y SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN EL GRUPO TCC.

CONCLUSIONES

- PUESTO QUE NO HAY DIFERENCIAS EN RIESGOS/ BENEFICIOS DE UNA U OTRA INTERVENCIÓN. LA ELECCIÓN DEBE BASARSE, SEGÚN NUESTRA OPINIÓN,EN …

CONCLUSIONES

- TTO INDIVIDUALIZADO SEGÚN LAS CARACTERISTICAS DEL PACIENTE.
- PREPARACIÓN Y HABILIDADES DEL TERAPEUTA.
- CONSIDERAR LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE.

MUCHAS GRACIAS