



**Universidad
Europea** MADRID

Proyecto ECO: Terapia Dialéctico Conductual Mejorada Mediante Análisis Funcional

Máster de Psicología General Sanitaria

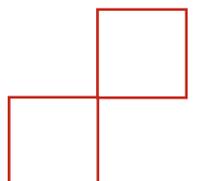
Autor: Diego Rico Mínguez

Tutora: Rebeca Pardo Cebrián

23 de junio de 2022

Campus Villaviciosa de Odón
Calle Tajo S/N, Villaviciosa de Odón
28670 Madrid
universidadeuropea.com

Campus Alcobendas
Avenida Fernando Alonso, 8
28108 Madrid



Agradecimientos

Quería agradecer este proyecto a todas aquellas personas que han hecho posible su realización. Tanto a aquellos integrantes de la Universidad Europea de Madrid como a la Universidad de Granada por su inestimable colaboración.

A las consultantes que han participado en este proyecto pionero. Sabéis que sois mucho más que “la participante” y un dígito. Gran parte de esto es vuestro y ha sido para vosotras.

A la Dra. Rebeca Pardo Cebrián, no solo por su tutorización, paciencia e inestimable ayuda a lo largo del proceso del trabajo sino por su valiente orientación que refleja un gran respeto a esta profesión. Gracias por hacerlo más difícil pero más interesante, ha merecido la pena.

Nombrar a mi hermano Santiago porque “(In this context,)” me ha ayudado bastante, pero *in other contexts* ha sido fundamental.

Por supuesto y con especial énfasis, a la persona más impresionante que he conocido, que durante más de una década me ha acompañado por este camino al que llaman vida. Mari Carmen, María o Carmen; sí, no solo te agradezco que hayas formado parte directa del proyecto creando la herramienta y trabajando como equipo de una manera tan formidable. Tampoco tu apoyo incondicional ni la manía de querer que llegue a donde yo me proponga. Sobre todo te agradezco el tiempo que me has regalado y las experiencias que hemos compartido, ya llegué hace tiempo a esa meta y sigo disfrutando de ella gracias a ti.

Agradezco a esos autores que hayan contribuido a que vivir con ciencia sea vivir con conciencia.

—Pero ese agnosticismo, para todas las cosas que no se conocen científicamente, es absurdo, porque es antibiológico. Hay que vivir. Tú sabes que los fisiólogos han demostrado que, en el uso de nuestros sentidos, tendemos a percibir, no de la manera más exacta, sino de la manera más económica, más ventajosa, más útil. ¿Qué mejor norma de la vida que su utilidad, su engrandecimiento?

—No, no; eso llevaría a los mayores absurdos en la teoría y en la práctica. Tendríamos que ir aceptando ficciones lógicas: el libre albedrío, la responsabilidad, el mérito; acabaríamos aceptándolo todo, las mayores extravagancias de las religiones.

—No, no aceptaríamos más que lo útil.

—Pero para lo útil no hay comprobación como para lo verdadero.

Pío Baroja, El árbol de la ciencia

Resumen

La Terapia Dialéctico Conductual (DBT) se considera una de las intervenciones más prometedoras en los últimos años gracias a los efectos beneficiosos mostrados en la topografía denominada Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Pese a eso, sufre de limitaciones para su uso en la actualidad dada la insuficiencia de una base de evidencia sólida y la falta de claridad conceptual, así como de grandes costes de ejecución. El objetivo fundamental de este trabajo fue determinar un plan de tratamiento DBT basado en el Análisis Funcional que ayudara a reducir el número de sesiones. Además, se diseñó e implementó una herramienta digital mediante un Sistema de Gestión de Contenidos (CMS) para el apoyo a la terapia. Para ello se realizó un programa de 12 sesiones con una muestra (N=7) sobre la que se evaluaron las variables que conforman el núcleo disposicional del TLP, el índice de bienestar general e ideación suicida antes y después de la intervención. A través del Reliable Change Index (RCI) se identificó en un porcentaje de participantes cambios confiables de mejora entre el inicio y finalización del tratamiento en las variables medidas en este estudio. Los resultados obtenidos parecen optimizar y mejorar la DBT haciéndola una propuesta de intervención mejor ajustada dando la posibilidad de reducir costes económicos y temporales.

Palabras clave: Análisis Funcional, Sistema de Gestión de Contenidos, Terapia Dialéctico-Conductual, Trastorno Límite de Personalidad

Abstract

The Dialectical Behaviour Therapy (DBT) is considered one of the most promising intervention of the last years due to the benefits showed up at Borderline Personality Disorder (BPD). However, this method has limitations at the moment because the lack of accesible evidence, cogency and high cost. The main purpose of this essay is to set a treatment according to a functional analysis for DBT that reduce the sessions needed. Furthermore, a digital tool was developed and implemented to assist the therapy through a Content Management System (CMS). To achieve this, a 12 session program was developed (sample N=7) which was used to evaluate the variables that form BDP, the general well-being index and the suicidal thoughts before and after the intervention. Through Reliable Change Index (RCI), improvements on pacientes who have finished the treatment were indentified in a percentage of participants in this study. The results appear to optimize and improve DBT making it a better option to treat BPD reducing monetary and time costs.

Keywords: Functional Analysis, Content Management System, Dialectical Behavioral Therapy, Borderline Personality Disorder



Índice

1.	Introducción	7
1.1.	Conceptualización	7
1.1.1.	Modelo conductual de la personalidad	7
1.1.2.	Origen, evolución y actualidad del TLP	8
1.1.3.	Desarrollo conceptual funcional del TLP.....	10
1.2.	Justificación del estudio	11
1.2.1.	Tratamientos empíricamente validados en psicología	11
1.2.2.	Evolución y análisis de la DBT.....	12
1.2.3.	Proyecto ECO: Propuesta de tratamiento mejorado para la DBT.....	13
1.3.	Objetivos e hipótesis del estudio de investigación.....	15
2.	Materiales y métodos	16
2.1.	Diseño	16
2.2.	Muestra.....	16
2.3.	Instrumentos y materiales.....	17
2.4.	Procedimiento.....	18
2.4.1	Fase 1: Evaluación	18
2.4.2.	Fase 2: Intervención	20
2.5.	Análisis de datos	23
3.	Resultados	23
3.1.	Análisis descriptivo	23
3.2.	Evaluación de cambios fiables por mediación de RCI.....	26
3.3.	Análisis de correlación entre ideación suicida y núcleo disposicional del TLP	28
3.4.	Registros conductuales específicos y registro de habilidades	29
4.	Discusión	31
5.	Referencias bibliográficas	37
6.	Apéndices.....	44
6.1.	Apéndice A. Herramienta CMS de apoyo a la intervención.....	44



6.1.1. Herramientas de autorregistro	46
6.1.2. Juego de la moneda	48
6.2. Apéndice B. Modelo de consentimiento informado.....	50
6.3. Apéndice C. Análisis funcionales de las participantes	51
6.3.1. Análisis funcional Participante 1	51
6.3.2. Análisis funcional Participante 2	53
6.3.3. Análisis funcional Participante 3	54
6.3.4. Análisis funcional Participante 4	56
6.3.5. Análisis funcional Participante 5	59

Índice de Tablas

Tabla 1. Modos y funciones de la DBT estándar	13
Tabla 2. Comparativa del programa estándar para adultos de Linehan y el Proyecto ECO	14
Tabla 3. Uso del Análisis Funcional para un mejor ajuste e individualización de la terapia.....	19
Tabla 4. Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento.....	22
Tabla 5. Análisis descriptivos de las puntuaciones previas y posteriores a la intervención	25
Tabla 6. Cambios fiables entre las puntuaciones medidas con RCI	27
Tabla 7. Prueba de normalidad de los datos pretratamiento y postratamiento.....	28
Tabla 8. Correlación de Pearson para las variables nucleares del TLP y SSI pretratamiento	29
Tabla 1A. Especificaciones de los diferentes componentes de la web de apoyo a la terapia.....	45

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo conceptual nomotético del TLP para el objeto de estudio idiográfico	11
Figura 2. Guía de un procedimiento de moldeamiento para la correcta adquisición de habilidades.....	21
Figura 3. Evaluación ecológica momentánea de conductas específicas mediante CMS	30
Figura 4. Proporción del uso de habilidades en la muestra objeto de estudio durante el tratamiento	31
Figura 1A. Pantalla principal de la herramienta CMS para el proyecto ECO	45



Figura 2A. Esquema ilustrativo del subapartado Registro Conductual Diario	46
Figura 3A. Esquema ilustrativo del subapartado Registros Conductuales Específicos	47
Figura 4A. Esquema ilustrativo del subapartado Registro de Habilidades	48
Figura 5A. Esquema ilustrativo del subapartado El juego de la moneda	49
Figura 1C. Patrón conductual de evitación por sensibilización a contextos estimulares novedosos	51
Figura 2C. Dificultades en las relaciones interpersonales y bruxismo	52
Figura 4C. Patrón de evitación experiencial reforzado por la etiqueta de TLP	54
Figura 5C. Hipótesis de origen y mantenimiento de la vulnerabilidad a la enfermedad	55
Figura 6C. Dificultades relacionadas con la atribución de responsabilidad y justicia	56
Figura 7C. Respuestas relacionadas con la desregulación emocional	56
Figura 8C. Origen de la necesidad de justificación debido a la falta de habilidades sociales	57
Figura 9C. Establecimiento de relaciones sexuales insatisfactorias vinculadas a reforzadores afectivos....	58
Figura 10C. Falta de motivación por aprendizaje preasociativo	58
Figura 11C. Origen y mantenimiento de un problema de ansiedad generalizada y dermatitis atópica	59

1. Introducción

Este trabajo pretende abarcar los llamados trastornos de personalidad entendiéndose como un repertorio comportamental (público y privado) proporcionado por un conjunto organizado de contingencias que puede entrar en conflicto con otro entorno estimular fragmentando el comportamiento en reforzadores desorganizados (Skinner y Ardilla, 1975). Estos patrones de comportamiento, susceptibles de modificación, son los etiquetados como patológicos por su falta de ajuste al entorno políticamente establecido como lo correcto.

Desde el contextualismo funcional (Gifford y Hayes, 1999) como alternativa revitalizadora para referirse al conductismo radical, se discrepa de las teorías clásicas y estructuralistas de la personalidad (Luciano, 2002) sobre las que se han desarrollado diferentes terapias, técnicas o procedimientos de intervención conforme a los principales sistemas diagnósticos vigentes en la actualidad. Sin embargo, ambas corrientes persiguen ciertos objetivos análogos y por ello se desarrolló este proyecto cuyo fin es mejorar, mediante el análisis funcional (AF) y la implementación de un Sistema de Gestión de Contenidos (CMS)¹, la denominada Terapia Dialéctico Conductual, DBT por sus siglas en inglés (Linehan, 1993a, 1993b) para un grupo de consultantes con problemáticas asociadas a patrones conductuales persistentes. Este es el tratamiento sobre el que existen más datos de eficacia clínica positiva hasta el momento para el denominado Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)² (Stoffers et al., 2012).

1.1. Conceptualización

1.1.1. Modelo conductual de la personalidad

Dentro de los diferentes campos de estudio de la psicología, la personalidad ha sido uno de los conceptos que mayor disonancia ha marcado entre teóricos de la personalidad y conductistas e incluso entre las propias variantes conductuales (Montgomery, 2017). Son los primeros, los llamados enfoques o teorías tradicionales de la personalidad (Allport, 1937; 1961; Eysenck, 1953; Guilford, 1959) los que mayor popularidad han tenido a lo largo de los años aun cometiendo dos errores conceptuales fundamentales como ya explicaba Ribes Iñesta (1990). Por un lado, establecer categorías de clasificación de las diferencias individuales basadas en criterios poblacionales, generando clases o tipos de individuos. Por otro, identificar las consistencias del individuo como formas de comportamiento generales. Esta similitud conductual

¹ CMS son las siglas de Content Management System, en español Sistema de Gestión de Contenidos. Es un sistema que permite la gestión y administración de un sitio web de manera dinámica y actualizada (Robertson, 2003).

² En este trabajo se utiliza la terminología nosológica por su uso sobresaliente que inevitablemente ha solapado al resto de conceptualizaciones por su alto grado de utilización académica y profesional. No obstante, se reconocen los riesgos de tratar a una entidad diagnóstica meramente tautológica bajo un carácter causal biológico o mentalista.

observada en diferentes personas, agrupadas y nombradas es lo que ha hecho que las teorías de la personalidad se consideren circulares por propia naturaleza. Dan a la etiqueta verbal un carácter causal de la conducta y no a la consistencia en el modo o estilo de comportarse.

No siendo el objeto de este estudio analizar si estas propuestas son adecuadas, considerar las investigaciones y desarrollos reflejados en la literatura, respetando los diferentes modelos taxonómicos, puede ser una posibilidad para beneficiarse de aquellas contribuciones afines al objetivo del proyecto. No por ello se aceptan como entidades explicativas las diferentes teorías o constructos, pero sí el valor de ciertas etiquetas verbales como un lenguaje común para comunicarse y contribuir al desarrollo colaborativo de la psicología. Mediante esta premisa parece existir una conciliación parcial entre las diferentes formulaciones conforme a la intención funcional de dichos modelos y en la concepción de las variables disposicionales como síntesis de la historia de aprendizaje pronunciado por Santacreu et al. (2002) y Santacreu (2005).

Recogemos la definición funcional de personalidad que establece Froxán (2020) como navaja de Ockham y que es definida de la siguiente manera:

Repertorio básico de conducta o patrones de comportamiento relativamente estables en el tiempo y que se dan en un amplio número de situaciones estimulares. Son estables debido al gran número de veces que se han reforzado las respuestas que conforman este repertorio (...) un individuo se comporta de forma estable y predecible cuando los contextos son invariantes, es decir, similares a aquellos en los que se han desarrollado. Sin embargo, en contextos desconocidos la posibilidad de predecir (o autopredcir) la conducta de un individuo disminuye en consonancia a lo diferente que sean respecto a los habituales. (pp. 199).

Hay que precisar que cuando nos referimos a la personalidad esta tiene valor disposicional como aprendizaje perteneciente al pasado. De forma análoga y desde un modelo complementario se podría entender como historia interconductual³ que modula las interacciones entre el organismo y sus entornos estimulares (Segura y Barbado, 1991).

1.1.2. Origen, evolución y actualidad del TLP

El término límite o borderline se populariza en 1938 por Adolph Stern, tras ser publicado en una revista psicoanalítica (Stern, 1938), para referirse a consultantes que no podían ser clasificados como neuróticos

³ Término recogido por Mariana Segura de la psicología interconductista propuesta por Kantor en 1978, hace alusión a una serie de factores que cumplen valor disposicional y pueden afectar tanto al entorno como al organismo, como a la interacción. Forman parte de ella las habilidades básicas, tasa de estimulación reforzante, funciones de refuerzo prioritarias y presencia física.

ni psicóticos, pero se entendían al límite entre las dos entidades nosológicas (Stern, 1938; Schmideberg, 1947; Knight, 1954; Kemberg, 1975 como se citó en Linehan, 2018).

Este término se ha ido adaptando y modificando a lo largo de los años incorporándose por primera vez como TLP en 1980 como entidad nosológica propia en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, American Psychiatric Association [APA], 1980) y en las posteriores revisiones incluyendo el actual DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) gracias a los planteamientos defendidos por T. Millon a lo largo de su obra (Pérez et al., 2003). En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) finalmente se incorporó como “trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad” con dos subtipos: límite e impulsivo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992).

Haciendo una síntesis de la nomenclatura nosológica del TLP (APA, 2013), o Patrón límite, según el modelo de rasgos subyacentes actualmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019), este se entiende como un patrón generalizado de desregulación de las emociones, alteración de las relaciones interpersonales, impulsividad y disfunción de la identidad. También se asocia con una alta prevalencia de conductas autolesivas e ideación suicida (Álvarez-Tomás et al., 2017). Actualmente, la etiqueta límite, al igual que la clasificación de los trastornos de personalidad, es un constructo sujeto a multitud de críticas por basarse en una síntesis categorial de la investigación fundado en el modelo médico y limitado a topografías conductuales. La falta de sensibilidad de estos modelos al contexto y a la función de la topografía, los ha hecho vulnerables siendo abandonada la clasificación DSM por el NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) por considerarla carente de validez científica.

Este cambio de paradigma sitúa a la topografía TLP, como al resto de categorías asociadas con trastornos de personalidad, como descriptivos transversales a los calificadores de dominio de rasgos pero que no cuentan como diagnósticos por derecho propio. Esto se puede ver tras el avance de la nueva versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) donde se introducen cambios sustanciales en la forma en que se clasifican los trastornos de personalidad (OMS, 2019), así como el modelo alternativo propuesto en la sección III del DSM-V.

La etiqueta TLP mantiene su valor comunicativo en la actualidad, aunque nuevos modelos de clasificación están emergiendo, así como dimensiones funcionales que integran una variedad de diagnósticos como los denominados Desórdenes de Evitación Experiencial ⁴(Friman, Hayes y Wilson, 1998; Hayes, et al., 1996).

⁴ La Evitación Experiencial Ferro García (2000) la define como “un fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a ponerse en contacto con experiencias privadas particulares e intenta alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona”.

1.1.3. Desarrollo conceptual funcional del TLP

Para una mayor capacitación del uso de la DBT y el carácter de investigación en este estudio, se recoge la síntesis conceptual reorganizada por Linehan (2018) y se realiza la transición hacia un modelo coherente con la psicología sobre la que se trabaja en este proyecto.

El TLP se expresa como un patrón conductual de evitación/escape determinado por una historia de aprendizaje incongruente en su entorno próximo afectando al comportamiento auto-descriptivo por las contingencias instruccionales mantenidas por su comunidad verbal. La expectativa de la falta futura de control de la ocurrencia de reforzadores disminuye la capacidad para aprender nuevas respuestas instrumentales y con ello la inhabilidad para operar de manera ajustada sobre su entorno lo que conlleva una serie de dificultades como:

- a) Desregulación emocional entendida como la dificultad para que determinados eventos privados (posibles ECs) discriminen respuestas operantes de expresión emocional ajustadas al contexto de lo socialmente establecido por reforzamiento diferencial.
- b) Rigidez cognitiva comprendida por la identificación del funcionamiento de un sistema de contingencias sobre la que se formulan reglas o valores ⁵ que son estímulos que ejercen un control verbal antecedente y guían la actuación.
- c) Comportamientos impulsivos discernidos por la baja latencia de respuesta una vez presentado el estímulo discriminativo y con la función consecuente de disminuir la estimulación aversiva (R-).

Estos conceptos, que cumplen, entre otras funciones, operación de establecimiento, conforman el núcleo disposicional de las diferentes topografías del TLP. Entre las más citadas y representativas en la literatura podemos encontrar mantenimiento de relaciones interpersonales conflictivas, conductas de justificación y comprobación, aparente competencia; conductas autolesivas como autolesiones físicas, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, hostilidad; conductas parasuicidas ⁶, amenazas o intentos de suicidio.

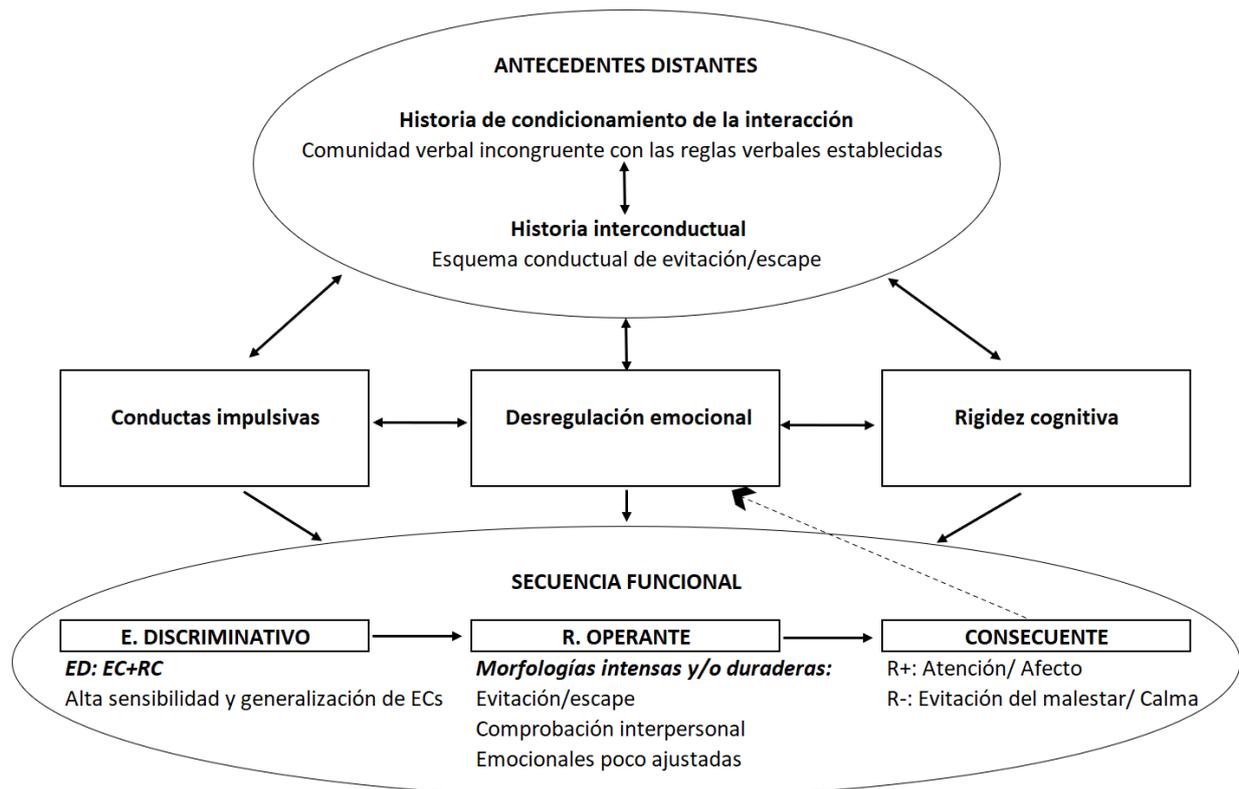
A continuación, se presenta en la Figura 1 el modelo de establecimiento y mantenimiento del TLP a través de un diagrama explicativo.

⁵ Variable disposicional constituida por el lenguaje que establecen un valor específico superpuesto a la que cada interacción podría tener de forma directa o “natural”. Son códigos no escritos que rigen en los ambientes en los que interactúa el individuo objeto de análisis. (Segura y Barbado, 1991).

⁶ Término introducido por Kreitman como una etiqueta para (1) conductas auto agresivas no fatales e intencionales que resultan en daño tisular real, enfermedad o riesgo de muerte; o (2) cualquier ingestión excesiva de drogas, sustancias no recetadas y medicamentos recetados con la intención de causar lesiones corporales o la muerte (Linehan, 2018).

Figura 1

Modelo conceptual nomotético del TLP para el objeto de estudio idiográfico



Nota. La figura indica la relación existente entre la historia de aprendizaje y las operaciones de establecimiento como condiciones para la aparición de respuestas problemáticas mantenidas por las contingencias de reforzamiento. Elaboración propia.

1.2. Justificación del estudio

1.2.1. Tratamientos empíricamente validados en psicología

En las últimas décadas, la psicología en el ámbito de la clínica ha gozado de diversos intentos para mejorar y restringir una praxis ética y profesional. Entre ellos destaca el intento emprendido para determinar la eficacia de las terapias psicológicas nacido en 1989 por la Agency for Health Care Policy and Research y promovido por la División 12 de la Asociación Psicológica Americana dirigido por Chambless (Task Force on

Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995). Además de este organismo existen trabajos publicados sobre la eficacia actualizada de los diferentes tratamientos psicológicos apoyados empíricamente para trastornos específicos (Echeburúa y Corral, 2001; Pérez et al., 2003; Vallejo, 1998).

Estos avances han sido necesarios para generar un uso de referencia y no determinar la validez de las psicoterapias en su conjunto o como aplicación a problemas psicológicos inespecíficos (Echeburúa et al, 2010). Entendiendo el valor que ha tenido este desarrollo dentro del ámbito clínico de la psicología, desde este estudio se considera insuficiente para resolver un desempeño ético y profesional por las limitaciones que presenta este modelo. Entre otros, el principal problema es que se fomenta el uso de una tecnología sin una base teórica sobre la que sustentarse y se enfoca exclusivamente en el resultado (Pardo, 2016). Es relevante manifestar que tener éxito en una terapia sin basarse en un modelo explicativo-predictivo podría tildarse de una práctica eficazmente ignorante y por ende arriesgada en su aleatoriedad aplicada.

El interés reflejado en este proyecto es el de trabajar desde un modelo fundamentado en una perspectiva funcional del comportamiento. Este modelo explicativo es válido para todas las psicologías y teorías ya que está sustentado en las leyes o principios de aprendizaje. Por ello, no solo se añade el AF como herramienta de evaluación, sino que se operativizan los diferentes constructos y se hace un uso responsable de los procedimientos basados en los principios del aprendizaje.

1.2.2. Evolución y análisis de la DBT

Sobre las teorías clásicas de la personalidad se han desarrollado diferentes terapias, técnicas o procedimientos de intervención, entre ellas se encuentra la DBT, ya presentada en este trabajo. Es un programa terapéutico que se fundó y desarrolló durante la década de los ochenta por Marsha Linehan (1993a, 1993b) para el tratamiento específico del TLP donde mayor evidencia empírica ha demostrado hasta el momento (Stoffers et al., 2012) formando parte de las denominadas Terapias Contextuales o de Tercera Generación (Biglan y Hayes, 1996).

Aunque inicialmente fue concebido como una terapia para problemáticas asociadas al suicidio, a lo largo de los años y en base a la flexibilidad y adaptabilidad del tratamiento, se ha reconceptualizado situándose como un tratamiento transdiagnóstico altamente compatible con el modelo similar subyacente al protocolo unificado desarrollado por D. Barlow (Farchione, et al., 2012; Barlow, et al., 2010). Esto se debe al énfasis desarrollado por la DBT en la desregulación emocional, convirtiéndose en un tratamiento que está consiguiendo grandes resultados en diferentes problemáticas con base a este factor común (Ritschel, et al., 2015). La causa de este efecto es debido a que varias de las etiquetas diagnósticas son funcionalmente equivalentes, aunque sus morfologías de respuestas sean variadas.

La DBT es un tratamiento multimodal de una mayor utilidad y eficacia conforme a los modelos cognitivo-conductuales imperantes en las últimas décadas (Feliu-Soler et al., 2018). Se entiende que, dada su alta

frecuencia, intensidad y duración, es la base para modificar y ajustar repertorios conductuales que han sido aprendidos bajo parámetros similares.

A continuación, podemos ver en la Tabla 1 las diferentes modalidades de intervención y las funciones de cada una de ellas.

Tabla 1

Modos y funciones de la DBT estándar

Modos de tratamiento	Función
Terapia individual semanal	Aumentar la motivación
Entrenamiento de habilidades semanal ^a	Aumentar las habilidades
Consultas telefónicas	Generalizar las habilidades
Tratamientos auxiliares	Estructurar el entorno
Sesiones clínicas	Aumentar las habilidades y motivación de los terapeutas

Nota. Síntesis desarrollada a partir de la publicación de Boggiano (2018).

^a El entrenamiento en habilidades semanal se realiza en grupo. Un grupo es considerado a partir de dos personas (Linehan, 2020a).

1.2.3. Proyecto ECO: Propuesta de tratamiento mejorado para la DBT

Proyecto ECO, por sus siglas Estudio de la Conducta Operante, es una propuesta teórica y aplicada que se desarrolla bajo tres pilares fundamentales que son equidad, vanguardia y radicalidad.

Equidad se debe a la prevalencia global de los problemas psicológicos de mayor frecuencia en mujeres que en hombres con una relación estimada de 3:1 y al contexto histórico-político que forma parte de nuestro aprendizaje como una variable macrocontingencial. Por ello el trabajo desarrollado no remunerado, ha sido empleado para ayudar y fomentar un trato de equidad desde una perspectiva de género.

El término vanguardia hace referencia a la implementación de recursos en tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs) como herramientas centrales de apoyo a la terapia basadas en los diferentes beneficios derivados de ellas (Austin, et al., 2020). Se desarrolló para este proyecto en específico y en colaboración con la Universidad de Granada, una herramienta web (CMS) para la Evaluación Ecológica

Momentánea (Ecological Momentary Assessment, EMA⁷) (Stone y Shiffman, 1994) que facilitó el acceso a los autorregistros y al uso de diferentes utilidades de manera momentánea sustituyendo las herramientas clásicas de papel y lápiz (consulta el Apéndice A para una mejor comprensión de la herramienta digital).

Radical como antónimo de ecléctico y acepción de la raíz de la conducta. Tal y como explica Vicente Pérez (2005) “proviene de llevar estos presupuestos hasta sus últimas consecuencias si no existe nada diferente de la conducta, entonces todo lo que hace un sujeto es conducta” (p. 74). La pretensión de este principio fue orientar la DBT hacia una terapia basada en procesos (Hofmann y Hayes, 2019). De esta forma se utiliza el análisis funcional como guía para desarrollar un programa ajustado a las consultantes. Se trató de dirigir el tratamiento hacia los procesos que explicarían el cambio más allá de las técnicas o terapia realizada.

A continuación, en la Tabla 2, se realiza una comparativa de las diferencias del programa de entrenamiento estándar para adultos de Linehan (2020a) y el desarrollado en el proyecto ECO.

Tabla 2

Comparativa del programa estándar para adultos de Linehan y el Proyecto ECO

Características	Programa estándar DBT	Programa piloto (Proyecto ECO)
Modalidades de intervención ^a	Terapia individual semanal	Terapia individual semanal
	Entrenamiento en habilidades	Entrenamiento en habilidades
	Consultoría telefónica	Consultoría telefónica
	Sesiones familiares y manejo de caso	—
	Equipo de consultoría	—
Temporalidad	Un ciclo de 24 sesiones ^b	Un ciclo de 7 sesiones
	Periodicidad semanal	Periodicidad semanal
	Dos horas y media de sesión	Dos horas y media de sesión
Pretratamiento	Clarificar las metas (no especificado)	Metas y objetivos mediante AF
	Se realiza con el terapeuta individual	Se realiza con el terapeuta de grupo

⁷ Es una colección de métodos que nos permiten recoger datos que permiten capturar información, utilizando una recolección repetida de experiencias, cogniciones y conductas en el momento en que suceden (Shiffman, Stone y Hufford, 2008).

Características	Programa estándar DBT	Programa piloto (Proyecto ECO)
Habilidades	Protocolo de habilidades basado en los nuevos manuales (estudios de investigación, 2006 en adelante)	Entrenamiento en habilidades personalizado conforme al AF de las participantes.
Adquisición de HH	—	Guía de modificación de conducta ^c
Herramientas TICS	—	Herramienta CMS personalizada

Nota. Las casillas cumplimentadas mediante guion largo (—) señalan que no se da o no se especifica en los manuales de DBT estándar.

^a Se recomienda cumplir con las cinco modalidades de intervención. No se implementaron en el proyecto realizado por falta de acuerdo con la institución donde se desarrolló.

^b La DBT estándar constaría de dos ciclos de 24 sesiones. La duración total se comprende sobre un año.

^c Elaboración propia de la guía de moldeamiento para la adquisición de habilidades.

Como se puede observar en la tabla anterior, la diferencia fundamental es la individualización del entrenamiento en habilidades en formato grupal mediante la incorporación del AF. Esta individualización se pudo llevar a cabo mediante la herramienta CMS, ya que daba la posibilidad de gestionar y modificar el contenido para cada una de las participantes durante la intervención (Para más información sobre la herramienta CMS, ver Apéndice A).

1.3. Objetivos e hipótesis del estudio de investigación

El modelo de intervención propuesto en este estudio busca conocer si la incorporación del AF y una mayor individualización del tratamiento grupal a la intervención DBT es efectiva en un marco temporal más reducido que el tratamiento de DBT grupal habitual.

Bajo esta premisa se plantearon las siguientes hipótesis conforme a los objetivos planteados en la investigación:

- Hipótesis 1: La intervención disminuirá la desregulación emocional, evaluada a través de Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS: Hervás y Jódar, 2008).
- Hipótesis 2: La intervención disminuirá la rigidez cognitiva, evaluada a través de la Escala de evaluación de la asertividad (ADCA: García y Magaz, 2011).
- Hipótesis 3: La intervención disminuirá la impulsividad, evaluada a través de Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11: Oquendo, et al., 2001).

- Hipótesis 4: La intervención mejorará la percepción de bienestar general, evaluada a través de la evaluación ecológica (EMA) mediante el registro conductual diario y el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R: González et al., 2002).
- Hipótesis 5: La intervención disminuirá la aparición de conductas suicidas evaluada mediante la Escala de ideación suicida (SSI: Rodríguez y González, 2000).

Como objetivos secundarios se analizaron la correlación entre la variable ideación suicida mediante el SSI y las variables que conforman el núcleo disposicional estudiado mediante las herramientas ADCA, BIS-11 y DERS. Igualmente se planteó el análisis de frecuencia en la aparición de conductas problema y en la ejecución de habilidades en los sujetos de estudio gracias a la herramienta CMS medida a través de EMA.

2. Materiales y métodos

2.1. Diseño

La metodología planteada se basó en un diseño fase simple para un grupo pequeño, $N > 1$ no aleatorizado y con medidas pre y postratamiento con un total de 12 sesiones. Las cinco primeras sesiones eran de evaluación individual, entre las que constaba una de devolución. Las otras siete conformaron la fase de intervención en grupo.

La variable independiente (VI) que se implementó fue el tratamiento modificado de DBT. Las variables dependientes (VD) fueron medidas conforme a cada uno de los patrones conductuales previamente nombrados con las diferentes herramientas de evaluación (ADCA, BIS-11, DERS, EMA, SCL-90-R y SSI) a través de la diferencia establecida por la línea base en la fase de pretratamiento.

2.2. Muestra

Se incluyeron un total de 7 participantes mujeres cisgénero de entre 19 y 35 años ($M = 24$ años, $DE = 5.6$ años) que eran clientas del centro en el que se realizó el estudio. La participación fue voluntaria y todas las participantes fueron asignadas a la misma tarea. Con estudios mínimos en básica primaria y con habilidades de lectoescritura. Personas sin comorbilidad con psicosis inducida por fármacos, síndrome orgánico cerebral, alcohol u otros psicoactivos, dependencia de sustancias, retraso mental o episodio depresivo mayor en curso.

La selección de la muestra se dio mediante una técnica de muestreo no probabilístico y no aleatorio y fue recogida bajo los criterios de selección propuestos asociados a la falta de habilidades determinados por un patrón comportamental evitativo y desregulación emocional. Se realizó un análisis de los informes de las consultantes mujeres adultas de la clínica en activo propuestas por las psicólogas del centro. Fueron seleccionadas aquellas que cumplieran dichos requisitos de manera consensuada y propuesto de manera gratuita a las consultantes en terapia individual.

Para acceder al programa las participantes debían estar y mantenerse en terapia individual con sus psicólogas durante el transcurso de la terapia de formación en habilidades bajo la justificación del modelo de DBT estándar. Se obtuvo el consentimiento informado de cada una de las participantes previo al tratamiento (consultar Apéndice B para ver el modelo de consentimiento informado).

2.3. Instrumentos

- Auto-informes de Actitudes y Valores en las Interacciones Sociales (ADCA: García y Magaz, 2011) consiste en un instrumento cuya finalidad es identificar las actitudes y el sistema de valores del sujeto respecto de las relaciones sociales. Consta de 35 ítems con cuatro posibilidades (CN: Nunca o casi nunca; AV: A veces, en alguna ocasión; AM: A menudo; CS: Siempre o casi siempre). La consistencia interna para las dos subescalas Auto-Asertividad y Hetero-Asertividad son de 0.87 y 0.83 respectivamente (García y Magaz, 2011).
- Escala de impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale BIS-11*; Barratt, 1995. Versión adaptada Oquendo et al., 2001) es un instrumento de amplio uso para la valoración de la impulsividad. Consta de 30 cuestiones, agrupadas en tres subescalas (impulsividad cognitiva, motora y no planeada). Cada una de las cuestiones tiene 4 posibles respuestas (raramente o nunca, ocasionalmente, a menudo y siempre o casi siempre). La consistencia interna es elevada, alrededor de 0,8 (Oquendo et al., 2001).
- Escala de dificultades en la regulación emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS*; Gratz y Roemer, 2004. Versión adaptada al castellano Hervás, G., y Jódar, R., 2008) evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 28 ítems con una escala Likert de 5 puntos de “Casi nunca” a “Casi siempre”. Posee una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.93) y la fiabilidad test-retest fue elevada para la escala global ($\rho = .74$, $p < .001$) (Hervás y Jódar, 2008).
- Escala de ideación suicida (*Scale for Suicide Ideation SSI*; Beck, et al., 1979. Adaptación española Rodríguez y González, 2000) es una escala heteroaplicada que consta de 19 ítems con tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de la intencionalidad suicida. Cada ítem se puntúa de 0-2 y se presenta dividido en varias secciones que recogen una serie de características relativas a cinco secciones (actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado). Posee una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad inter examinador de 0.83 (Rodríguez y González, 2000).
- Cuestionario de 90 síntomas revisado (*Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R*; Derogatis et al., 1975. Versión española de González et al., 2002) es un cuestionario de síntomas autoaplicado que

consta de 90 ítems. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde “uno” (ausencia del síntoma) hasta “cinco” (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos nueve escalas sintomáticas y tres índices de malestar psicológico. El análisis de la fiabilidad a través de la consistencia interna de las escalas en el presente estudio fue satisfactorio: desde un intervalo α de 0.69 (ansiedad fóbica) a 0.85 (somatización), desde un rs-b de 0.65 (ansiedad fóbica) a 0.81 (somatización) y desde un L2 de 0.70 (ansiedad fóbica) a 0.85 (somatización), respectivamente (González et al., 2002).

- Conforme a la Evaluación Ecológica Momentánea (EMA) basada en una herramienta CMS de autorregistro, radica en la digitalización de las hojas de registro diario de la DBT habitual. Es una alternativa a los informes retrospectivos estáticos. La herramienta consta de tres autorregistros diferentes Registro Conductual Diario (RCD), Registros Conductuales Específicos (RCE) y Registro de Habilidades (RH). Dado que la herramienta es una adaptación digital creada en exclusiva para este proyecto, se ha hecho un amplio desarrollo descriptivo explicitado en el Apéndice A (se recomienda ver Apéndice A para una comprensión de la herramienta utilizada).

2.4. Procedimiento

Fue un estudio piloto no aleatorizado de 12 sesiones realizado en un solo centro con medidas previas y posteriores al tratamiento. Se buscó configurar un grupo de participantes (siete en un inicio)⁸ para explorar los efectos de la intervención modificada de la DBT en las topografías centrales, así como en aquellas conductas problemas específicas coexistentes. Para ello se realizó un primer cribado bajo el criterio de las profesionales del centro que seleccionaron una muestra de las clientas con las que estaban actualmente trabajando y se les ofreció de forma gratuita el tratamiento transversal a la terapia individual. Las sesiones fueron dirigidas por dos psicólogos y organizadas de acuerdo con la estructura de sesión habitual de la DBT.

2.4.1. Fase 1: Evaluación

A lo largo de las cinco sesiones establecidas para la evaluación, como objetivo principal, se pretendió individualizar y reducir el número de sesiones mediante el AF de las participantes (ver Apéndice C. Análisis funcionales de las participantes).

A continuación, en la Tabla 3, podemos ver algunos de los factores fundamentales que permitieron ajustar el protocolo de entrenamiento de habilidades DBT (Linehan, 2014).

⁸ Se inició el programa con 7 participantes, aunque dos de ellas fueron excluidas del programa por incumplimiento de las reglas. A nivel de investigación se considera el grupo como n=5.

Tabla 3

Uso del Análisis Funcional para un mejor ajuste e individualización de la terapia

Participante	Dificultades específicas	Habilidades y estrategias
Participante 1	Miedo intenso a estímulos sociales	Exposición por moldeamiento
	Sobrecontrol e inhibición emocional	Función evocadora durante exp. grupal
	Estrategia ineficaz de exposición	Corrección mediante instrucciones
	E. comunicativo agresivo y pasivo-agresivo	Habilidades de efectividad interpersonal
Participante 2	Conducta autodescriptiva inhibida	Modelo psicológico como marco (AF)
	Patrón de evitación experiencial	Habilidades de tolerancia + DRI ^a
	Estado de ánimo decaído por habituación	C. alternativas y discriminación
Participante 3	Sensibilización interoceptiva	Contracondicionamiento
	Dificultades asociadas a la autoasertividad	Habilidades de efectividad interpersonal
	Estilo comunicativo pasivo-agresivo	Moldeamiento mediante role-play
Participante 4	Falta de habilidades de comunicación	Habilidades de efectividad interpersonal
	Conductas de control (sobrejustificación)	Moldeamiento para sobrejustificación
	Falta de motivación (dependencia social)	DRI + RC ^b + autoinstrucciones
	Topografías con parámetros elevados	Habilidades de regulación emocional
Participante 5	Estado afectivo deprimido por inactividad	Activación conductual (apoyo en grupo)
	Dificultades asociadas a la autoasertividad	Habilidades de efectividad interpersonal
	Sobrecontrol e inhibición emocional	Función evocadora durante exp. grupal

^a Refuerzo diferencial de la conducta incompatible (Differential Reinforcement of Incompatible Behavior).

^b Abreviatura de Reestructuración Cognitiva.

Como se ha podido observar, gracias a una evaluación exhaustiva y la detección de la función de la topografía analizada a través de los AFs, se consiguió especificar diferentes estrategias y objetivos además de permitir ajustar de una manera precisa el diseño del programa.

Un aspecto fundamental de la evaluación fue el establecimiento de la línea base que se realizó mediante el apoyo de una entrevista semiestructurada desarrollada para la fase de evaluación. Se concretaron las conductas problema de las participantes y se implantaron en la herramienta CMS de autorregistro para que, a lo largo de la semana de presentación, se registrara la ocurrencia de las conductas mediante la Evaluación Ecológica Momentánea. De esta forma se estableció la línea base de las conductas específicas de cada participante. Para completar y establecer las puntuaciones del pretratamiento, se recogió la información necesaria por medio de puntuaciones directas de los cuestionarios (ADCA, BIS-11, DERS, SSI y SCL-90-R).

En cuanto a la función diferenciada de las sesiones de evaluación, durante la primera sesión, fueron informadas de los aspectos de la intervención, así como de los repertorios de procedimientos y técnicas que se realizarían durante el programa. Mediante la información facilitada y el desarrollo de las sesiones de evaluación individual con el terapeuta de habilidades, se pretendió generar una mejor adherencia al tratamiento.

La quinta sesión se utilizó para devolver el análisis funcional explicando las bases fundamentales para entender la intervención que se iba a realizar. Se explicaron los tipos de aprendizaje asociativos y las hipótesis de origen y mantenimiento de sus conductas problema. Durante la sesión se propusieron los objetivos analizados para su consenso. Una vez acordados los objetivos y procedimientos de la intervención se entregó el consentimiento informado para ser firmado antes de la intervención como requisito indispensable.

2.4.2. Fase 2: Intervención

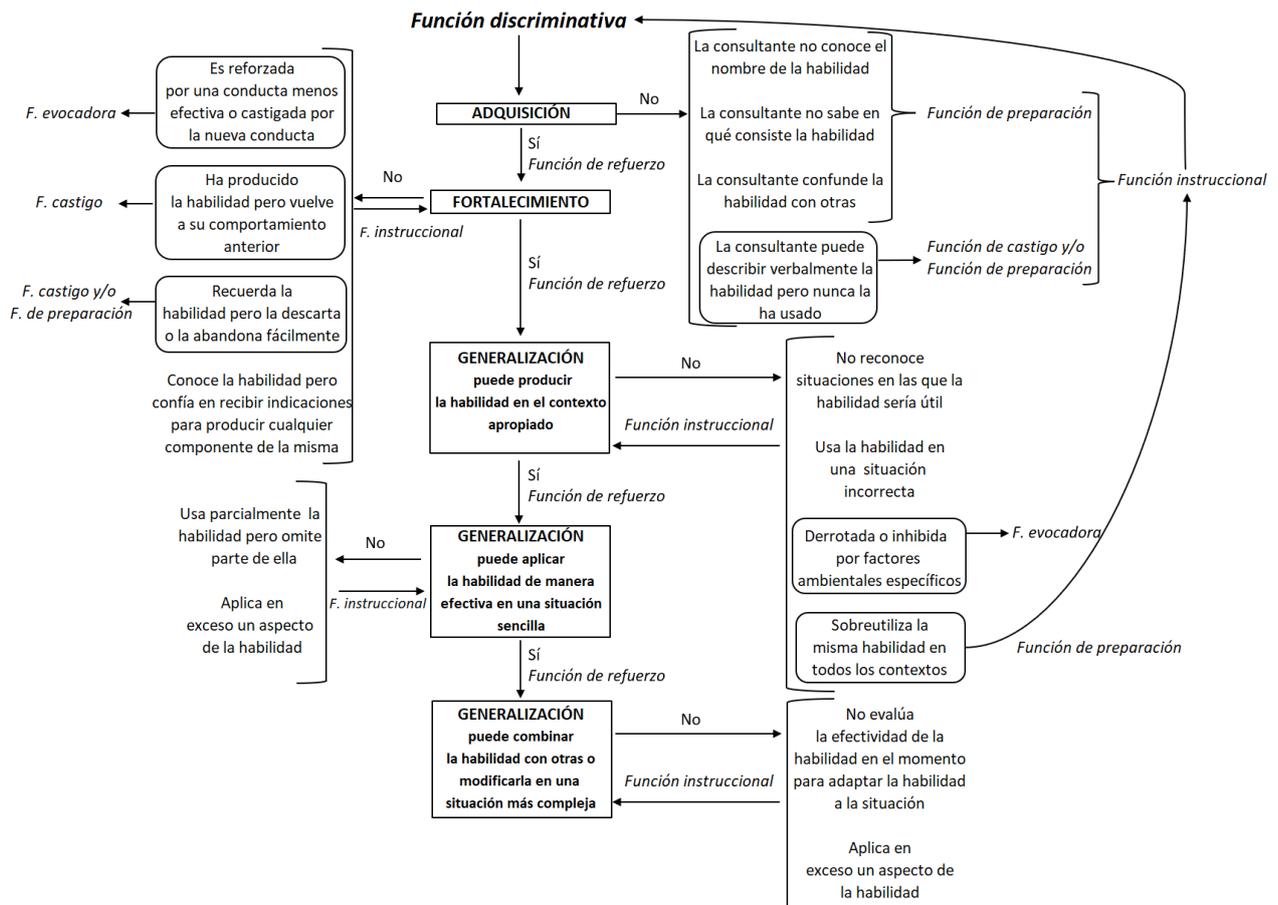
La fase de tratamiento se realizó a lo largo de 7 sesiones de periodicidad semanal de dos horas y media de duración. Se desarrolló según las evaluaciones funcionales de las participantes seleccionando aquellas habilidades más relevantes para su tratamiento. Las sesiones se estructuraron en una primera hora de repaso y ensayo de las habilidades mediante la guía de moldeamiento predefinida y una segunda hora para la enseñanza de habilidades nuevas con treinta minutos de descanso entre apartados.

Para el control del moldeamiento de las habilidades impartidas durante el programa se desarrolló una guía estructurada de procesos inspirada en la síntesis de obstáculos para la adquisición de habilidades de Swales y Dunkley (2020) basada en la definición de las categorías de subsistemas SISC-CVT-I (Froxán y Calero, 2011).

A continuación, podemos ver en la Figura 2 un diagrama de la guía utilizada durante el programa de intervención.

Figura 2

Guía de un procedimiento de moldeamiento para la correcta adquisición de habilidades



Nota. Guía basada en la definición de las categorías de subsistemas SISC-CVT-I (Froxán y Calero, 2011).

La guía de modelado ayudó, durante la primera hora de las intervenciones grupales, a detectar si las habilidades impartidas se estaban aproximando a la función deseada en su contexto natural a lo largo de la semana.

Durante la segunda hora de sesión se impartían las habilidades nuevas de una manera ajustada gracias a la individualización del programa. Se hizo uso de diferentes estrategias como role-play, exposiciones, uso de las habilidades de una manera jerarquizada conforme a la sensibilización estimular de cada una de ellas, análisis de contingencias para el moldeamiento guiado y modelado adaptado entre otras.

Las habilidades impartidas durante el programa y su esquema temporal quedan reflejadas en la siguiente tabla (Tabla 4).

Tabla 4

Cronograma de sesiones de evaluación y tratamiento

Fase/módulo	Sesión	Habilidades/ Ficha(s) estándar del manual
EVALUACIÓN	1-5	Presentación del programa.
		Recogida de información semiestructurada.
		Devolución del AF.
		Establecimiento de objetivos específicos.
		Consentimiento informado.
TRATAMIENTO/ ANÁLISIS DE CONDUCTA PROBLEMA	6	Presentación (dinámica de grupo). Aprender a describir cadenas conductuales.
TRATAMIENTO/ MINDFULNESS	7	Habilidades “qué” de mindfulness/ M4. Habilidades “cómo” de mindfulness/ M5.
TRATAMIENTO/ EFECTIVIDAD INTERPERSONAL	8-10	Moldeamiento para adquisición de habilidades. Efectividad objetiva (DEAR MAN) / EI5. Debate en grupo y reestructuración cognitiva. Respeto a uno mismo (VIDA)/ EI7.
TRATAMIENTO/ TOLERANCIA AL MALESTAR	11	Moldeamiento para adquisición de habilidades. Habilidad de distraerse (ACEPTAS)/ TM7. Habilidad de aceptación de la realidad/ TM11.
TRATAMIENTO/ REGULACIÓN EMOCIONAL	12	Moldeamiento para adquisición de habilidades. Observar y describir emociones/RE4a. Verificar los hechos/ RE7. Acción opuesta/ RE8. Resolución de problemas/ RE12.

Nota. La estructura del programa tuvo que ser modificada por la interrupción durante una semana entre la sesión 10 y 11 por los imprevistos surgidos en el centro.

2.5. Análisis de datos

Los datos fueron ingresados y analizados a través del software IBM SPSS Statistics (Versión 28) y la herramienta Microsoft Excel para Microsoft 365 MSO (versión 2205 compilación 16.0.15225.20172) según las diferentes operaciones matemáticas a realizar.

Para describir el rendimiento general de la muestra en cada fase analizada (pretratamiento y postratamiento) se han calculado las medias, medianas, desviaciones estándar y error estándar de la media, sobre las puntuaciones finales de cada prueba oficial. En el registro conductual diario se ha calculado sobre las medias de cada serie de puntuaciones de cada conducta analizada.

Se examinaron las puntuaciones de cambio a nivel individual en las pruebas ADCA, BIS-11, DERS, SSI y SCL-90-R y Registro Conductual Diario (RCD) mediante EMA, utilizando el RCI de Jacobson (Jacobson y Truax 1992), analizando el cambio fiable con un 95% de confianza, lo que requiere un cambio en el rendimiento de 1,96 DE, y con un 90% de confianza, donde se necesita un cambio en el rendimiento de 1,645 DE. Se han analizado los totales de las puntuaciones y el desglose por dimensiones, en función de las características y los datos de interés resultantes en cada prueba.

Para analizar la posible relación entre la ideación suicida, medida a través del SSI, con cada una de las variables que en este trabajo se han identificado con el TLP, se ha realizado en primer lugar pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, prestando mayor atención a esta última prueba por tratarse de una muestra muy reducida $n=5$. Una vez determinado que los datos vienen de una distribución normal se ha usado la correlación de Pearson para medir la dependencia lineal entre las variables, distinguiendo entre la fase pretratamiento y la fase postratamiento.

Finalmente, se ha realizado un estudio de los registros conductuales específicos y los registros de habilidades que forman parte de la terapia mediante un análisis de frecuencias sobre las conductas utilizadas y las habilidades usadas, utilizando para ello representaciones gráficas.

3. Resultados

3.1. Análisis descriptivo

Para un análisis comprensivo y adecuado de los resultados se han tenido en cuenta aspectos concernientes a la participación de las consultantes. Aunque inicialmente la terapia se inició con un total de 7 participantes, solo se han tenido en cuenta los datos de las clientas que completaron el programa y realizaron los registros pertinentes, resultando en un grupo de 5 participantes en total. Esto es debido a que lo que se pretende medir en las hipótesis 1, 2, 3, 4 y 5 es el cambio individual en una muestra de estudio pequeña.

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las puntuaciones totales de los instrumentos ADCA, BIS-11 y DERS con los cuales se miden las variables rigidez cognitiva, impulsividad y regulación emocional como las variables nucleares a analizar conforme a la topografía TLP. También se han analizado las puntuaciones globales que resultan del cuestionario SCL-90-R y el Registro Conductual Diario mediante EMA, que miden el bienestar general de las clientas. Por su relevancia asociada se incluyen los datos de ideación suicida mediante la herramienta SSI.

La Tabla 5 muestra medidas de tendencia central para resumir en un solo valor el conjunto de puntuaciones individuales, concretamente se analiza la media (MD) y, dado que en algunas fases de algunos instrumentos se han dado valores atípicos, también la mediana (ME). Dichos valores atípicos se han identificado a través de diagramas de caja, calculados mediante el método de Tukey utilizado por el software SPSS.

Teniendo en cuenta lo anterior, la puntuación media del DERS disminuye de 85,20 en la primera fase a 58,00 puntos en la segunda fase. La tendencia central en las puntuaciones del ADCA en la fase de pretratamiento aumenta de 91,60 a 109,00 puntos si se atiende a la media y teniendo en cuenta valores atípicos, la mediana muestra también un aumento con respecto a la primera fase de 90,00 a 105,00 puntos. Esto mismo ocurre con las puntuaciones del BIS-11, tanto la media de las puntuaciones como la mediana disminuyen, pasando de 53,00 a 49,60 en el primer caso y de 52 a 45 en el segundo. Las puntuaciones del SSI también disminuyen, pero en este caso la media es representativa por no haber valores atípicos y en la fase de pretratamiento es de 12,20 frente a 6,60 puntos en la de postratamiento.

En cuanto a las puntuaciones de los índices que conforman el SCL-90-R, la media del Índice Global de Gravedad (GSI, *Global Severity Index*) disminuye de 2,34 a 1,21 puntos, la del Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI, *Positive Symptom Distress Index*) de 2,60 a 1,63 puntos y tanto la media como la mediana del Total de Síntomas Positivos (PST, *Positive Symptom Total*) disminuyen de 78,60 a 62,80 y de 84,00 a 71,00 respectivamente.

De las dimensiones del registro conductual diario la media es representativa en el impulso a suicidarse, disminuyendo de 0,73 a 0,49 puntos, en el impulso a autolesionarse, bajando de 1,10 a 0,72 puntos, y en el malestar emocional, variando de 2,93 a 2,20 puntos. También en la dimensión malestar físico, el cual aumenta de 1,90 a 2,23 puntos. En la dimensión impulso a usar drogas hay valores atípicos, por lo que, aunque la media disminuye de 1,60 a 1,13 puntos, la mediana aumenta 0 a 0,57 puntos de la primera a la segunda fase. En “Alegría” es recomendable atender también a los valores de las medianas y en esta se produce un aumento de 1,92 a 2,36 puntos.

En cuanto a los estadísticos de dispersión, la tabla muestra los valores mínimos y máximos que adoptan las puntuaciones de cada prueba y dimensiones del autorregistro y la desviación estándar con respecto a la media de las puntuaciones (DE). Valores altos en DE suponen mayor dispersión de las puntuaciones

respecto a la media. De la prueba SCL-90-R, GSI y PSDI, así como las dimensiones del autorregistro presentan muy poca dispersión en relación con el resto de las medidas cuyas DE son bastante elevadas.

Tabla 5

Análisis descriptivos de las puntuaciones previas y posteriores a la intervención

Variable/ Instrumento	Pre					Post				
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	Mín.	Máx.	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>DE</i>	Mín.	Máx.
DERS	85,20	90,00	22,32	57,00	113,00	58,00	53,00	17,00	39,00	83,00
ADCA	91,60	90,00	12,78	77,00	107,00	109,00	105,00	8,09	104,00	123,00
BIS-11	53,00	52,00	18,72	33,00	83,00	49,60	45,00	20,28	28,00	75,00
SSI	12,20	15,00	7,40	1,00	20,00	6,60	7,00	5,60	0,00	13,00
SCL-90-R										
GSI	2,34	2,81	0,88	1,00	3,00	1,21	1,14	0,65	1,00	2,00
PSDI	2,60	2,84	0,71	2,00	3,00	1,63	1,45	0,46	1,00	2,00
PST	78,60	84,00	14,54	53,00	89,00	62,80	71,00	19,23	40,00	84,00
RCD (EMA)										
M ^a suicidarse	0,73	0,75	0,74	0,00	2,00	0,49	0,15	0,58	0,00	1,00
M autolesión	1,10	1,33	1,05	0,00	2,00	0,72	0,27	0,83	0,00	2,00
M drogarse	1,60	0,00	2,19	0,00	4,00	1,13	0,57	1,91	0,00	5,00
D ^b Emocional	2,93	3,00	0,40	2,00	3,00	2,20	1,86	0,83	1,00	3,00
D Físico	1,90	1,92	0,59	1,00	3,00	2,23	2,32	0,59	1,00	3,00
Alegría	2,35	1,92	1,07	1,00	4,00	2,33	2,36	0,77	1,00	3,00

Nota. Análisis descriptivos en las variables analizadas con ADCA, BIS-11, DERS, RCD, SCL-90-R y SSI.

^a M se utiliza como acrónimo de impulso.

^b D como acrónimo de malestar, desazón o incomodidad.

3.2. Evaluación de cambios fiables por mediación de RCI

Una vez realizado el análisis descriptivo de los datos analizados, y para dar respuesta a las hipótesis 1, 2, 3, 4 y 5 de este estudio, se presentan en la Tabla 6 los cambios en las puntuaciones de cada prueba que se consideran fiables con un 95% de confianza, también con un 90% de confianza, para lo cual se ha utilizado el índice estadístico RCI (*Reliable Change Index*), determinado por Jacobson y Truax (1991). Este indica si se produce un “cambio clínicamente significativo”, teniendo en consideración el coeficiente de fiabilidad de la escala para reducir el error de medida al que están sometidos instrumentos de medida como los que se analizan en este trabajo.

Las mediciones se han dividido para una muestra N=5, que es la muestra objeto de análisis, y para N=4, porque, debido al sobresaliente rendimiento de una de las participantes, el índice de cambio del resto de ellas se ha visto influido negativamente debido a la propia expresión de la fórmula del RCI, concretamente por la desviación típica de la muestra. Entonces, a modo de comprobación se ha incluido un nuevo análisis de la muestra excluyendo a esta participante para comparar el índice de cambio fiable.

Para que el cambio sea fiable con un 95% de confianza, el RCI debe ser mayor que $\pm 1,96$ y con un 90% de confianza el RCI debe ser mayor que $\pm 1,645$. Dado el nivel confianza, para N=5, el índice de cambio fiable medido para el DERS es del 20%, es decir, una de cinco participantes ha experimentado un cambio fiable en desregulación emocional no existiendo diferencia para N=4. Para el ADCA el índice de cambio fiable también es equivalente tanto para la muestra al completo como para la muestra separada, siendo del 20% o cambio en una participante. En el BIS-11, no hay fiabilidad en el cambio porque ninguna de las participantes obtiene un RCI suficiente. En el SSI, el índice de cambio fiable vuelve a ser solo en una participante para N=5 y N=4.

Para el SCL-90-R, existe un cambio fiable del 20% en la muestra al completo (N=5) en las variables GSI, PSDI y PST tanto con un 95% como un 90% de confianza. Si se elimina el caso extraño (N=4) aumenta de un 20% a un 75% en las variables nombradas anteriormente con un nivel de confianza del 95%. El PSDI aumenta al 100% de cambio considerando un nivel de confianza del 90%.

Con respecto a las dimensiones del registro conductual diario, con un 95% de confianza solo existe cambio en el malestar emocional (80%), siendo este un cambio positivo en la terapia como en los casos anteriores (disminuye el malestar) y en el malestar físico (20%) un cambio negativo (aumenta el malestar). Sin embargo, con un 90% de confianza, el impulso a suicidarse y el impulso a autolesionarse experimentan un cambio fiable positivo (20%), es decir, disminuye el impulso. Cuando eliminamos los datos de la participante que desviaba las puntuaciones, nos encontramos que el cambio producido en el malestar emocional se reduce a 3 participantes. Esto sugiere un cambio fiable para el grupo al completo excluyendo a una de las participantes que conforman el grupo con puntuaciones equivalentes. También observamos un cambio significativo del 50% en impulso a drogarse y malestar físico con un 95% de confianza en N=4.

Tabla 6

Cambios fiables entre las puntuaciones medidas con RCI

Variable/ Instrumento	N=5			N=4		
	<i>M</i>	n, %cf ($\alpha = 0,05$)	n, %cf ($\alpha = 0,1$)	<i>M</i>	n, %cf ($\alpha = 0,05$)	n, %cf ($\alpha = 0,1$)
DERS	-0,90	1 (20%)	1 (20%)	-2,43	3 (75%)	3 (75%)
ADCA	0,83	1 (20%)	1 (20%)	1,04	1 (25%)	1 (25%)
BIS-11	-0,35	0 (0%)	0 (0%)	-0,18	0 (0%)	0 (0%)
SSI	-0,95	1 (20%)	1 (20%)	-0,76	1 (25%)	1 (25%)
SCL-90-R						
GSI	-1,19	1 (20%)	1 (20%)	-3,74	3 (75%)	3 (75%)
PSDI	-1,14	1 (20%)	1 (20%)	-4,32	3 (75%)	4 (100%)
PST	-1,28	1 (20%)	1 (20%)	-2,64	3 (75%)	3 (75%)
RCD (EMA)						
M ^a suicidarse	-0,61	0 (0%)	1 (20%)	-0,62	0 (0%)	1 (25%)
M autolesión	-0,70	0 (0%)	1 (20%)	-0,76	0 (0%)	1 (25%)
M drogarse	-0,27	0 (0%)	1 (20%)	0,86	2 (50%)	2 (50%)
D ^b Emocional	-2,36	4 (80%)	4 (80%)	-1,93	3 (75%)	3 (75%)
D Físico	0,50	1 (20%)	1 (20%)	0,36	2 (50%)	2 (50%)
Alegría	-0,04	0 (0%)	0 (0%)	0,21	0 (0%)	0 (0%)

^aM se utiliza como acrónimo de impulso como abreviatura ampliamente utilizada en diferentes áreas e industrias.

^bD como acrónimo de malestar, desazón o incomodidad.

3.3. Análisis de correlación entre ideación suicida y núcleo disposicional del TLP

A continuación, se pretende analizar si existe relación entre la variable ideación suicida con alguna de las variables que conforman la topografía del TLP, es decir, con la regulación emocional, la rigidez cognitiva y la impulsividad.

Antes de calcular las correlaciones bivariadas planteadas para alcanzar el objetivo propuesto se debe realizar la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para elegir si corresponde una prueba paramétrica o no paramétrica, la cual se presenta en la Tabla 7.

Tabla 7

Prueba de normalidad de los datos pretratamiento y postratamiento

	Pretratamiento			Postratamiento		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DERS	,971	5	,879	,962	5	,822
ADCA	,939	5	,659	,731	5	,019
BIS-11	,919	5	,521	,923	5	,547
SSI	,937	5	,644	,934	5	,622

Nota. Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para DERS, ADCA, BIS-11 y SSI

Como se puede apreciar en todos los casos, los datos vienen de una distribución normal o gaussiana al ser el nivel de significación 0,05 mayor que el p-valor, por lo que se usará el coeficiente de correlación de Pearson para medir la dependencia lineal entre variables tanto para la fase pretratamiento como para la de postratamiento.

Como aparece en la Tabla 8, la correlación de Pearson no muestra ninguna relación significativa entre las parejas de variables analizadas en la fase de pretratamiento, tampoco en la de postratamiento, ya que en ninguno de los casos la correlación es estadísticamente significativa. Por tanto, según los datos analizados en este estudio, la relación entre la ideación suicida con la regulación emocional, la rigidez cognitiva o la impulsividad es inexistente.

Tabla 8

Correlación de Pearson para las variables nucleares del TLP y SSI pretratamiento

	SSI (PRE)				SSI (POST)			
	DERS	ADCA	BIS-11	SSI	DERS	ADCA	BIS-11	SSI
Correlación de Pearson	,085	-,200	,507	1	,536	-,536	,181	1
Sig. (bilateral)	,893	,747	,383		,352	,352	,771	
N	5	5	5	5	5	5	5	5

3.4. Registros conductuales específicos y registro de habilidades

Por último, se realizó un análisis de frecuencias de los datos recabados con los Registros Conductuales Específicos (RCE) y la proporción de habilidades utilizadas mediante el Registros de Habilidades (RH) de la herramienta CMS.

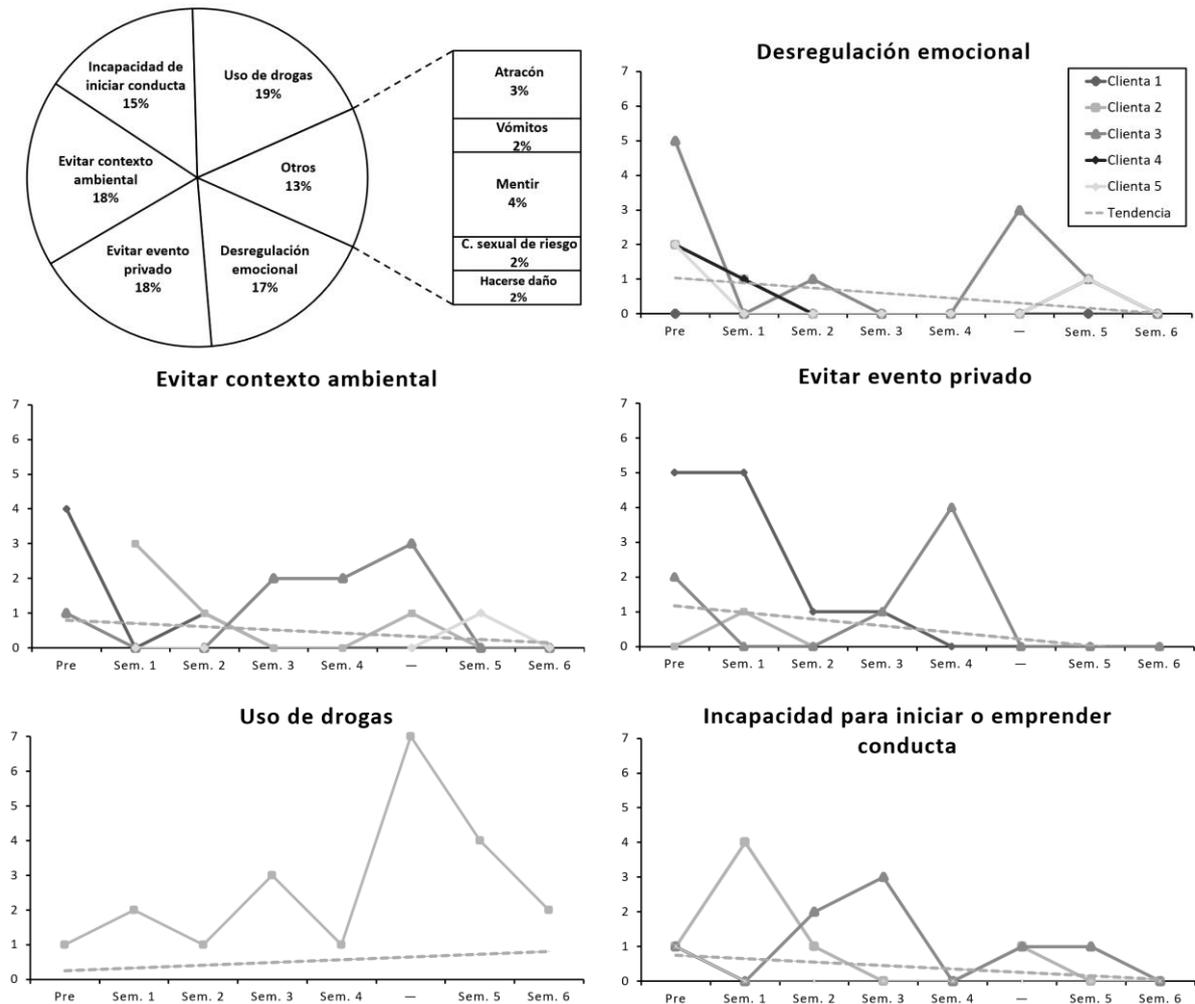
En la Figura 3 se muestra la frecuencia de conductas problemas de acuerdo con siete momentos temporales del programa, diferenciando el establecimiento de la línea base que se alargaría hasta después de la primera sesión de intervención. El resto de los registros se agrupó de manera semanal conformando una semana por cada módulo a excepción del módulo 3 que constaría de 3 semanas (desde la semana 2 hasta la 3 de la fase de intervención). Entre las semanas 4 y 5 de intervención se observa la semana de interrupción del programa. Se han descartado para su análisis las conductas específicas que no superaban el 10% de autorregistros por parte de las participantes.

Podemos observar un descenso de las conductas específicas de desregulación emocional, evitación del contexto ambiental, evitación del evento privado e incapacidad para iniciar o emprender conducta atendiendo a la tendencia lineal de las medias registradas lo largo del programa.

En cuanto al registro de la conducta “uso de drogas”, observamos que solamente ha registrado dicha conducta una de las participantes con una tendencia lineal ligeramente ascendente. El registro de la participante ha generado una U invertida durante las diferentes fases de la intervención llegando a su pico máximo durante el periodo de interrupción del tratamiento.

Figura 3

Evaluación ecológica momentánea de conductas específicas mediante CMS



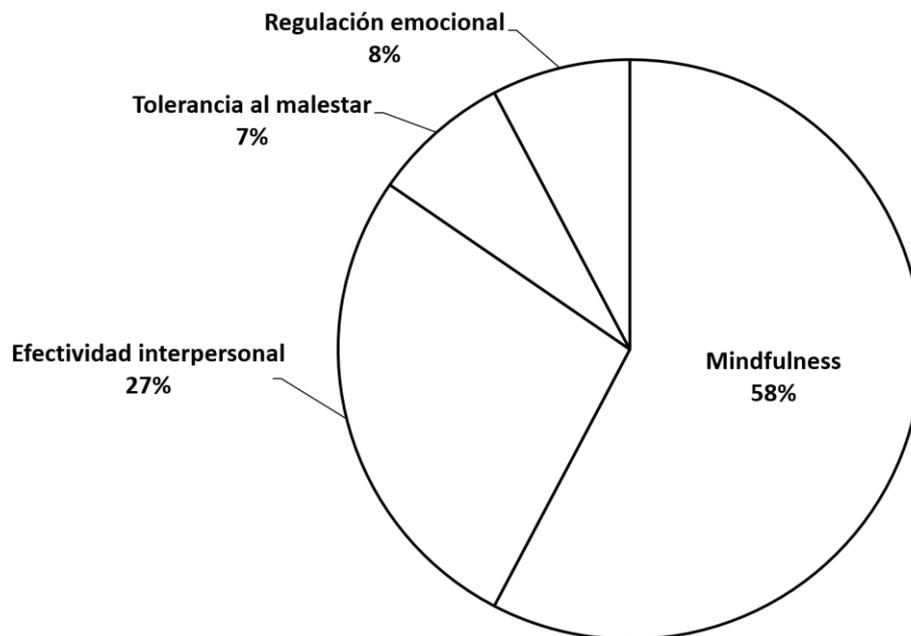
Nota. El guion largo (—) indica la semana de interrupción del programa.

Con respecto a la ejecución de habilidades, el gráfico circular representado en la Figura 6 muestra la proporción de habilidades registradas durante la fase de tratamiento. Para una mejor visualización se han agrupado las diferentes habilidades conforme al modelo taxonómico basado en los manuales de Linehan (2020a, 2020b).

Las habilidades que más frecuentemente se han registrado son las de mindfulness (57,69%). En segundo lugar, se encuentran las de efectividad interpersonal (26,92%) y las habilidades de regulación emocional y de tolerancia al malestar se han registrado con la misma frecuencia (7,69%).

Figura 4

Proporción del uso de habilidades en la muestra objeto de estudio durante el tratamiento



Nota. Revisar la Tabla 4 para una mayor especificación de las habilidades utilizadas durante el programa.

4. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue investigar la efectividad de una intervención de la DBT en un periodo temporal reducido mediante un diseño basado en el análisis funcional del comportamiento. Considerando las limitaciones de validez interna que presenta este proyecto como estudio de investigación, se concluye que las propuestas implementadas en el programa modificado de DBT (Proyecto ECO) parecen indicar cambios en las diferentes conductas problema analizadas en las participantes.

Como etapa preliminar del tratamiento de datos, el análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas de los instrumentos ADCA, BIS-11, DERS, SCL-90-R y SSI muestra una mejora global en la fase de postratamiento con respecto a la de pretratamiento. Este hecho supone una disminución de la rigidez

cognitiva, de la impulsividad, de la desregulación emocional, un aumento del bienestar general y una disminución de la aparición de conductas suicidas.

Respecto a los resultados obtenidos mediante el Registro Conductual Diario (RCD) podemos observar una mejora coherente con los instrumentos SSI y SCL-90-R ya que se obtienen medidas que registran una disminución en el impulso a suicidarse, impulso a autolesionarse y en el malestar emocional. En cuanto a la variable “malestar físico” se observa una diferencia positiva lo que se interpreta como un aumento del malestar físico durante la intervención, lo que coincidiría con los ejercicios de exposición y la disminución de conductas de evitación implementadas durante la intervención. Para las variables “impulso a usar drogas” y “alegría”, prefiriendo el análisis de las medianas por los valores atípicos resultantes, se observa un aumento en ambas. Atendiendo al Registro de Conductas Específicas (RCE) mediante la Evaluación Ecológica Momentánea (EMA), los resultados en el aumento de uso de drogas parecen deberse al aumento de registros de la participante 2 durante las tres primeras fases de la intervención disminuyendo en gran medida durante las dos últimas. El RCD indica una mejora general exceptuando las variables mencionadas anteriormente.

Una vez identificados los patrones conductuales de cambio por medio del análisis descriptivo se procede a concretar la fiabilidad de dichos cambios a través de los resultados obtenidos por RCI. A rasgos generales, se detectó una abrupta mejoría en una de las participantes conforme a los resultados presentados en las diferentes variables mediante el índice de cambio fiable, presentando los mínimos y máximos en cada fase del programa. Debido a las limitaciones de la muestra, sensible a la desviación típica por los valores extremos de dicha participante (cliente 4), se ha considerado que los índices de cambio fiable para el grupo conformado por 5 participantes no eran representativos de los resultados en su totalidad. Para salvaguardar dicha debilidad y extraer un análisis más exhaustivo se procedió a diferenciar los resultados en dos grupos obviando los resultados de la cliente 4 para el grupo N=4.

Respecto a las variables que conforman la topografía disposicional del TLP se muestran resultados significativos en las variables desregulación emocional medida con el DERS y la rigidez cognitiva medida con ADCA con el grupo al completo. Si extraemos la participante causante de la mayor dispersión de los datos, el número de clientes que experimentan un cambio fiable en desregulación emocional aumenta considerablemente llegando a la totalidad en algunas de sus subescalas (“Funcionamiento/Interferencia” y “Regulación/Descontrol”). Los datos arrojados parecen apoyar las hipótesis 1 y 2 encontrándose respaldada esta conclusión por los análisis exploratorios realizados previamente.

En cuanto a la impulsividad, medida con el BIS-11, los resultados de los RCI indican que los cambios no son lo suficientemente fiables como para confirmar que la intervención ha disminuido la impulsividad debiendo rechazar con ello la hipótesis 3. Estos resultados difieren de los cambios esperados en alrededor de la mitad de las participantes según el análisis descriptivo y el uso mayoritario de las habilidades de mindfulness. Lo

cierto es que estos datos concuerdan, bajo la prudencia de las limitaciones de este estudio, con las dificultades encontradas por Soler (Soler et al., 2016) en la impulsividad autoinformada mediante BIS-11, que sugiere que el entrenamiento de la atención plena tiene un impacto en algunos, pero no en todos los aspectos de la impulsividad.

Tras el estudio de las 3 variables que constituyen el eje central del TLP, se ha procedido a contrastar la hipótesis 4, por la cual se afirma que la terapia disminuirá la aparición de conductas suicidas, medidas con el SSI. Los datos arrojan resultados coincidentes con la disminución de la impulsividad asociadas con conductas suicidas conforme a la mejora del estado de ánimo medida con las subescalas de depresión del SCL-90-R en la participante 2. Estos datos coinciden con la relación significativa encontrada sobre el estado de ánimo negativo y la intensidad de la ideación suicida autoinformada (Links et al., 2007). Tras los resultados, parece oportuno aceptar la hipótesis 4 como un hallazgo de cambio fiable.

Con respecto a la percepción de bienestar general, medida con el SCL-90-R y el RCD para la comprobación de la hipótesis 5, el análisis de RCI indica cambios muy favorables en las participantes. Analizando el grupo al completo, la herramienta SCL-90-R muestra que el tratamiento ha sido efectivo en todas las dimensiones destacando un 100% de cambio fiable en la dimensión psicoticismo.

Los datos medidos mediante el RCD sobre la percepción general confirman que esta ha mejorado. Aunque en algunos casos no se ha presentado un cambio fiable como en las dimensiones “Alegría” o “Malestar físico”, los cuales pueden achacarse a varios factores como el trabajo de exposición con la función instruccional de encaminarse a entornos estimulares aversivos o poco apetitivos (centros de estudios, entornos laborales o ciertas actividades) que evitaban por sensaciones fisiológicas anteriores al inicio del tratamiento. El resto de las conductas analizadas presentan mejoría. Cabe destacar los resultados obtenidos en la dimensión “malestar emocional” que presenta una mejoría en cerca de la totalidad de la muestra.

Por tanto, entendemos que un análisis de los datos obtenidos mediante EMA se percibe como un complemento útil para verificar los resultados que se derivan del análisis del cambio fiable medido con el SCL-90-R. Por consiguiente, los resultados varían a rasgos generales a favor de la aceptación de la hipótesis 5, por la cual la percepción de bienestar general aumentaría con la intervención.

Para el objetivo secundario propuesto en el estudio sobre la posible relación planteada entre la ideación suicida y el núcleo disposicional de la topografía TLP (desregulación emocional, rigidez cognitiva e impulsividad) analizada con la Correlación de Pearson, se revela que no existe relación significativa entre la variable ideación suicida con respecto a las diferentes variables analizadas. Por tanto, no se puede afirmar en este estudio que personas con problemas de regulación emocional persistente manifiesten conductas relacionadas con la ideación suicida para aliviar el malestar asociado con el TLP (Klonsky, 2009). Tampoco parecería existir correlación bivariada entre las variables propuestas como características centrales del TLP conforme a la ideación suicida para las participantes sobre las que se intervino.

En relación con el análisis de frecuencias mediante RCE, para las conductas problema, y el RH mediante EMA se han analizado diferentes aspectos. De manera general se observa un decremento de las diferentes conductas específicas registradas durante el desarrollo del programa exceptuando el registro de uso de drogas implementado solo por una de las participantes. Existen fluctuaciones de registros durante el desarrollo de los diferentes módulos de intervención apuntando a un registro agudo durante la semana de interrupción del programa en cuatro de las cinco habilidades analizadas en detalle. El incremento de registro de conductas durante la semana de interrupción del tratamiento apunta a cierto nivel de incidencia en la modificación de las conductas problema como inferencia causal por consecuencia de la retirada del tratamiento (Arnau, 1984).

Del porcentaje de uso de las habilidades impartidas durante el programa, podemos observar que el 58% de las habilidades utilizadas durante el tratamiento son las habilidades nucleares de mindfulness. Estos datos son coincidentes con la literatura respecto a los efectos fundamentales del uso de las habilidades para el cambio significativo (Stepp et al., 2008) así como de la importancia de las habilidades de mindfulness como elemento nuclear en la terapia (Elices, et al., 2016; Schmidt, et al., 2021; Soler, et al., 2016). Gracias al AF de las participantes, se detectó en varias consultantes el uso de las habilidades de mindfulness previas a la intervención como una manera de evitación experiencial, generando mayor sensibilización y malestar generalizado después de varios años de tratamiento. Identificando la función gracias a dicha herramienta se previeron las respuestas que mantenían cadena conductual y se instruyó en el uso de las habilidades de mindfulness como un entrenamiento en sensibilización estimular mediante entrenamiento interoceptivo con prevención de respuesta.

Los datos obtenidos referidos a las hipótesis y objetivos planteados concuerdan con los estudios realizados en otras investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones reducidas en DBT (Soler et al., 2009). Esta terapia se asoció con mayores mejoras clínicas y menores tasas de abandono que la DBT estándar. En este estudio no hubo abandonos directos, aunque se expulsó a una de las participantes durante el transcurso del programa debido a la ruptura de las reglas establecidas dificultando la intervención al resto de compañeras. Otra de las participantes no realizó el trabajo necesario para ser evaluada, pero se decidió mantenerla en las sesiones de grupo debido a que la intervención le podría ser de utilidad en su día a día. Se entiende por tanto que, aunque no se puede considerar como tasa de abandono del programa, la falta de adherencia al mismo es un aspecto por analizar de gran relevancia para futuras intervenciones.

Los resultados analizados en este estudio están limitados por varios aspectos y factores debiendo ser reconocidos y enumerados bajo diversas propuestas de mejora. En primer lugar, sería adecuado estudiar la eficacia del programa en comparación con grupos control que permitieran generar un diseño experimental con muestras poblacionales aleatorias para el correcto análisis inferencial derivado de sus índices o valores estadísticos. Sería interesante como propuesta futura hacer estudios comparativos factoriales aislando los diferentes módulos de entrenamiento en habilidades bajo dos niveles (con y sin AF).

Para ello aumentar la muestra de participantes sería fundamental para generar conclusiones con mayor grado de fiabilidad.

Otro punto importante sería desarrollar un modelo de trabajo para la terapia individual que concuerde con el trabajo realizado en las intervenciones de grupo o aislar la eficacia del tratamiento bajo la modalidad única de entrenamiento en habilidades en formato grupal. Dado que cada participante trabajaba de manera individual con diferentes profesionales del centro y que no se dispuso de un espacio en común para la comunicación entre profesionales, es una variable extraña que debiera tomarse en consideración.

En tercer lugar, un aspecto de gran relevancia que ajustaría los tiempos del programa sería la necesidad de formación básica en análisis funcional para los miembros del equipo que participaran en sus diferentes modalidades. Parte de la dilatación del programa fue la falta de formación por parte de las profesionales del centro respecto a dicho método para el estudio sistemático de la conducta, así como los principios de aprendizaje que configuran la base de la propuesta de intervención. Debido a ello se realizaron dos evaluaciones, en ocasiones de manera transversal, entre las psicólogas individuales, bajo diagnósticos nosológicos, y el psicólogo encargado de la intervención grupal. Desde una evaluación funcional realizada por los psicólogos en las sesiones individuales y la puesta en común en sesiones habilitadas para ello, se asume mejoraría en el programa reduciendo las sesiones y aumentando la calidad del trabajo en común.

Por último, sería necesario recalcar la necesidad de trabajar bajo un marco institucional que apoye la propuesta de intervención respetando los tiempos e itinerarios marcados previamente acordados al inicio de este. Es fundamental, sobre todo en propuestas de intervención reducidas, no modificar estos aspectos durante el inicio del programa. Debido a que los márgenes son mucho más reducidos, los objetivos y metas son muy sensibles a dichos cambios. El programa se redujo a prácticamente la mitad de las sesiones de intervención lo que llevó a sintetizar aspectos fundamentales previamente organizados. Se tuvieron que cancelar las sesiones de seguimiento que consideramos de gran relevancia, así como recalcar la necesidad de implementar fases de seguimiento prolongado para el análisis del mantenimiento de logros.

Es de relevancia señalar que las investigaciones sobre las propuestas y contribuciones que provienen de este estudio son originadas bajo la escasa existencia en la literatura al respecto. Esto da un carácter pionero al proyecto que contribuye a implementar un modelo de intervención basado en la individualización de la DBT haciéndolo accesible y rentable para su aplicación en contextos tanto públicos como privados. Por ello, y bajo los hallazgos resultantes de la práctica realizada, se visualizan diversas líneas de investigación que sustentan de manera empírica las limitaciones analizadas previamente.

Una primera línea apostaría por mejorar la herramienta CMS a través de la programación de avisos aleatorizados en el tiempo que indicasen el registro de conductas para evitar la anticipación del evento y que por tanto generasen mediciones de mayor relevancia por su falta de aprendizaje asociativo

condicionado al estímulo. Se prevé que ayudaría a mejorar el número de autorregistros desde una fase pretratamiento ya que tendría un alto valor como estímulo discriminativo desde el inicio de su uso.

Otro aspecto para desarrollar su investigación sería la propuesta de la guía de un procedimiento de moldeamiento para la correcta adquisición de habilidades. Al ser una propuesta inspirada en la metodología observacional derivada del grupo Acoveo, sería de gran interés hacer un diseño de investigación exhaustivo de las variables asociadas al cambio en contextos terapéuticos grupales mediante la conducta verbal replicando y mejorando el modelo propuesto.

Finalmente se antoja inevitable crear una línea de investigación sobre la que especificar los principios y procesos por los que la DBT produce cambio. Operativizar los diferentes aspectos que conforman la intervención y examinar las habilidades desarrolladas en el último manual publicado de la DBT (Linehan, 2020a) para orientarlo a una intervención basada en los procesos de aprendizaje que explican la adquisición y mantenimiento de las conductas problema. Revisar la taxonomía original sobre la que se fundamenta la DBT y delimitar mediante análisis correlacionales que nos den datos de mayor calidad psicométrica conforme al modelo teórico propuesto en la investigación.

Proyecto ECO ha tenido como finalidad ayudar a la comprensión ideográfica de las conductas problema ofreciendo un modelo teórico y aplicado que redirija y auxilie a los profesionales interesados en la práctica interventora en el contexto terapéutico. De modo fundado, se concluye que la intervención basada en los procesos y principios de aprendizaje bajo las tecnologías desarrolladas para dicho fin, mejoran los resultados en un tiempo más reducido y por ende los aspectos relacionados con el costo de oportunidad o costo alternativo que debiera ser un objetivo esencial de la práctica profesional relacionada con la salud.

A pesar de las limitaciones que ofrece este trabajo, las propuestas desarrolladas en el mismo suponen un avance para lograr el objetivo de la modificación de conducta ajustada al contexto sociocultural próximo de cada consultante para la disposición plena de bienestar e independencia como fin último de la intervención. Así mismo se reconoce la falta de recursos que han llevado a precipitar diferentes aspectos referentes a las propuestas realizadas y que han podido limitar los resultados extraídos. No obstante, se entiende más allá de los resultados significativos, que las participantes han experimentado cambios importantes en sus vidas gracias a las pautas de intervención desarrolladas durante el programa como ha sido valorado al finalizar la intervención durante el espacio aportado para la despedida.

Los pasos dados en este trabajo atisban un esperanzador y significativo reencuentro con la psicología que aboga por el desarrollo de investigaciones con el objetivo de aportar claridad y avance científico. De esta forma se ha apostado por contribuir aclarando la aplicación de la DBT y ahondando en la función de la topografía TLP bajo un desarrollo conceptual profundo, en virtud de ayudar a la mejora del bienestar de las personas bajo un modelo de evidencia fundada.

5. Referencias bibliográficas

Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation*. N. Y.: Holt.

Allport, G.W. (1961) *Pattern and Growth in Personality*. N. Y.: Holt.

Álvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzá, J., y Pascual, J. C. (2017). Long-term course of Borderline Personality Disorder: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of Personality Disorder*, 31(5), 590-605.
https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_269

APA (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.) (DSM-III)*, Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1984).

Arnau, J. (1984). *Diseños experimentales en Psicología y Educación*. Vol. II. México: Trillas.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

Austin, S. F., Jansen, J. E., Petersen, C. J., Jensen, R., y Simonsen, E. (2020). Mobile app integration into dialectical behavior therapy for persons with borderline personality disorder: qualitative and quantitative study. *JMIR Mental Health*, 7(6), e14913. <https://doi:10.2196/14913>

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>

Baroja, P. (1985). *El árbol de la ciencia (Vol. 50)*. Ardent Media.

Biglan, A. y Hayes, S.C. (1996). Should the behavioral sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behavior. *Applied and Preventive psychology: Current Scientific Perspectives*, 5, 47-57. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80026-6](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80026-6)

Boggiano, J. P., y Gagliesi, P. (2018). *Terapia dialectico conductual. Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial Tres Olas.

- de la Guía, G. D. T. (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. <http://hdl.handle.net/11351/810>
- Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(3), 247-256.
- Echeburúa, E., y Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0492-1>.
- Eysenck, H. (1953) *The Structure of Human Personality*. N. Y.: Wiley.
- Farchione, T. J., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., et al. (2012). Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666– 678. <https://doi: 10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Feliu-Soler, A., Cebolla, A., McCracken, L. M., D'Amico, F., Knapp, M., López-Montoyo, A., ... y Luciano, J. V. (2018). Economic impact of third-wave cognitive behavioral therapies: a systematic review and quality assessment of economic evaluations in randomized controlled trials. *Behavior therapy*, 49(1), 124-147. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.07.001>
- Ferro, R. (2000). Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experiencial. *Psicothema*, 12(3), 445-450.
- Friman, P.C.; Hayes, S.C. y Wilson, K.G. (1998). Why behavior analysts should study emotion: The example of anxiety. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 31, 137-156. <https://doi: 10.1901/jaba.1998.31-137>
- Froxán Parga, M. X., (2020). *Análisis funcional de la conducta humana: Concepto, metodología y aplicaciones*. Ediciones Pirámide.
- Froxán Parga, M. X., y Calero Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*. <http://hdl.handle.net/10486/676577>

- García, M., y Magaz, A. (2011). Autoinformes de actitudes y valores en las interacciones sociales. *España: COHS Consultores.*
- Gifford, E.V., y Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En: W. O'Donohue y R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). San Diego, CA: Academic Press.
- González, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuin, M., y Rodríguez Pulido, F. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Manual Adaptación Española. Madrid: TEA Ediciones.
- Guilford, J.P. (1959) *Personality*. N. Y.: McGraw-Hill.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Hofmann, S. G., y Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2019)
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry research*, 166(2-3), 260-268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>
- Köhleberg, R. (2001). Hablo, luego existo: Una aproximación conductual para entender los problemas del yo. *Escritos de Psicología*, (5), 58-62. <https://doi.org/10.24310/espsiesepsi.vi5.13467>
- Köhleberg, R. J., & Tsai, M. (2008). Psicoterapia Analítica Funcional: Creación de relaciones terapéuticas intensas y curativas. *Ciencia Biomédica*, (9).

- Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. (2020a). *Manual de Entrenamiento en Habilidades DBT para el/la terapeuta*. Primera edición en castellano. Editorial Tres Olas.
- Linehan, M. (2020b). *Manual de Entrenamiento en Habilidades para el/la consultante*. Primera edición en castellano. Editorial Tres Olas.
- Linehan, M., Korslund, E., Harned, S., Gallop, J., Lungu, A., Neacsiu, D., ... y Murray-Gregory, M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, 72(5), 475-482. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J., Barr, A., Korzekwa, M., McMMain, S., y Ball, J. S. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 21(1), 72-86.
<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.1.72>
- Luciano, C., Gómez, I. y Valdivia, S. (2002). Consideraciones acerca del desarrollo de la personalidad desde un marco funcional-contextual. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(2), 173-197.
- Montgomery, W. (2017). The analytical unity of personality: basic behavioral repertoires or interactive styles?. <https://doi.org/10.24016/2017.v3n3.78>
- OMS, Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European journal of psychiatry*.

- Pardo, R. (7 de noviembre de 2016). TRATAMIENTOS EMPÍRICAMENTE VALIDADOS EN PSICOLOGÍA ¿ES SUFICIENTE? ¿ES CIENTÍFICO?
<https://cienciaycomportamiento.wordpress.com/2016/11/07/tratamientos-empiricamente-validados-en-psicologia-es-suficiente-es-cientifico/>
- Pérez, M., Fernández-Hermida, J.R., Fernández, C. y Amigo, I. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces: Vol. 1. Adultos. Madrid: Pirámide.
- Pérez, V., Gutiérrez, M. T., García, A., y Gómez, J. (2005). Procesos psicológicos básicos. *Un análisis funcional. UNED.*
- Ribes, E. (1990). La individualidad como problema psicológico: el estudio de la personalidad. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*, 16(3), 7-24.
- Ritschel, L. A., Lim, N. e. y Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American Journal of psychotherapy*, 69, 111-128. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.111
- Robertson, J. (3 junio 2003). *So, what is a content management system? Step Two.*
http://www.steptwo.com.au/papers/kmc_what/index.html
- Rodríguez, F., y González, J. (2000). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. *Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona-España. Editorial Masson SA*, 225-244.
- Santacreu, J. (2005). La síntesis de la historia de aprendizaje: Perspectiva conductual sobre la personalidad, *Acta Comportamental*, 13(1), 53- 66.
- Santacreu, J., Hernández, J. M., Adarraga, P., y Márquez, M. O. (2002). La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano. Madrid: Pirámide.
<http://hdl.handle.net/10486/670813>
- Schmidt Gómez, C. V., Soler Ribaudi, J., Carmona Farrés, C., Elices Armand-Ugon, M., Domínguez Clavé, E., Vega Moreno, D., y Pascual Mateos, J. C. (2021). Mindfulness in borderline personality disorder: decentering mediates the effectiveness. *Psicothema*. <http://doi:10.7334/psicothema2020.437>
- Segura, M., Sánchez, P., y Barbado, P. (1991). Análisis funcional de la conducta. *Un modelo explicativo. Universidad de Granada.*

- Shiffman, S., Stone, A. A., y Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 1-32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Skinner, B. F. (1981). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Skinner, B. F., y Ardilla, R. (1975). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Skinner, B.F. (1950). Are psychological theories of learning necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216. <https://doi.org/10.1037/h0054367>
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0035-8>.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Speer, D. C. (1992). Clinically significant change: Jacobson and Truax (1991) revisited. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(3), 402. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.3.402>
- Staats, A. W., y tr Carrillo, J. M. (1997). *Conducta y personalidad: Conductismo psicológico*.
- Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., y Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of personality disorders*, 22(6), 549-563. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.549>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2

Stone, A. A., y Shiffman, S. (1994). Ecological momentary assessment (EMA) in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 16, 199–202.
<https://doi.org/10.1093/abm/16.3.199>

Swales, M., y Dunkley, C. (2020). Principios de la evaluación de habilidades en la terapia conductual dialéctica. *RET: revista de toxicomanías*, (84), 27-43.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.

Vallejo, M. A. (1998). Manual de terapia de conducta. Madrid: *Dykinson, Vols I y II*.

6. Apéndices

6.1. Apéndice A. Herramienta CMS de apoyo a la intervención

La herramienta de software para crear, administrar y gestionar un sitio web (CMS) que presenta este proyecto, ha sido desarrollada para acomodar el uso de las diferentes herramientas existentes en la DBT y mejorar los registros del diario DBT sobre el que se apoya la terapia.

Es una herramienta que proporciona apoyo de manera dinámica y ecológica. Se pudo comprobar en aspectos como la modificación de términos para la adaptación a la jerga de las participantes, la inclusión de nuevas topografías, problema que no se había detectado en las evaluaciones o las instrucciones proporcionadas mediante un chatbot respecto de las dudas que iban planteándose durante las sesiones. Su diseño ha sido ajustado para ser utilizado en dispositivos móviles, aunque puede ser utilizado en cualquier dispositivo con acceso a internet y a un navegador web. Las diferencias se traducen solo en aspectos de diseño.

En la Figura 1A, la pantalla principal, podemos observar qué nos ofrece la herramienta CMS al identificarnos. Estos son los principales apartados estructurados según la función.

Figura 1A

Pantalla principal de la herramienta CMS para el proyecto ECO



En la Tabla 1A, se pueden ver desarrollados los diferentes componentes que conforman la portada de la herramienta CMS reflejados en la imagen anterior.

Tabla 1A

Especificaciones de los componentes de la herramienta CMS

Componentes	Especificaciones
1. Imagen de acceso a la portada	Logotipo que ayuda a identificar la marca de la forma más simple. Da acceso a la página de inicio desde cualquiera de sus pantallas.
2. Herramientas de autorregistro	Es una adaptación digital del diario DBT de autorregistro.
3. Juego de la moneda	Actividad de efectividad interpersonal (EIHdT6). Ayuda a decidir la intensidad de un pedido o a rechazar petición.
4. Test de usabilidad	Prueba de 21 ítems de sí o no para medir la usabilidad de la web.
5. Sobre nosotros	Resumen a modo descriptivo del propósito de la web, los integrantes e instituciones que la llevan a cabo y el objetivo del desarrollo del programa de investigación.
6. Política de privacidad	Informa sobre las condiciones generales de uso, aviso legal, contenidos, política de cookies, seguridad, derechos de propiedad intelectual y propiedad industrial, enlaces, protección de datos de carácter personal y actuaciones prohibidas y errores.
7. Chatbot	Bot conversacional: es una aplicación software que simula mantener una conversación mediante respuestas automáticas previamente establecidas a las cuestiones planteadas. Función extendida de poder acceder a la información necesaria que comúnmente se hubiera dado a través de las hojas de trabajo de los manuales impresos (Linehan, 2020a, 2020b).
8. Contacto	Enlaces de contacto para solucionar errores de la web o para cuestiones relacionadas con la intervención.

Notas. Los puntos (2) y (3) se desarrollan a continuación en los subapartados pertinentes.

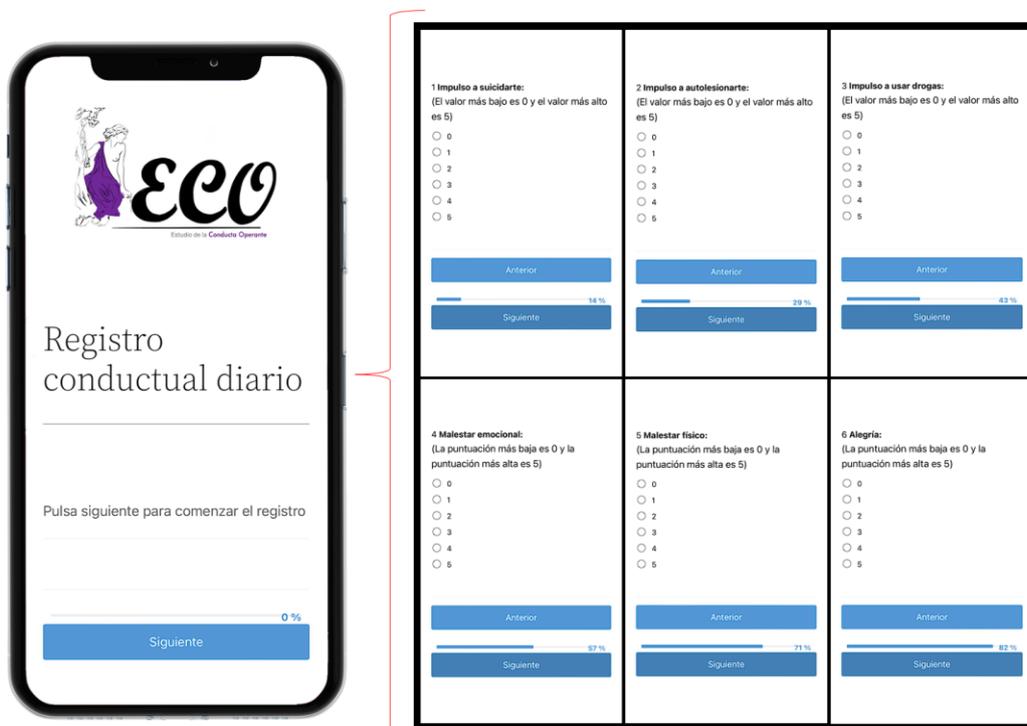
6.1.1. Herramientas de autorregistro

Las herramientas de autorregistro están basadas en el diario DBT individual que consta de dos plantillas para ser impresas. Una primera que parte de un autorregistro que se focaliza en aspectos relacionados con la impulsividad asociada a conductas autolíticas, calificaciones relacionadas con el malestar con diferentes morfologías de respuesta, uso de drogas y medicamentos y conductas específicas. La segunda plantilla se refiere al registro de las habilidades utilizadas durante la semana.

La herramienta CMS recoge el diario DBT estándar y lo simplifica en tres apartados diferentes que consta de Registro Conductual Diario (RCD), Registros Conductuales Específicos (RCE) y Registro de Habilidades (RH). El registro conductual diario cuenta con una escala tipo Likert de 5 puntos de 6 ítems donde el valor más bajo es “cero” y el más alto “cinco”. Los diferentes ítems miden el impulso a suicidarse, impulso a autolesionarte, impulso a usar drogas, malestar emocional, malestar físico y alegría. En la Figura 2A podemos ver cómo queda implementado en la herramienta digital.

Figura 2A

Esquema ilustrativo del subapartado Registro Conductual Diario

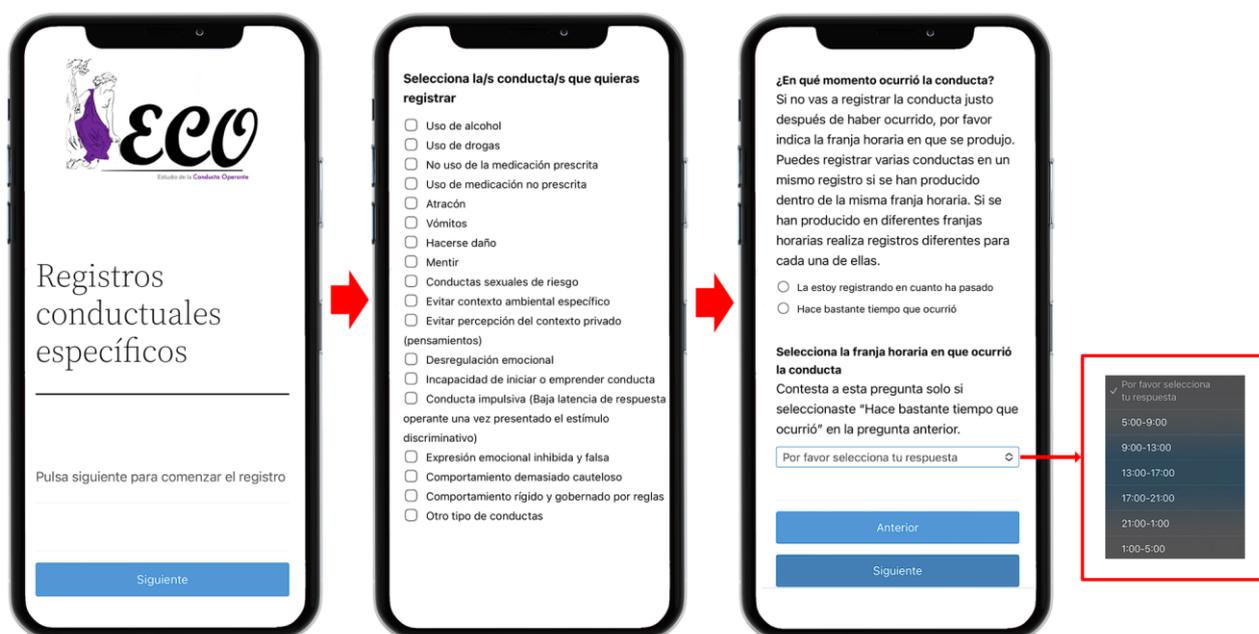


El registro de conductas específicas, “Registros conductuales específicos” (RCE), se compone de diferentes ítems extraídos de la evaluación individual mediante el AF de cada participante, siendo un total de 17 ítems específicos finalmente.

El autorregistro da la opción de registrar la conducta al momento, por lo que solo es necesario seleccionar el ítem y enviar. También puede ser registrada más adelante y seleccionar la franja horaria en la que se realizó mediante un desplegable. Todo ello lo podemos ver a continuación en la Figura 3A.

Figura 3A

Esquema ilustrativo del subapartado Registros Conductuales Específicos



Nota. La denominación de las conductas específicas se modificó conforme al argot de las participantes.

El último de los subapartados de autorregistro es el Registro de Habilidades (RH). Este estaría compuesto exclusivamente de las habilidades impartidas durante la intervención.

La herramienta CMS permitía ir plasmándolas en la web conforme al desarrollo del programa, lo que genera un discriminativo adaptativo al curso de este y por lo tanto no tan aversivo como su homónimo en papel.

En la Figura 4A podemos ver el esquema del autorregistro de habilidades.

Figura 4A

Esquema ilustrativo del subapartado Registro de Habilidades



6.1.2. Juego de la moneda

El juego de la moneda es un ejemplo de la usabilidad de la herramienta CMS para este tipo de intervenciones. Es una actividad de efectividad interpersonal reflejada en los últimos manuales de Linehan (2020a, 2020b) que ayuda a generar una clave contextual relacionada con las habilidades aprendidas. La actividad guía el rango de intensidad hacia la realización de peticiones o para ver si declinar o decir que no.

La herramienta original se realiza con una cartulina sobre la que se establecen 10 preguntas de sí o no según si es una petición por realizar o a complacer. Se van sumando los resultados y según dicho sumatorio hay una serie de respuestas prediseñadas que consultar.

En la herramienta CMS esta actividad o juego, mediante un sencillo desarrollo de programación, se introdujo simplificándolo de manera digital. Con la sola pulsación de los ítems pertinentes según si es una petición o no, se generaba la respuesta de manera automática resultando de una herramienta sencilla y fácil de utilizar en el uso diario. A continuación, podemos ver con detalle gráfico un ejemplo aleatorio del uso de la actividad en la Figura 5A.

Figura 5A

Esquema ilustrativo del subapartado El juego de la moneda



^a Es un ejemplo al señalar cinco repuestas con sí del apartado de “Decidir la intensidad de tu pedido”.

^b Es un ejemplo al señalar seis repuestas con no del apartado de “Aceptar o rechazar una solicitud”.

Es importante señalar que se debe de instruir como una actividad de apoyo, nunca debe ser considerada como una guía de actuación. En todo caso es necesario hacer un seguimiento individual del uso de la habilidad, ya que queda registrado cada uso de cada una de las participantes, y asegurarse de que se está realizando este correctamente.

En caso de ver que el uso de esta actividad fuera excesivo debería de examinarse en la primera fase de las sesiones de entrenamiento en habilidades de manera grupal para discernir la función que está desarrollando la actividad en su contexto habitual. Es una actividad asociada con las habilidades de efectividad interpersonal (DEAR MAN y VIDA), por lo que puede utilizarse la guía de moldeamiento para la correcta adquisición de habilidades detallada en la Figura 2.

6.2. Apéndice B. Modelo de consentimiento informado



Consentimiento informado de

D./ Dña.: _____
con D.N.I.: _____ y domicilio en _____

Mediante mi firma autorizo al psicólogo _____ con D.N.I. _____:

- A compartir información sobre mi historial clínico con otros profesionales del equipo, así como a tener reuniones interdisciplinares con los profesionales de la medicina y la psicología de mi entorno.
- A evaluar psicológicamente mi persona mediante observación sistemática, realización de entrevistas semiestructuradas y administración de las pruebas oportunas a las necesidades del caso, con el objetivo de recoger información necesaria y objetiva a fin de realizar un tratamiento adecuado.
- Al uso de la recogida de información para fines académicos y de investigación relacionados con el programa de intervención en sus diferentes modalidades.

Así mismo he sido informado/a de:

- Que en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, olvido, portabilidad y limitación del tratamiento.
- Que se garantiza la confidencialidad de los datos personales; éstos sólo podrán ser revelados a las autoridades públicas competentes en caso que le sean requeridos de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.
- Que el objetivo de dicho programa es el trabajo de fin de máster del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad Europea del psicólogo que suscribe este documento y el trabajo de fin de máster del Máster Universitario en Gestión y Tecnologías de Procesos de Negocio de la Universidad de Granada de la diseñadora de la herramienta de autorregistro en la que se apoya el programa.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: D./D^a _____ Fdo.: D./D^a _____
Psicólogo/a Col. nº _____

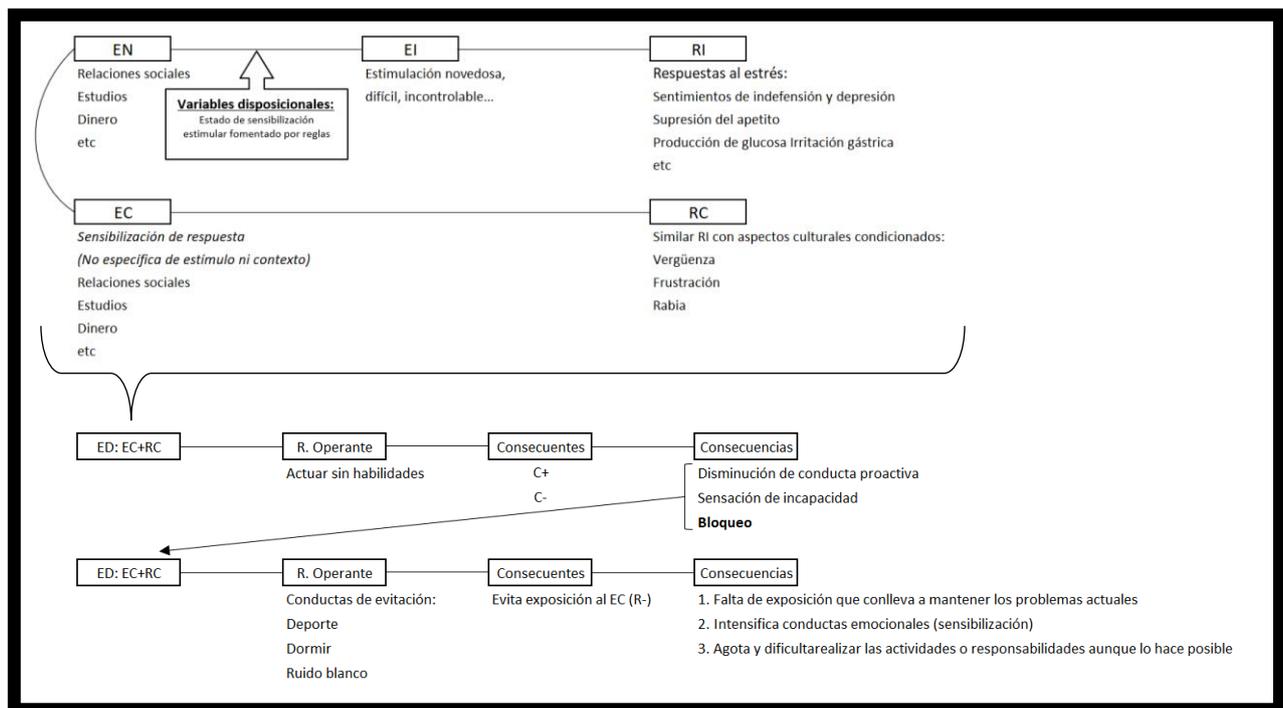
6.3. Apéndice C. Análisis funcionales de las participantes

6.3.1. Análisis funcional Participante 1

La participante 1, inició su intervención en base a dificultades en las relaciones interpersonales, estado afectivo deprimido y ansiedad generalizada desarrollada por la falta de exposición a entornos sociales y novedosos. Esto es debido al mantenimiento de un patrón conductual de evitación por sensibilización a contextos estímulares novedosos retroalimentado por falta de modelos de interacción y a las contingencias de castigo dadas por los diferentes intentos de exposición como podemos ver en la Figura 1C.

Figura 1C

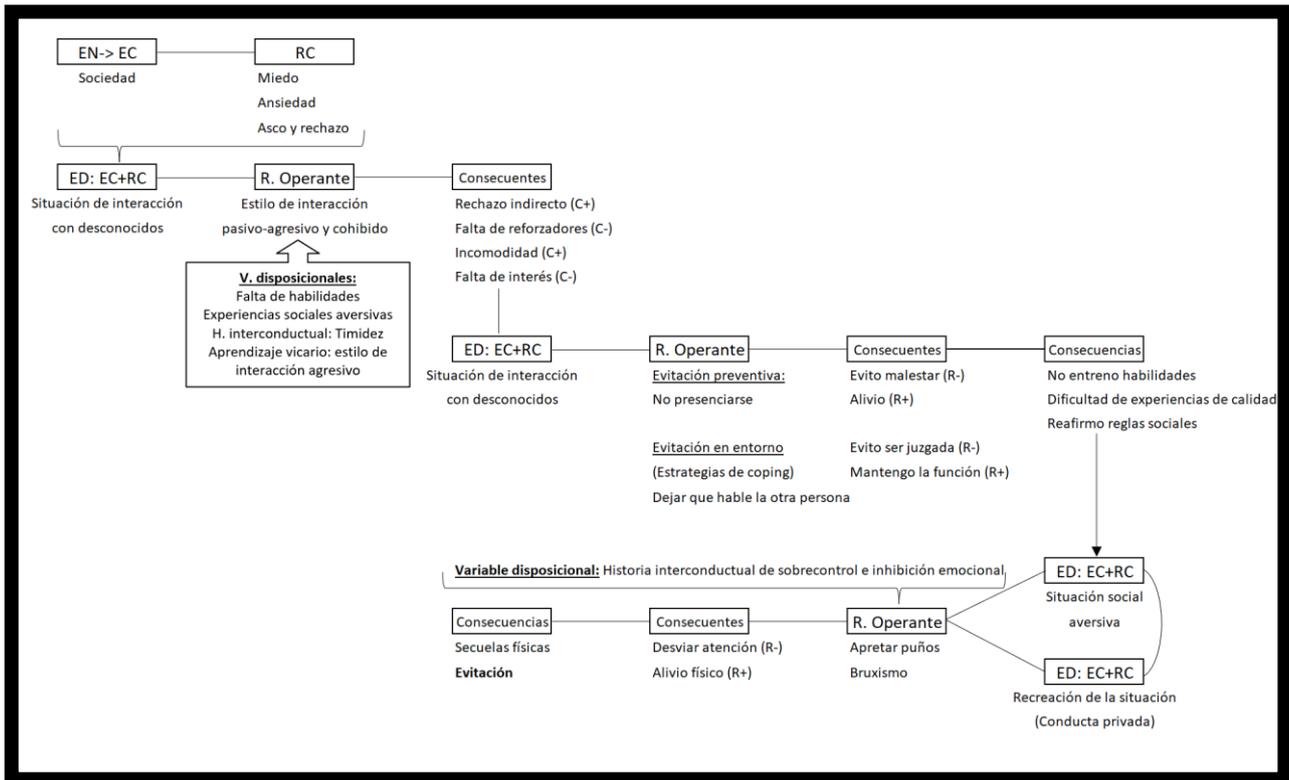
Patrón conductual de evitación por sensibilización a contextos estímulares novedosos



Debido a la historia de aprendizaje infructuosa derivada de diferentes experiencias interpersonales, en conjunto con la hipótesis de origen previamente explicada, la participante desarrolla dificultades de interacción social que resultan en un patrón evitativo generalizado. Estas a su vez derivan en un repertorio de conductas autolesivas, ante la falta de agrado y frustración durante la interacción social, que actúan como R- fundamentalmente como podemos ver en la Figura 2C.

Figura 2C

Dificultades en las relaciones interpersonales y bruxismo

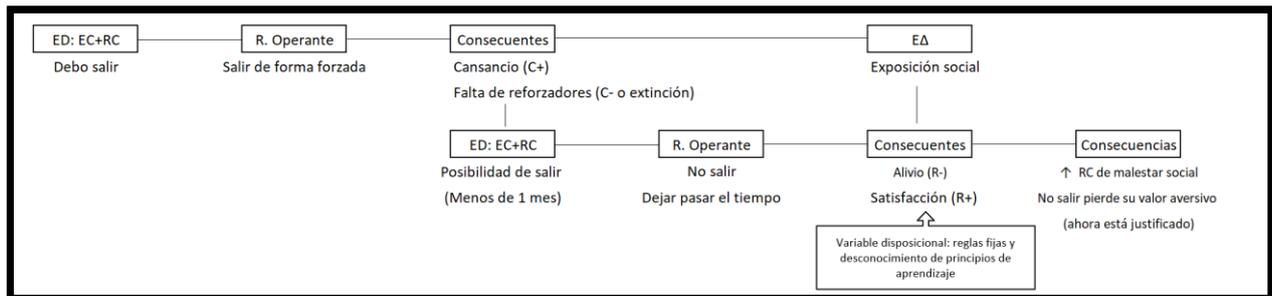


La forma planteada por Luisa para solucionar los problemas de exposición social fue obligarse a salir con personas con una periodicidad mensual. Esto generó una exposición con baja tasa de frecuencia lo que causaba un condicionamiento inhibitorio $p(EI|EC) < p(EI|\sim EC)$ y no salir aumentaba su valor como reforzador (perdía las propiedades condicionadas de culpa).

Seguidamente en la Figura 3C podemos ver cómo las relaciones interpersonales se traducían en un estímulo delta para Luisa y el no relacionarse mediante la justificación estratégica (comportamiento compensatorio) aumentaba su valor reforzante.

Figura 3C

Estrategia inefectiva de exposición social por un programa de reforzamiento de baja tasa de frecuencia



6.3.2. Análisis funcional Participante 2

El análisis funcional de la participante 2, ayudó a determinar la alta sensibilización al malestar generalizado y la falta de tolerancia al mismo bajo un estilo evitativo que se sustentaba en la falta de conocimiento sobre el origen y mantenimiento de las problemáticas.

El origen del patrón de evitación experiencial de la participante 2 viene dada por la incongruencia generada mediante el aprendizaje comunicativo efectivo a corto plazo establecido por su contexto próximo. Esto le causaba una sensibilización a determinados gestos y conductas sociales sobre las que actuaba bajo un repertorio comportamental de evitación mediante morfologías de respuesta de gran intensidad, frecuencia y duración.

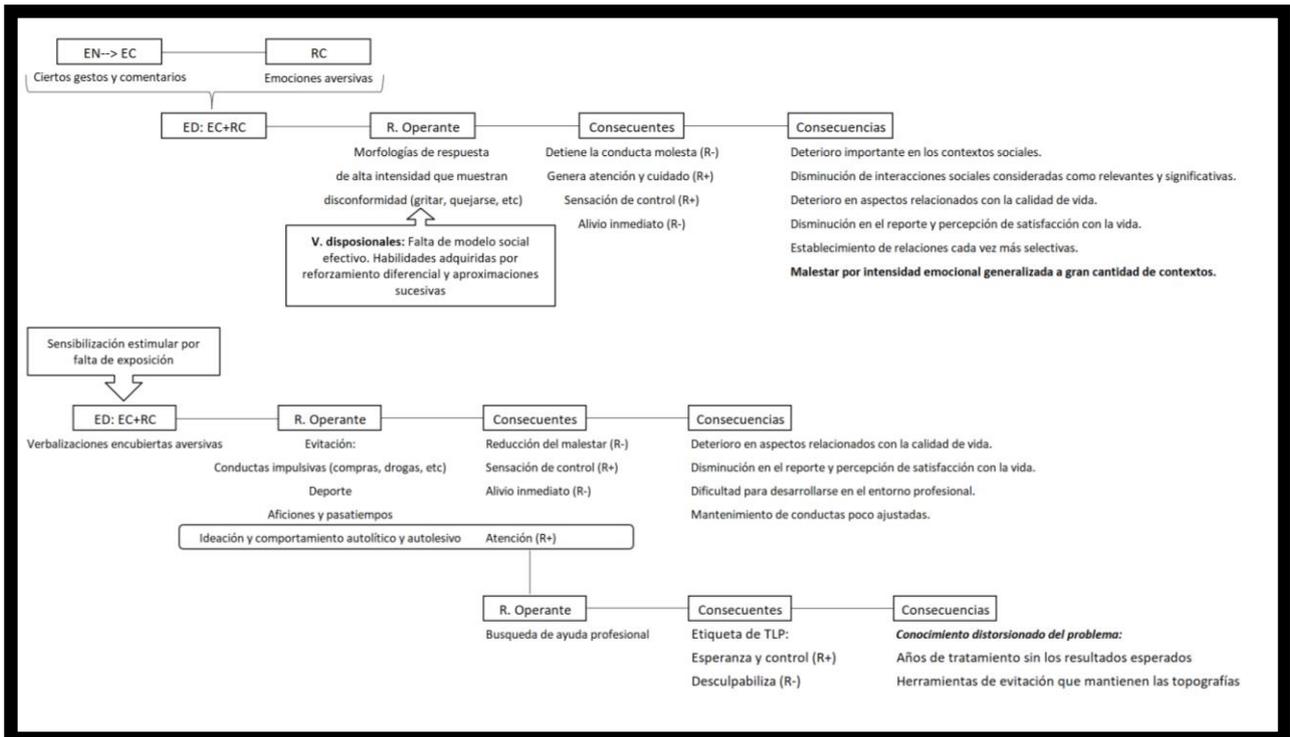
Este patrón de comportamiento generó una falta de ajuste a diferentes contextos que ha desembocado en una historia de derrota conforme a las demandas sociales impuestas a lo largo de su vida. La falta de ajuste bajo un contexto social determinado con un aprendizaje de culpa y vergüenza terminó generando verbalizaciones encubiertas aversivas asociadas con “problemas internos” tal y como explicaba la consultante.

Estas verbalizaciones atribuidas a la causalidad biológica condicionada bajo la etiqueta diagnóstica de TLP terminaron resultando en un incremento en la intensidad de las conductas problema a lo largo de los años. Estas conductas mantenidas por estrategias defectuosas establecieron una mayor sensibilidad al entorno generando un patrón retroalimentado de conductas de evitación tanto públicas como privadas que afectaron a su estado de ánimo generalizado.

En la siguiente figura (Figura 4C) se puede ver el origen y mantenimiento de las problemáticas explicadas en la participante 2.

Figura 4C

Patrón de evitación experiencial reforzado por la etiqueta de TLP



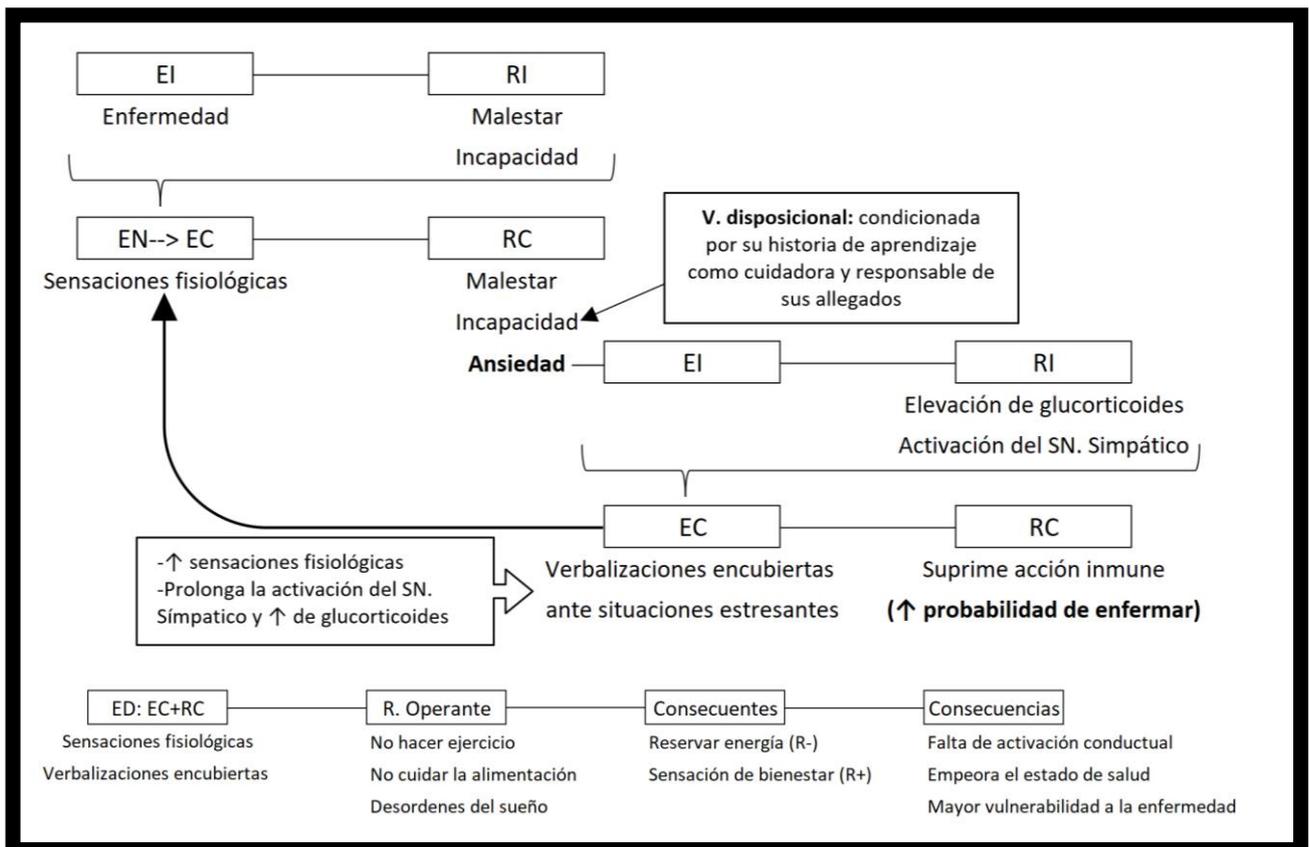
6.3.3. Análisis funcional Participante 3

La participante 3 sufría de dificultades en áreas fundamentales de su vida que se manifestaban en una intensa anticipación aprensiva ante sensaciones fisiológicas condicionadas aversivamente por el aprendizaje asociativo a la alta probabilidad de enfermar. Este miedo ante la posibilidad de enfermar elicitada por la sensibilización interoceptiva junto a la asunción de ser la responsable de la gestión emocional de su contexto familiar, la llevaba a actuar de manera poco saludable estableciendo un círculo vicioso que hacía aumentar aún más la posibilidad de enfermar que estaba evitando.

En la Figura 5C podemos ver la hipótesis de origen y mantenimiento de la asociación condicionada de vulnerabilidad a la enfermedad.

Figura 5C

Hipótesis de origen y mantenimiento de la vulnerabilidad a la enfermedad

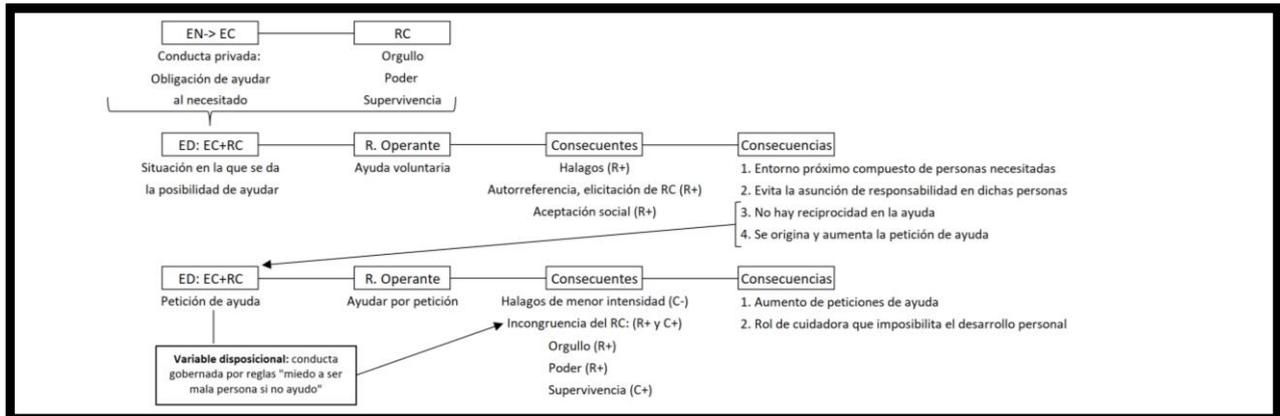


Gran parte de las dificultades de la consultante estaban condicionadas por la atribución de responsabilidades suscitadas por la historia de aprendizaje en su contexto próximo a lo largo de su infancia y adolescencia como funciones de refuerzo prioritarias. Esto le llevaba a la búsqueda de reforzadores y atención social asociadas a la ayuda ofrecida de manera generalizada y con ello a la responsabilidad condicionada socialmente.

A continuación, podemos ver en la Figura 6C las dificultades asociadas al mantenimiento de conductas de ayuda que establecieron problemas para establecer límites asertivos en su contexto próximo.

Figura 6C

Dificultades relacionadas con la atribución de responsabilidad y justicia

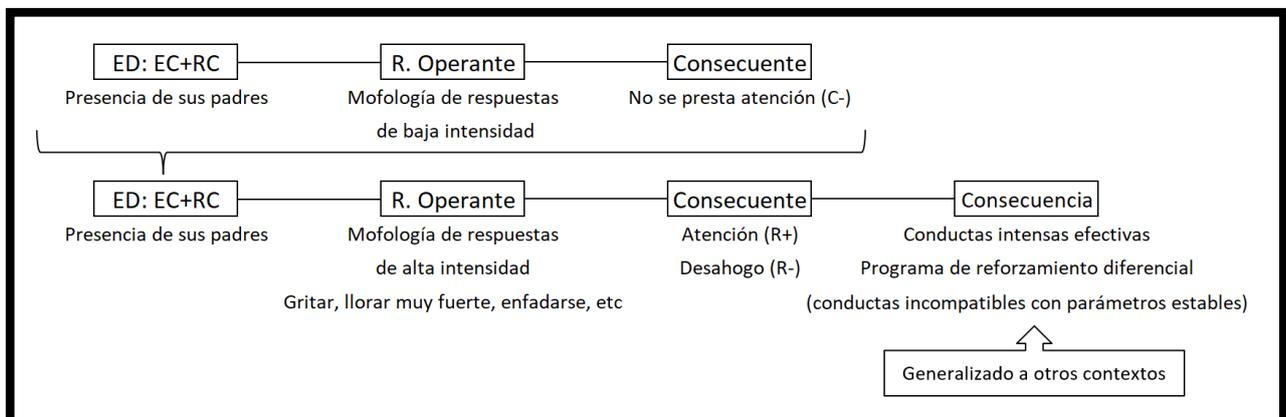


6.3.4. Análisis funcional Participante 4

Tras el análisis funcional de la participante 4 se hipotetizó que el origen del patrón conductual en base a la desregulación emocional partía de las contingencias de reforzamiento diferencial originadas y mantenidas por su entorno educativo (Figura 7C).

Figura 7C

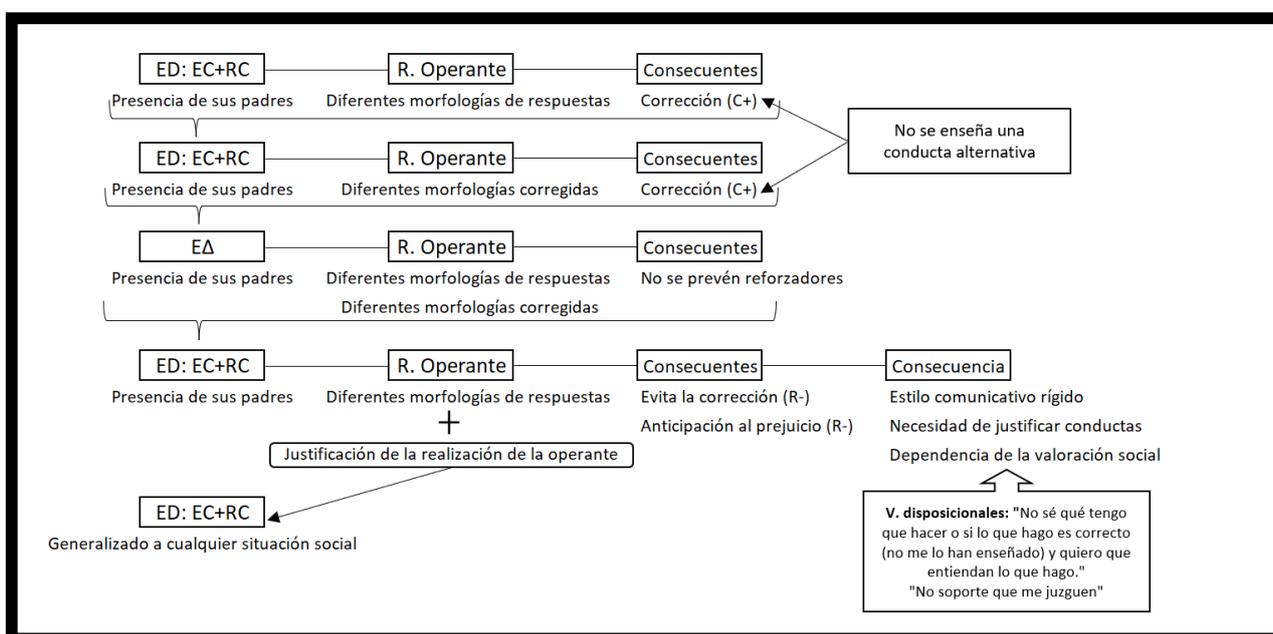
Respuestas relacionadas con la desregulación emocional



Esto originó un déficit de aprendizaje dada la ocurrencia de contingencias aversivas por parte de sus padres independientemente de las respuestas emitidas. Dicho déficit se tradujo en conductas compensatorias como la necesidad de justificación ante cualquier conducta manifestada durante una interacción social, como podemos observar a continuación en la Figura 8C.

Figura 8C

Origen de la necesidad de justificación debido a la falta de habilidades sociales

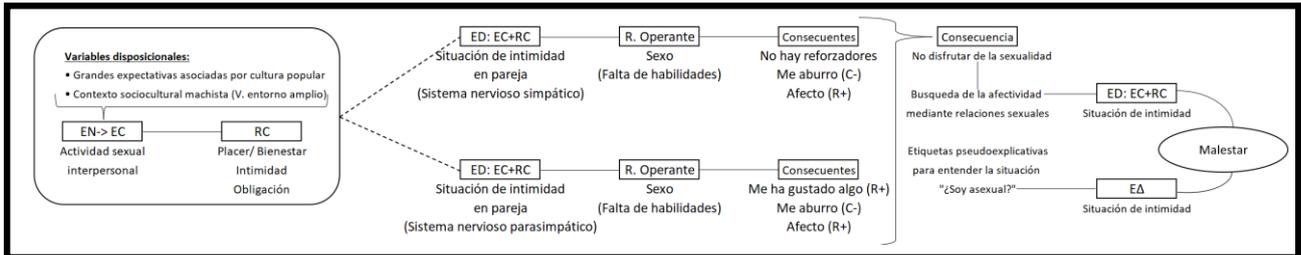


Entre el repertorio conductual problemático dado por la falta de reforzadores sociales debido a las dificultades para mantener relaciones interpersonales se identificó la función de realizar conductas sexuales poco gratificantes o aversivas para conseguir reforzadores sociales de carácter afectivo como estrategia recurrente reflejada en la Figura 9C.

Debido a la falta de conocimiento y habilidades sobre los aspectos relacionados con la práctica sexual y la sexualidad, al igual que el de sus parejas, se obtuvieron experiencias mediocres e insatisfactorias de manera intermitente solo por parte de ella. Esto era debido en parte a la aleatoriedad con la que se efectuaban las relaciones sexuales partiendo en algunas ocasiones de una situación poco relajada, lo que activaba el sistema nervioso simpático y por consiguiente dificultaba dicha experiencia. Cuando la situación se iniciaba de manera relajada sí conseguía algo de satisfacción.

Figura 9C

Establecimiento de relaciones sexuales insatisfactorias vinculadas a reforzadores afectivos

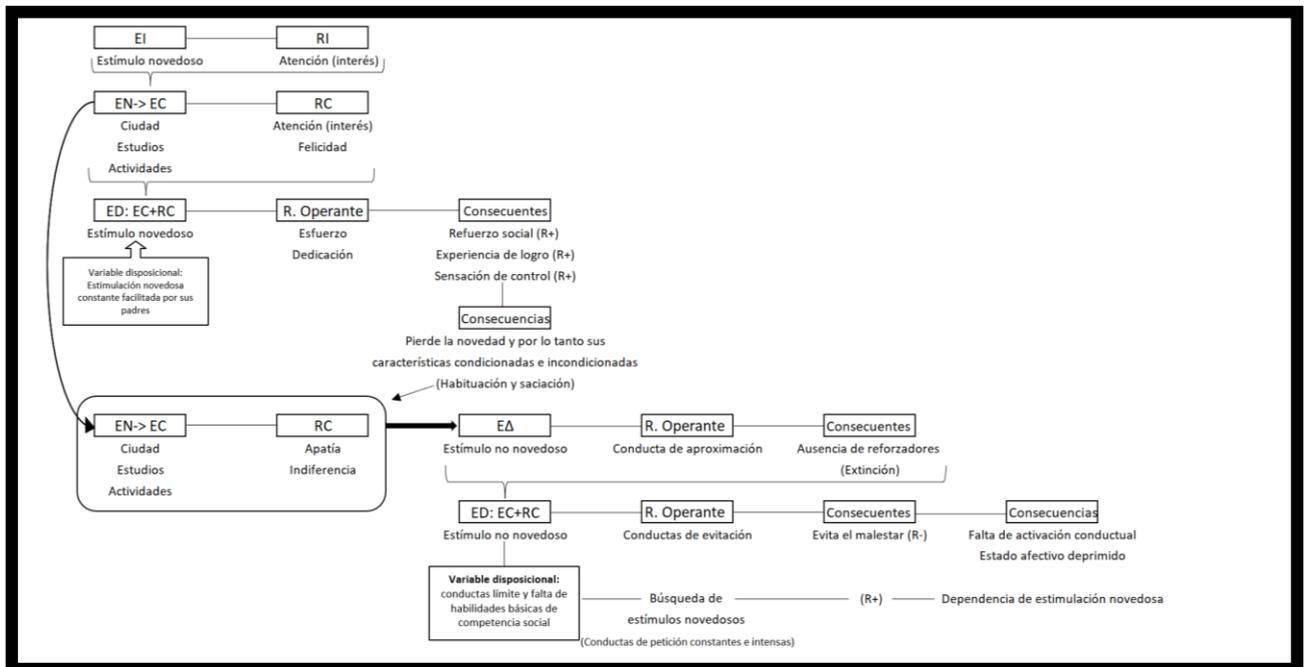


Nota. La línea discontinua significa enlaces bajo un programa de reforzamiento intermitente.

Por último, la historia de aprendizaje que mostraba la consultante iba asociada a la búsqueda constante de estimulación apetitiva y novedosa. Esto hacía que no consiguiera mantener sus metas a medio-largo plazo ya que debido a un proceso motivacional de saciación y mediante un aprendizaje preasociativo de habituación, el estímulo perdía su valor apetitivo (Figura 10C).

Figura 10C

Falta de motivación por aprendizaje preasociativo



6.3.5. Análisis funcional Participante 5

En el caso de la participante 5, como se puede ver en la Figura 11C, sufría de varias etiquetas que la limitaban a iniciar cualquier conducta y en el caso de ser iniciada era castigada mediante respuestas por parte de sus modelos de aprendizaje, de miedo y falta de confianza. Las demandas constantes de sus padres y la falta de reforzadores una vez llevadas a cabo dichas demandas, generaron un patrón de ansiedad ampliamente generalizado. Esto se manifestaba en picores y enrojecimiento de la piel que funcionaba como discriminativo ante el miedo mitificado asociado a la ansiedad.

Figura 11C

Origen y mantenimiento de un problema de ansiedad generalizada y dermatitis atópica

