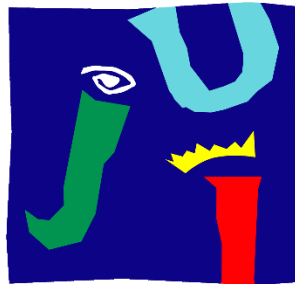


**PROCESOS Y MECANISMOS DE CAMBIO EN LA ADAPTACIÓN
ONLINE DEL PROGRAMA STEPPS PARA EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UN ESTUDIO DE CASO.**

Autora: Beatriz Esteban Brau

Tutora académica: Cristina Botella Arbona.



**UNIVERSITAT
JAUME • I**

Trabajo fin de máster

Máster Psicología General Sanitaria

Universidad Jaume I

Curso 2020-2021

Índice

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.	4
1.1. Mecanismos de cambio del TLP en la literatura.	5
1.2. El papel de la regulación emocional en el trastorno límite de personalidad.	9
1.3. El estudio del cambio en el paciente.	11
1.4. Objetivos del trabajo.	14
2. METODOLOGÍA.	17
2.1. Descripción de la participante.	17
2.2. Diseño y análisis de datos.	19
2.3. Tratamiento.	21
2.4. Medidas de evaluación.	22
2.5. Procedimiento.	27
3. RESULTADOS.	28
3.1. Resumen del proceso de tratamiento seguido.	28
3.2. Resultados principales.	29
4. DISCUSIÓN.	36
4.1. Limitaciones, propuestas de mejora y futuras líneas de investigación.	41
5. CONCLUSIONES.	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXO	53

Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se considera uno de los trastornos más incapacitantes para las personas que lo sufren, muy complejo para la práctica clínica, tanto por la heterogeneidad de su presentación clínica como por las dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Existen varios programas de intervención para el TLP que han demostrado su eficacia, pero los mecanismos y procesos específicos a través de los cuales se produce el cambio terapéutico todavía son una incógnita. En los últimos años, el estudio de los procesos y mecanismos de cambio ha ido creciendo en relevancia en el campo de la investigación, donde la pregunta ha dejado de ser «¿es un tratamiento efectivo?» para convertirse en «¿por qué ha funcionado este tratamiento? ¿qué procesos o mecanismos han producido el cambio?». El presente trabajo toma como base el marco conceptual de Doss (2004) para intentar profundizar en el estudio de los mecanismos de cambio, a través del análisis pormenorizado de un caso único. La paciente completó un cuestionario de evaluación continuada a diario antes, durante y después del tratamiento con el propósito de evaluar si los cambios en los mecanismos de cambio propuestos producían cambios en la sintomatología. Se utilizó un diseño de línea base múltiple entre componentes para el análisis de los resultados, que sugieren que el programa de tratamiento tuvo un efecto sobre las variables estudiadas. Las implicaciones y las limitaciones del presente trabajo fueron examinadas, así como su aportación en el campo de estudio de los mecanismos de cambio, como base para poder profundizar estas cuestiones en investigaciones futuras.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, procesos de cambio, mecanismos de cambio, diseño de caso único, regulación emocional, programa STEPPS.

1. INTRODUCCIÓN.

El trastorno límite de personalidad (de ahora en adelante, TLP) se define de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association* (APA), 2013) como una entidad clínica caracterizada por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de las emociones, y un alto grado de impulsividad. Se estima que la prevalencia del TLP es de entre el 1.6% y el 5.9% en la población general; mientras que en la práctica clínica se presenta como uno de los trastornos de la personalidad más comunes, alcanzando cifras del 10% en pacientes ambulatorios y hasta del 20% de los pacientes ingresados (APA, 2013). Se trata de un trastorno ampliamente estudiado por su relación con el suicidio, las autolesiones y el abuso de sustancias, establecidos como posibles criterios para su diagnóstico.

El TLP se considera un trastorno de gran complejidad, tanto por sus dificultades diagnósticas como por las particulares de su intervención, debido a la heterogeneidad en su presentación clínica. Existen tratamientos psicológicos con evidencia empírica para el TLP, con diferencias tanto en su aplicación como en su eficacia (Bateman et al., 2015). En las últimas décadas, muchos investigadores han centrado sus esfuerzos en determinar la eficacia de dichos tratamientos, pero muy pocos han abordado las razones por las que la intervención tiene éxito, es decir, cuáles podrían ser los procesos específicos a través de los cuales se produce la mejora (Lynch et al., 2006). Linehan (2000) señaló la necesidad de identificar los componentes activos de la intervención para poder enfatizar dichos aspectos en busca de un tratamiento más efectivo.

Orientar la investigación hacia los mecanismos de cambio supone preguntarse *por qué* y *cómo* funciona un tratamiento, y a través de qué procesos se produce el cambio terapéutico (Kazdin y Nock, 2003). Los mecanismos de cambio son mediadores (Baron

y Kenny, 1986), variables que explican la relación entre la intervención y el resultado de dicho tratamiento. Identificar y delimitar los mecanismos de cambio es un paso clave para el desarrollo y la mejora de tratamientos. Doss (2004) consideró el estudio de los mecanismos de cambio de gran importancia por distintos motivos. El primero: la identificación de los «ingredientes activos» (Haaga y Stiles, 2000; Hollon et al., 1990) de una intervención puede ayudar a refinar y optimizar el tratamiento, de acuerdo a los mecanismos de cambio que pretendan abordarse. En segundo lugar, enfocarse en los aspectos que se haya demostrado que contribuyen al cambio terapéutico permitirá reducir la duración y el coste de las intervenciones. Por último, conociendo los mecanismos de cambio que subyacen a los tratamientos, los clínicos podrían combinar aquellos que se adapten mejor a la problemática del paciente y aumentar así el tamaño del efecto de la intervención (Doss, 2004).

En el caso del tratamiento de pacientes con TLP, la identificación de los diferentes mecanismos de cambio permitiría predecir qué pacientes es más probable que mejoren en determinados tratamientos (Rudge et al., 2017). Además, la investigación de los mecanismos de cambio puede ayudar a mover el foco de atención hacia las disfunciones específicas del paciente, implícitas pero no presentes dentro de los criterios diagnósticos del TLP según el DSM-5 (Clarkin y Levy, 2006).

1.1. Mecanismos de cambio del TLP en la literatura.

Las investigaciones acerca de los mecanismos de cambio en el tratamiento del TLP han arrojado resultados diferentes en base a su metodología, el mecanismo estudiado o el enfoque del tratamiento.

Uno de los primeros trabajos en el que se mencionaban los mecanismos de cambio en el TLP propuso como mediadores hipotéticos la reducción en la conducta impulsiva y la

exposición a una «relación sanadora» (Links y Heslegrave, 2000). Los investigadores llevaron a cabo un estudio prospectivo en 88 pacientes con TLP, dos y siete años después de ser hospitalizados. Su modelo estudia las relaciones existentes entre la gravedad de los síntomas del TLP, la edad de los pacientes, su impulsividad y el tiempo que llevaban en una relación «sanadora» con otra persona (por ejemplo, una pareja, un hijo o un terapeuta). Definían su propuesta como un modelo heurístico con el que esperaban facilitar a los futuros clínicos información acerca de los principales aspectos que podrían estar afectando la recuperación de los pacientes. El protocolo de evaluación utilizado fue la entrevista diagnóstica para pacientes límites (*Diagnostic Interview for Borderlines* o DIB; Gunderson, Kolb y Austin, 1981) para medir resultados del tratamiento y también parte de los mecanismos de cambio propuestos, utilizando la subescala de impulsividad. Para medir la exposición a una relación sanadora, calcularon la tasa de matrimonios entre los pacientes (Links y Heslegrave, 2000).

Un trabajo de Lynch et al., (2006) analizó los posibles mecanismos de cambio que podrían estar presentes en la terapia dialéctico comportamental (DBT), exclusivos del tratamiento y de su fundamento teórico. La DBT se considera el tratamiento de elección para el TLP, con más de 40 ensayos controlados aleatorizados que han demostrado su eficacia (APA, 2013). En el artículo se abordan los mecanismos de cambio presentes en distintas técnicas propias de la intervención: *mindfulness*, validación, análisis en cadena, acción opuesta a la emoción y dialéctica. Entre los mecanismos de cambio hipotetizados se encuentran (1) la exposición con prevención de respuesta y la extinción de las respuestas emocionales ineficaces o disfuncionales, (2) la mejora en el aprendizaje de nuevas habilidades como respuesta a estímulos emocionales, (3) la mejora del control atencional, la orientación y la discriminación de estímulos, y de la memoria, y (4) el equilibrio y mantenimiento de un tratamiento efectivo (Lynch et al., 2006). En resumen,

consideran como mecanismos centrales de cambio la reducción de la desregulación emocional y el aumento del uso de habilidades, aunque no mencionan ninguna propuesta de medición (Lynch et al., 2006).

En los siguientes años se desarrolló un interés creciente en el estudio de los mecanismos de cambio en diferentes terapias para el TLP. Por ejemplo, Wenzel et al. (2006) consideran como mecanismo de cambio en la terapia cognitiva para el TLP el cambio en el sistema de creencias del paciente, entre otros (p.ej. reducción en la desesperanza, adquisición de habilidades conductuales, actitud ante el tratamiento...). El protocolo de evaluación del estudio consistió en la aplicación de la escala del TLP del Cuestionario de creencias de la personalidad (*Personality Beliefs Questionnaire* o PBQ-BDP; Butler et al., 2002) en tres momentos: antes de la intervención, al terminar la intervención y en la evaluación de seguimiento a los dieciocho meses.

Otros estudios se enfocaron en los mecanismos de cambio durante la aplicación de la DBT (Azalrod et al., 2011; Kramer et al., 2016; McMMain et al., 2013), con resultados diversos. Se consideraron como mecanismos de cambio el aumento de la ira asertiva (Kramer et al., 2016), el equilibrio del afecto (McMMain et al., 2013) o las mejoras en la regulación emocional (Azalrod et al., 2011). Se utilizaron diferentes estrategias de evaluación que, en su mayoría, consistían en una evaluación inicial de la sintomatología (resultados) y de diferentes medidas relacionadas con cada mecanismo de cambio específico —por ejemplo, la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20; Bagby et al., 1994) para el equilibrio del afecto, la escala DERS (Gratz y Roemer, 2004) para la regulación emocional o la entrevista *Classification of Affective Meaning States* (Pascual-Leone y Greenberg, 2005) en Kramer et al. (2016)—, y una evaluación posterior al acabar el tratamiento. En el caso de McMMain et al. (2013), las medidas se tomaron también durante el tratamiento (cada 4 meses) y la alianza terapéutica se midió tras las primeras

cuatro sesiones. Azelrod et al. (2011) añadió también una medición a mitad de tratamiento.

Gratz et al. (2015), por otra parte, estudió la regulación emocional como un posible mecanismo de cambio subyacente a la terapia grupal para la regulación emocional (*Emotion Regulation Group Therapy* en inglés o ERGT), basándose en la literatura teórica y empírica que señala el papel central de la desregulación emocional en el desarrollo y mantenimiento la sintomatología del TLP (Gratz et al., 2006; Gratz y Tull, 2010; Linehan, 1993; Slee et al., 2008). En su evaluación utilizó la escala DERS (Gratz y Roemer, 2004) para medir el mecanismo de cambio, además del protocolo de evaluación de los resultados en tres momentos: pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento a los nueve meses (Gratz et al., 2015).

Las revisiones sistemáticas relacionadas con los mecanismos de cambio para el TLP también ponen en evidencia el papel de la regulación emocional como un posible mediador. Por una parte, el estudio de Rudge et al. (2017) tuvo como objetivo analizar los potenciales mecanismos de cambio de la DBT y la terapia cognitiva-conductual (TCC) descritos en la literatura científica. Los autores concluyeron que los mecanismos de cambio presentados en los estudios seleccionados podrían clasificarse dentro de tres categorías: (1) regulación emocional y/o autocontrol, (2) uso de habilidades y (3) alianza terapéutica. Además, las tres categorías identificadas podían explicarse de acuerdo al modelo biosocial del TLP de Linehan (1993): los déficits en la regulación emocional y el autocontrol mejoran gracias a la alianza terapéutica (es decir, el compromiso hacia el tratamiento) y esto, a su vez, fomenta la puesta en marcha de habilidades que resultan en una mejoría de los síntomas del TLP, como pueden ser las autolesiones, la impulsividad, el abuso de sustancias y las creencias disfuncionales, junto con una mejoría de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Por otra parte, Bryne y Egan (2018) analizaron los mecanismos de cambio descritos en la literatura científica dentro de tres tratamientos para el TLP: la DBT, la terapia basada en esquemas y la terapia basada en la mentalización. Los mecanismos de cambio mencionados en la DBT fueron la reducción de las conductas disfuncionales y la regulación emocional; dentro de la terapia basada en esquemas se plantea una reducción en la activación de los esquemas disfuncionales como el principal mecanismo de cambio y, por último, los autores reflexionan acerca de si una mejora en la función reflexiva podría considerarse el mecanismo de cambio central en la terapia basada en la mentalización.

1.2. El papel de la regulación emocional en el trastorno límite de personalidad.

La variedad de resultados presentados en la literatura científica acerca de los mecanismos de cambio en el TLP pone en evidencia la importancia de la conceptualización y el enfoque a partir del cual se entienda el trastorno. Según el DSM-5 (APA, 2013), se trata de un trastorno caracterizado por la presencia de estados emocionales muy intensos que, con frecuencia, el paciente no es capaz de controlar ni advertir. Según el enfoque biosocial de Linehan (1993), esta intensidad emocional sería la que desencadenara las dificultades interpersonales descritas en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) y a las dificultades en el mantenimiento de una identidad coherente e integrada. Linehan (1993) señala que en el caso del TLP nos encontramos ante una desregulación emocional persistente: en otras palabras, la persona combina una alta vulnerabilidad a las emociones intensas con la incapacidad para regular las respuestas (cognitivas, fisiológicas, comportamentales o experienciales) provocadas por la emoción (Linehan, 1993).

Un aspecto a tener en cuenta con esta definición es que la desregulación emocional según Linehan (1993) se ha estudiado desde una gran variedad de aproximaciones conceptuales y metodológicas (Goodman et al., 2014). Por ejemplo, algunos investigadores definen la desregulación emocional como un mecanismo de cambio, y otros, en cambio, como una estrategia terapéutica (Neacsiu et al., 2014; Powers et al., 2015; Ridings y LutzZois, 2014; Seligowski y Orcutt, 2015), provocando cierta discordancia en este campo de investigación (Gratz, 2007; Vargas y Muñoz-Martínez, 2013).

Como se ha visto anteriormente en el análisis de la literatura, la regulación emocional se plantea en numerosos estudios como un mecanismo de cambio clave (Axelrod et al., 2011; Gratz et al., 2015; McMain et al., 2013). Sin embargo, la amplia gama de estrategias, elementos y conceptos incluidos dentro del término de «regulación emocional» aconseja examinarlo con mayor profundidad.

Los investigadores han señalado algunos elementos esenciales involucrados en la regulación emocional, como el control emocional (Flett, Blankstein y Obertynski, 1996; Garrido-Rojas, 2006) o las habilidades de aceptación y conciencia plena. Por un lado, la aceptación se define como la habilidad de experimentar las emociones sin tratar de modificarlas o controlarlas (Muñoz et al., 2016), mientras que la conciencia hace referencia a la habilidad para identificar y comprender las respuestas emocionales (Gratz y Roemer, 2004). En base a las características principales de la regulación emocional referidas en la literatura, Gratz y Roemer (2004) desarrollaron la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS, por sus siglas en inglés), una herramienta muy útil que ayuda a identificar los diferentes elementos que engloban el concepto de «regulación emocional». La escala ha sido utilizada para medir el mecanismo de cambio en algunos de los estudios mencionados anteriormente (Axelrod et al., 2011; Gratz et al., 2015).

Existen numerosos estudios experimentales y transversales que comparan las diferentes estrategias de regulación emocional en relación a la reducción de la intensidad emocional experimentada por la persona y su activación fisiológica, así como el aumento de la capacidad individual para poner en marcha conductas dirigidas a una meta (Aldao et al., 2010; Webb et al., 2012). Sin embargo, la literatura no ha llegado a una conclusión definitiva respecto a cuál sería la estrategia óptima para regular las emociones. Por ejemplo, mientras que algunos estudios relacionan la aceptación emocional con una reducción de la reactividad fisiológica y un aumento en la percepción de las emociones positivas (Dan-Glauser y Gross, 2015), otros investigadores apuntan que puede resultar poco efectiva a la hora de reducir la intensidad de ciertas emociones como la ira (Germain y Kangas, 2015) o la tristeza (Smoski et al., 2015), en comparación con otras estrategias de regulación emocional. En general, la literatura acerca de la regulación emocional sugiere que la eficacia de las diferentes estrategias depende de cómo, cuándo, dónde y quién haga uso de ellas (Aldao, 2013).

En el caso del TLP, muchos estudios sugieren que las personas con TLP informan del uso de estrategias de regulación emocional como la supresión emocional, definida como una inhibición directa de la expresión de las emociones (Feldner et al., 2003). Además, se ha visto una correlación positiva entre la sintomatología del TLP, la evitación de la experiencia emocional (Chapman et al., 2005), la supresión de pensamiento y otras estrategias de regulación emocional evitativas (Bijttebier y Vertommen, 1999; Chapman et al., 2009); y una correlación negativa, en cambio, entre la sintomatología límite y la aceptación emocional (Chapman et al., 2013; Chapman et al., 2016).

1.3. El estudio del cambio en el paciente.

Para hacer frente a la pregunta acerca de cómo se ha podido producir el cambio en un individuo, Doss (2004) elaboró un modelo de cuatro pasos para la evaluación y el análisis del cambio en psicoterapia. El marco conceptual que presenta Doss (2004) señala tres componentes primarios: procesos de cambio, mecanismos de cambio y resultados finales. El autor utiliza el tratamiento de la depresión como ejemplo para explicar los conceptos, según se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1.

Ejemplo de los hipotéticos procesos y mecanismos de cambio en el tratamiento del trastorno depresivo mayor.

Tratamiento	Proceso de cambio de la terapia	Procesos de cambio del cliente	Mecanismos de cambio	Resultado final esperable
Terapia conductual para la depresión	El terapeuta intercambia ideas con el cliente para programar actividades agradables y significativas para el paciente que contrarresten los síntomas conductuales de la depresión.	El paciente realiza esas actividades agradables y significativas, interrumpiendo la realización de conductas impulsadas por la depresión, y generando emociones positivas.	El paciente aumenta la frecuencia de actividades agradables y disminuyen las conductas depresivas.	Reducción de la sintomatología depresiva.

Nota. Información tomada de «Changing the way we study change in psychotherapy» (p. 370), por B. D. Doss, 2004, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11.

Los **procesos de cambio** son aspectos de la terapia que ocurren durante la sesión de tratamiento o como resultado directo de las asignaciones de tareas de la terapia, que posteriormente dan lugar a mejoras en los **mecanismos de cambio**. Los procesos de cambio se diferencian de forma más detallada en procesos de cambio de la terapia y procesos de cambio del cliente. Los **procesos de cambio de la terapia** son intervenciones, directrices o características de la terapia estructurada por el terapeuta (que se hipotetiza que son los «ingredientes activos» de un tratamiento) y dan lugar a los

subsiguientes procesos de cambio del cliente. Los **procesos de cambio del cliente** son comportamientos o experiencias del cliente que ocurren como resultado directo de los procesos de cambio de la terapia y se espera que conduzcan a mejoras en los mecanismos de cambio. Con la excepción de las «tareas» específicas asignadas por el terapeuta, todos los procesos de cambio del cliente ocurren y deben ser medidos durante la sesión de tratamiento.

Siguiendo con los planteamientos de Doss (2004), los **mecanismos de cambio** mencionados previamente son cambios intermedios en las características o habilidades del cliente, que no están bajo el control directo del terapeuta, y que se espera den lugar a mejorías en los resultados finales de la terapia. Son cambios que se han generalizado en la vida cotidiana del cliente y ya no son los resultados inmediatos de los procesos de cambio de la terapia. De esta forma, se espera que el nivel de los mecanismos de cambio sea comparativamente estable, cambiando quizás a diario o semanalmente en lugar de hacerlo momento a momento. Para evitar confundir los mecanismos de cambio con los procesos de cambio de los clientes, se deben medir los mecanismos de cambio fuera de la sesión de terapia y excluir en esta evaluación los comportamientos prescritos por el terapeuta como parte de las tareas formales de terapia (tareas para casa).

Uno de los métodos a través de los cuales puede evaluarse ese cambio diario o momentáneo es la Evaluación Ecológica Momentánea o EMA, definida como un conjunto de métodos que permiten recoger datos o información acerca de experiencias, pensamientos o conductas, en el momento en el que suceden. Se trata de un registro más preciso y de carácter momentáneo, aplicado en tiempo real, lo cual evita que el efecto del recuerdo disminuya y le dota de una gran validez ecológica (Magallón-Neri, 2020).

Teniendo como base el modelo de Doss (2004), es posible apoyarse en la literatura teórica y en la investigación referida en los anteriores apartados para realizar un mapa

conceptual que aborde los cuatro pasos de Doss dentro de una intervención concreta para el TLP. En el presente trabajo se lleva a cabo esta tarea en relación al programa *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving* (STEPPS), una intervención grupal y cognitivo-conductual que ha recibido apoyo empírico para el tratamiento del TLP desarrollada por Nancy Blum (Blum et al., 2002), en la cual los procesos de cambio en terapia abordan técnicas cognitivo-conductuales, aprendizaje de nuevas habilidades de regulación emocional y psicoeducación acerca del trastorno (Blum et al., 2002). Tomando estos procesos como base y con la información existente en la literatura acerca de los posibles mecanismos de cambio subyacentes a una terapia para el TLP, se puede orientar el objetivo del presente estudio hacia una mayor comprensión del cambio en el individuo.

1.4. Objetivos del trabajo.

El objetivo principal del presente trabajo es analizar y plantear la lógica subyacente al estudio de los procesos de cambio y los posibles mecanismos de cambio en la aplicación del programa STEPPS a pacientes con TLP (o rasgos importantes de inestabilidad emocional). Para ello se siguen los planteamientos de Doss (2004), quien presenta un modelo de investigación acerca del cambio en terapia que cuenta con distintas fases, y se interesa por delimitar las bases del cambio terapéutico, a saber, los procesos de cambio de la terapia, los procesos de cambio del paciente, los mecanismos de cambio y su influencia en los resultados finales de la terapia. Dado que se trata de un trabajo preliminar, desde un punto de vista empírico los resultados se centran en un estudio de caso único.

Con respecto al primer paso en el modelo de Doss sobre el estudio del cambio, el primer objetivo específico de este trabajo es evaluar la eficacia preliminar de una adaptación en formato *online* del STEPPS compuesta por los módulos de conciencia de

enfermedad y entrenamiento en habilidades para la regulación de las emociones. Debido a los resultados positivos obtenidos en la investigación previa acerca de la eficacia de dicho tratamiento (Black, Blum y St. John, 2009; Blum et al., 2002; Bos et al., 2011; Harvey, Black y Blum, 2010), nuestra hipótesis es que el programa impartido de manera *online* tendrá efectos positivos significativos en el manejo de la sintomatología asociada al TLP.

De acuerdo con el segundo paso del modelo de Doss, se evaluarán y determinarán los posibles procesos de cambio de la terapia y del paciente según la propuesta desarrollada en la **Tabla 2**.

El segundo objetivo, correspondiente al tercer paso en el modelo de Doss, es el análisis de los diferentes mecanismos de cambio propuestos en la Tabla 2, que hipotetizamos que provocarán cambios en la sintomatología del paciente. En el caso de la adaptación del STEPPS exploramos diferentes aspectos de la regulación emocional como potenciales mecanismos de cambio. Para ello, parte de este trabajo consistió en el diseño y desarrollo del Cuestionario de Evaluación Continuada (CEC; **Anexo 1**) para las participantes del programa, que permite la recolección repetida de experiencias, conductas y cogniciones en el momento en el que están ocurriendo (Shiffman et al., 2008) y forma parte del marco de métodos de Evaluación Ecológica Momentánea o EMA (Magallón-Neri, 2020).

El análisis exhaustivo de los datos aportados para la medición de los mecanismos de cambio forma parte de un proyecto de investigación más amplio que se encuentra actualmente en progreso. Por motivos de simplicidad y viabilidad, en este trabajo de fin de máster se expondrá la base lógica de los posibles mecanismos de cambio subyacentes al programa STEPPS, tal y como se muestra en la Tabla 2, y se evaluarán los resultados

del programa en un caso único, teniendo en cuenta las variables relacionadas con el estudio de los mecanismos de cambio.

Como se ha mencionado anteriormente, delinear los mecanismos de cambio puede impulsar la investigación de los procesos subyacentes al TLP y mejorar su tratamiento o enfocarlo hacia una problemática determinada. Es importante recalcar, también, que el estudio de los procesos y los mecanismos de cambio en el TLP es muy reciente y es ahora cuando están surgiendo los primeros trabajos enfocados a probar de formar empírica la existencia de dichos mecanismos.

Tabla 2.

Procesos de cambio y mecanismos de cambio hipotéticos en el programa STEPPS

(fase 1 y 2).

Nº	Sesión	Procesos de cambio en terapia	Procesos de cambio en el cliente	Mecanismos de cambio	Resultado final esperable
1	Conciencia de enfermedad	Se proporciona psicoeducación acerca del TLP con el propósito de aumentar la comprensión de su problemática. Se proporciona psicoeducación también acerca del Continuo de Intensidad Emocional. Se empieza a trabajar el establecimiento de metas para el programa.	Es capaz de relacionar lo explicado durante la sesión con las experiencias vividas. Completa las tareas para casa que corresponden al establecimiento de metas; aumenta la motivación al cambio.	Los pensamientos y las creencias relacionadas con el trastorno y la vivencia de las emociones se vuelven más precisas y/o adaptativas, lo que produce a la vez un efecto en el estado de ánimo y en la conducta.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.
2	Filtros	Los usuarios completan el Cuestionario de filtros y se trabajan los esquemas desadaptativos para ayudarles a entender cómo han podido tener un impacto en su vida y cómo pueden retarlos.	Aprende a reconocer los pensamientos y creencias distorsionadas relacionadas con los filtros durante la sesión y posteriormente en las tareas para casa.	Aumenta la capacidad para identificar y modificar esquemas desadaptativos.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.
3	Distanciamiento	Se aprende el concepto de “distanciamiento” y la importancia de estar presente e informar de lo que se está experimentando sin hacer juicios de valor. El distanciamiento se define	Durante la sesión, el cliente aprende por modelado a exponerse a la experiencia emocional intensa y utilizar nuevas estrategias (aprendizajes) para	Mejora la tolerancia a las emociones negativas y la aceptación de la experiencia interna.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.

		como la capacidad de observar la intensidad de una emoción y «dar un paso atrás» (date cuenta, para, observa, mantén la distancia). Se enseña la estrategia de respiración lenta.	regularse (en este caso, la respiración lenta).		
4-5	Comunicación	Se enseña la habilidad de comunicación: identificación y etiquetado de las emociones. Se trabaja la capacidad para describir y definir los sentimientos, sensaciones físicas, pensamientos, filtros, impulsos y conductas.	El paciente usa de forma efectiva la habilidad de comunicación durante la sesión y en las tareas para casa.	Aumenta la conciencia de la experiencia interna y la capacidad para identificar y etiquetar emociones, y con ellas los pensamientos y las conductas asociadas.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.
6-8	Reto	Se enseña a identificar los pensamientos distorsionados (errores de pensamiento) y generar nuevos patrones de pensamiento.	Es capaz de identificar pensamientos negativos automáticos (PANS) durante la sesión y aprende las herramientas para generar perspectivas diferentes y pensamientos más adaptativos.	Los pensamientos se vuelven más adaptativos, afectando de forma positiva a sus emociones y conducta.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.
9-10	Distracción	Se trabaja la capacidad para practicar nuevas conductas que disminuyan la intensidad emocional o ayuden a superar un episodio de alta intensidad emocional sin que se produzcan conductas dañinas o problemáticas.	Aprende a darse ánimo a través de afirmaciones positivas. Practica las habilidades aprendidas en las sesiones anteriores (p.ej. distanciamiento, comunicación) y aprende a implementar conductas adaptativas y nuevas actividades que le ayudan a aliviar un episodio emocional.	Se produce una reducción de las conductas desadaptativas asociadas a la desregulación emocional, y aumentan las conductas adaptativas que permiten regular correctamente las emociones. Se produce por tanto un aumento en el repertorio conductual del paciente y el aprendizaje y posterior generalización de nuevas respuestas.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.
11-12	Afrontamiento de problemas	Se enseña a identificar y definir los problemas, aprender a hacer planes y a llevar a cabo los pasos para afrontar los problemas.	El cliente aprende a través del modelado a generar posibles soluciones para afrontar los problemas en diferentes áreas vitales. Usa de forma efectiva habilidades asociadas con la solución de problemas.	Aumento en la frecuencia de conductas y creencias adaptativas para enfrentarse a los problemas y una mejor regulación emocional. Se produce un incremento en la percepción de autoeficacia.	Reducción sintomatología trastorno límite de personalidad.

2. METODOLOGÍA.

2.1. Descripción de la participante.

Sara (nombre ficticio) es una joven de 20 años que estudia Psicología. Vive con su madre y su hermana pequeña, de 15 años, y tiene un hermano mayor que ya está independizado. Se inscribió al taller de STEPPS porque había terminado recientemente la terapia con su psicóloga y quería «seguir trabajando en sí misma». Sara acababa de finalizar un tratamiento de seis meses para la bulimia nerviosa, pero no se había producido una remisión total de la sintomatología. Según ella, se dio cuenta de que necesitaba ayuda cuando fue consciente de que «no sabía regular sus emociones» y encontraba que «vomitar era una forma de vomitar sus problemas». En el momento de la entrevista, Sara había reducido la frecuencia tanto de atracones como de vómitos, pero comentó que todavía lidiaba con problemas relacionados con la alimentación y la ingesta que ella asociaba a la falta de regulación emocional.

Sara cumplía con los criterios para el trastorno de la personalidad límite [301.83 (F60.3)] de acuerdo al DSM-5 (APA, 2013) y su puntuación en la Lista de Síntomas Límite 23 (BSL-23; Bohus et al., 23) fue de 26, lo que la colocaba en el rango de sintomatología leve dentro del trastorno. No presentaba ideación suicida ni había tenido intentos de suicidio con anterioridad. Entre sus síntomas destacaban la existencia periodos de alta intensidad emocional, fluctuaciones en el estado de ánimo (en ocasiones sin motivo aparente, con una predominancia de estados de ánimo depresivos), dificultades para confiar en los demás, miedo al abandono, extrema preocupación por la sensación de estar sola, y realización de conductas impulsivas relacionadas con la ingestión de alimentos (con presencia de atracones y vómitos). Sara vive la experiencia emocional con mucha angustia y su problema parece presentarse como periodos de alta intensidad emocional seguidos de periodos de funcionamiento normal.

Cuando se le preguntó acerca de su red apoyo, sólo fue capaz de mencionar a su antigua psicóloga. El ambiente familiar y social de Sara es claramente invalidante a nivel

emocional. Su familia de origen se caracteriza por mostrar patrones autoritarios, de hipercrítica, alta exigencia y represión emocional, y Sara menciona que, cuando empezó a desarrollar los síntomas que desencadenarían en una bulimia a los 15 años, su madre dijo «que no la entendía y prefería no meterse» así que Sara tuvo que buscar ayuda por su cuenta. Durante su tratamiento sentía que no podía hablar de cómo se sentía y lo que le pasaba con nadie.

Al preguntarle acerca de las oscilaciones en su estado de ánimo, Sara se describe como alguien «muy autoexigente conmigo misma, muy sensible, muy susceptible, todo me lo tomo de manera personal, soy una llorona». Expresa la necesidad de «mantenerse en control», sobre todo al experimentar emociones negativas, que describe como experiencias muy intensas y muy duraderas en el tiempo. Describe los episodios bulímicos como la única manera que tenía de regular un malestar muy intenso.

Sara también presenta un patrón de inestabilidad en cuanto a las relaciones con sus iguales: describe tener amistades muy superficiales, con las que se lo pasa bien, pero no llega a confiar en ellas. Dice «no tener a alguien en el que confiar» y que, aunque su madre le ayudaría «en momentos extremos» no siente que pueda hablarle de sus problemas alimentarios. En el pasado se sintió «invisible y abandonada, prescindible» con sus amigas del instituto, que todavía conserva en la actualidad, porque refiere tener miedo a que la dejen sola. Dice adaptarse a las personas con las que está para evitar que la abandonen.

En el momento de la entrevista, se muestra con mucha iniciativa y muy comprometida con el taller de STEPPS. Refiere que su mayor preocupación es «aprender a gestionar mejor la intensidad de mis emociones y no volver a recurrir a malas estrategias, como los vómitos».

2.2. Diseño y análisis de datos.

Este trabajo utilizó un *diseño de línea base múltiple entre componentes* del tratamiento sobre la participante en cuestión. Para ello, se estableció un protocolo de evaluación que la paciente cumplimentó a lo largo de toda la intervención y posteriormente se compararon las diferencias entre los resultados obtenidos durante la línea base y los resultados durante las distintas fases del tratamiento *online*, dividido según el contenido de las sesiones.

El estudio de una intervención a través de un diseño de línea base múltiple no requiere necesariamente que se aplique en varios sujetos o en diferentes entornos, es suficiente con que existan varias oportunidades para replicar la intervención. En un diseño de línea base múltiple, las réplicas de la intervención ocurren dentro de un mismo sujeto, pero atendiendo a diferentes conductas o dimensiones dentro de la conducta del participante (Johnston et al., 2019). En este caso, se obtuvieron un mínimo de ocho momentos de evaluación durante la línea base y también un mínimo de ocho momentos de evaluación durante el tratamiento y una vez terminado el programa, a través del Cuestionario de Evaluación Continuada (CEC; Anexo 1). Para la participación en el estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: (1) encontrarse en el rango de edad de 18 a 30 años, (2) entender español hablado y escrito, (3) presentar rasgos asociados al trastorno límite de personalidad (TLP) con una gravedad leve o moderada (puntuación de hasta 48 en el cuestionario BSL-23) y (4) disponer de acceso a Internet y de una cuenta de correo electrónico. Los criterios de exclusión incluían el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno antisocial, abuso de sustancias y/o alcohol, discapacidad intelectual o daño cerebral orgánico, y la existencia de un alto riesgo para uno mismo (en forma de autogestiones o alto riesgo de suicidio) o para los demás (heteroagresiones), así como la incapacidad para manejarse de manera eficaz dentro del contexto del programa.

El estudio siguió las directrices SCRIBE (*Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions*) para llevar a cabo este tipo de diseños (Hurtado-Parrado y López-López, 2015; Kratochwill et al., 2012; Kratochwill y Levin, 2014; Tate et al., 2016). De acuerdo con las características propias de un estudio de caso único (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2011) se evaluaron variables relacionadas con el estudio de los mecanismos de cambio de manera reiterada a lo largo del tratamiento, con el objetivo de evaluar si la intervención producía cambios en la variable. El análisis y la comunicación de los resultados siguió los estándares actuales para este tipo de tratamientos (Tate et al., 2016) y, además del análisis visual, se incluyó también el cálculo de los porcentajes de no solapamiento (PND) de los datos entre las fases (Parker et al., 2011).

2.3. Tratamiento.

El programa de tratamiento aplicado en la paciente fue una adaptación en formato *online* del programa STEPPS para el manejo de los síntomas asociados al trastorno límite de la personalidad, desarrollado por Nancy Blum (Blum et al., 2002), y validado en distintos estudios con buenos resultados de eficacia para la reducción de la sintomatología asociada a dicho trastorno (Black et al., 2009; Blum et al., 2002; Bos, et al., 2011; Harvey et al., 2010). Este programa se compone de tres módulos: conciencia de enfermedad (sesiones 1-2), entrenamiento en habilidades para la regulación de las emociones (sesiones 3-12) y entrenamiento en habilidades para la regulación de la conducta (13-20).

Para el estudio piloto actual, se optó por llevar a cabo la intervención mediante la aplicación de los módulos 1 y 2 del programa STEPPS original, ya que por un lado 1) se consideró que se ajustaban adecuadamente al tipo de población a la que se dirigía el programa (subclínica), y por el otro 2) son los módulos que aportan los componentes más novedosos del programa (conciencia de enfermedad y regulación emocional), pudiendo así reducir el tiempo y coste invertido, disminuyendo la probabilidad de mortandad de la

muestra. El programa recibió el nombre «Taller de Regulación Emocional» para diferenciarlo del protocolo completo. Se aplicó en grupo a nueve participantes, aunque en este trabajo se presentan únicamente los datos de una participante de forma pormenorizada, para profundizar y ejemplificar el tema de los mecanismos de cambio.

El tratamiento aplicado en formato *online* consistió en un taller impartido en grupo vía Internet e interactivo, que el usuario podía realizar desde casa, y se compuso de 14 sesiones de dos horas de duración con una periodicidad semanal. La intervención fue ofrecida de forma totalmente gratuita y la participante no recibió ninguna compensación económica o material.

La primera fase del tratamiento, enfocada a promover la conciencia de enfermedad, incluyó técnicas de psicoeducación acerca del TLP y establecimiento de metas. La segunda fase se centró en el entrenamiento en habilidades de regulación emocional, para la cual se hizo uso de técnicas cognitivo-conductuales, técnicas de manejo de la conducta y entrenamiento en respiración. Por último, la fase final consistió en una sesión de cierre con el propósito de consolidar las habilidades aprendidas. El taller fue impartido por dos terapeutas que cursaban el máster en Psicología General Sanitaria en la Universidad Jaume I de Castellón. El protocolo de evaluación y tratamiento utilizado fue supervisado por las Dras. Azucena García-Palacios y Cristina Botella.

2.4. Medidas de evaluación.

Evaluación inicial y final de los resultados.

Los diferentes instrumentos de evaluación se seleccionaron tras una revisión de la literatura científica acerca del estudio del TLP y la regulación emocional, tomando como base los protocolos utilizados para evaluar los resultados en diferentes ensayos clínicos controlados aleatorizados (por ejemplo, Gratz et al., 2015; Guillén et al., 2020; McMain et al., 2017).

Para la evaluación de los cambios en la sintomatología del TLP se utilizó la **Lista de Síntomas Límite 23** (*Borderline Symptom List* o BSL-23; Bohus et al., 2018). Se trata de un autoinforme que ha demostrado una alta fiabilidad y validez a la hora de evaluar la severidad del TLP (Soler et al., 2013). La adaptación española del BSL-23 (Soler et al., 2013) está compuesta por 23 ítems en una escala Likert de 5 opciones que evalúan los diferentes síntomas del TLP. Además, el autoinforme cuenta con una escala suplementaria de 11 ítems para evaluar la frecuencia de determinadas conductas características del TLP en la última semana: autolesiones o daño autoinfligido, amenazas de suicidio, atracones, purgas, abuso de sustancias o conductas de riesgo, entre otras. La escala tiene una excelente consistencia interna, con un índice de fiabilidad de $\alpha=.949$. Este autoinforme fue utilizado como medida de evaluación al comienzo y al final del tratamiento.

En lo que respecta a la regulación emocional, se utilizó la **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional o DERS**, por sus siglas en inglés (Gratz y Roemer, 2004) para medir el cambio en la capacidad de regulación emocional de la paciente. Se trata de un autoinforme de 28 ítems que evalúa los diferentes niveles de regulación emocional de acuerdo a cinco dominios, en su versión española (Claridad-Confusión, Aceptación-Rechazo, Atención-Desatención, Funcionamiento-Interferencia, y Regulación-Descontrol). Cuenta con una alta consistencia interna ($\alpha=.93$) y una adecuada validez predictiva y de criterio (Gratz y Roemer, 2004).

Para examinar los criterios de exclusión y descartar otros trastornos de la personalidad, durante la entrevista inicial de evaluación se utilizó la **entrevista estructurada para la evaluación de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV** (SCID-II; First et al., 1996).

También se administraron diferentes cuestionarios para evaluar variables importantes a tener en cuenta: la versión rasgo de la **escala PANAS** (*Positive and Negative Affect Scales*, Watson et al., 1988) se utilizó para medir el afecto negativo y positivo de la participante a lo largo de la intervención; el **Cuestionario sobre la Salud del Paciente** (*Patient Health Questionnaire*, PHQ-9; Kroenke et al., 2001) se administró para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, y, por otra parte, la sintomatología ansiosa se evaluó a través de la **Escala para el trastorno de ansiedad generalizada** (GAD-7, Spitzer et al., 2006). Por último, se administró la **Escala de apertura al futuro** (*Openness to Future Scale*, OFS, Botella et al., 2018) y el **cuestionario de evaluación de expectativas con el tratamiento** adaptado de Borkovec y Nau (1972) con preguntas adicionales específicas acerca del formato *online*.

Todos los instrumentos de evaluación mencionados anteriormente (BSL-23, DERS, PANAS, PHQ-9, GAD-7 y OFS) se administraron de nuevo como medidas de evaluación post-tratamiento y de seguimiento, a excepción de la escala de expectativas con el tratamiento, que fue sustituida por la escala de **evaluación de satisfacción con el tratamiento**, también adaptado de Borkovec y Nau (1972), para medir, en su lugar, la satisfacción con el tratamiento y su aplicación en formato *online*.

Evaluación continuada.

Adicionalmente, y con una frecuencia semanal durante toda la duración del tratamiento, la participante completó la escala **Evaluación de la gravedad del TLP a lo largo del tiempo o BEST**, por sus siglas en inglés (Black et al., 2004; Blum et al., 2002), que permite evaluar aspectos clave en la sintomatología del TLP y, por tanto, comprobar si se está logrando el cambio esperado. Como su nombre indica, la escala permite evaluar la interferencia de cada uno de los criterios que forman parte de la sintomatología del TLP durante la última semana, divididos en tres categorías: pensamientos y emociones

negativas, conductas negativas y conductas positivas. Presenta una excelente consistencia interna ($\alpha=.92$), así como una alta validez discriminante y sensibilidad al cambio (Pfohl et al., 2009).

También se administraron los siguientes cuestionarios:

- **PHQ-9: Cuestionario sobre la Salud del Paciente** (*Patient Health Questionnaire*; Kroenke et al., 2001) para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva en la última semana.
- **GAD-7: Escala para el trastorno de ansiedad generalizada** (Spitzer et al., 2006) para la evaluación de la sintomatología ansiosa en la última semana.
- **DERS: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional** (versión estado; Lavender et al., 2017) para la evaluación de la regulación emocional. A diferencia de la versión rasgo de Gratz y Roemer (2004), la escala cuenta con 21 ítems en lugar de 28, y cuatro subescalas en lugar de cinco: la subescala «Interferencia» se engloba dentro de la subescala «Descontrol».
- **PANAS** (versión estado; Watson et al., 1988) para la evaluación del afecto positivo y negativo.

Evaluación de los procesos de cambio.

La evaluación de los procesos de cambio en la paciente se llevó a cabo a través de un breve cuestionario especialmente diseñado para este trabajo que se cumplimentaba antes y después de la sesión. El cuestionario incluía dos ítems relacionados con los procesos de cambio en terapia específicos a cada sesión (p. ej. «Es posible vivir con emociones negativas sin necesidad de suprimirlas o escapar de ellas», «Existen errores de pensamientos que se pueden cuestionar y modificar», etc.) que se puntuaban en una escala Likert de 1 a 5 (1=Muy en desacuerdo; 5=Muy de acuerdo). Los ítems capturan diferentes

componentes del tratamiento como el procesamiento emocional, habilidades de solución de problemas e identificación de creencias distorsionadas, entre otros.

Evaluación de los mecanismos de cambio.

Se diseñó un protocolo de evaluación específico para este estudio que se cumplimentaba diariamente, en el periodo entre sesiones, e incluía medidas de evaluación de afecto positivo, afecto negativo, desencadenantes, inestabilidad e intensidad emocional, mecanismos de cambio (componentes de regulación emocional como la aceptación emocional, la conciencia emocional, el uso de estrategias de regulación adaptativas, la modificación de creencias o pensamientos disfuncionales, etc.), efectos en afecto negativo y positivo, y resultados (sintomatología). También valoraba otras estrategias de regulación emocional disfuncionales como la rumiación o supresión de pensamientos, por su posible relación con el TLP (Chapman et al., 2009; Feldner et al., 2003) La mayoría de los ítems se contestaban en una escala Likert del 1 al 5. El cuestionario de evaluación continuada puede consultarse en el Anexo 1.

En la **Tabla 3** se expone la secuencia temporal que se siguió en la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Tabla 3.

Secuencia temporal en la aplicación del protocolo de evaluación.

	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	<i>SEGUIMIENTO</i> <i>(1 MES)</i>	<i>SEMANALMEN</i> <i>TE</i>	<i>A DIARIO</i>
<i>BSL-23</i>	X	X	X		
<i>DEERS</i>	X	X	X	X	
<i>PANAS</i>	X	X	X	X	
<i>PHQ9</i>	X	X	X	X	
<i>GAD7</i>	X	X	X	X	

<i>OFS</i>	X	X	X		
<i>EET</i>	X				
<i>EOT</i>		X			
<i>BEST</i>				X	
<i>CEC</i>					X

Nota. EET: Escala de Expectativas sobre el Tratamiento. EOT: Escala de Opinión sobre el Tratamiento. CEC: Cuestionario de evaluación continuada.

2.5. Procedimiento.

Las participantes del «Taller *online* de Regulación Emocional» fueron seleccionadas de una muestra comunitaria extraída a través de la promoción del programa en distintas plataformas de internet. Se seleccionaron a las participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La participante completó los instrumentos de evaluación iniciales para establecer una línea base (BSL-23, DERS, PANAS, PHQ-9, GAD-7, OFS). Se realizó una entrevista clínica individual para descartar cualquier patología o problema que comprometiera su participación en el programa, ofrecer más información acerca del funcionamiento del taller y resolver todas las dudas que pudiera surgir. Tras dicha entrevista se le informó a la participante de que a partir de aquel día recibiría a través del correo electrónico un enlace al Cuestionario de Evaluación Continuada, que tendría que completar diariamente. Antes de comenzar la intervención, la paciente firmó el consentimiento informado necesario para realizar el programa y aceptó participar en él de manera voluntaria. En el **Anexo 2** se puede encontrar el documento utilizado para el consentimiento informado. El estudio fue evaluado por la Comisión Deontológica de la Universidad Jaume I y obtuvo una resolución favorable que señalaba que cumplía con todas las normas deontológicas exigidas (**Anexo 3**).

La línea base comenzó tras la primera entrevista y tuvo una duración de diez días, hasta el comienzo del taller. La primera fase del programa consistió en el módulo «Conciencia de enfermedad», comprendido por las sesiones 1 («Conciencia del problema») y 2 («Filtros»). A partir de la tercera sesión se dio comienzo a la segunda fase del programa, correspondiente al módulo 2: «Habilidades de regulación emocional». Durante esta fase, que incluyó desde la sesión 3 hasta la 12, además del cumplimiento de los autoinformes de evaluación semanal y la revisión de tareas para casa al inicio de cada sesión, se fueron describiendo e incorporando nuevas habilidades básicas para ayudar a las participantes a regular las consecuencias cognitivas y emocionales desencadenadas por la intensidad emocional. El modelado de estas habilidades (distanciamiento, comunicación, reto, distracción y afrontamiento de problemas) combinado con el entendimiento acerca de cómo funciona el trastorno y el reconocimiento de los filtros que se activan en cada situación, se trabajó con el propósito de ayudar a las participantes a predecir el curso de un episodio emocional, a anticipar situaciones estresantes en las que la intensidad emocional puede llegar a ser desbordante, y a impulsar el desarrollo de confianza en sus habilidades para lograr tener un mayor control sobre el trastorno. Cada sesión corresponde a una semana en el programa, aunque entre la quinta y la sexta sesión hubo un espacio de dos semanas, en lugar de una, debido a las festividades de Semana Santa. Los componentes de cada sesión pueden consultarse en el material complementario presentado en el **Anexo 4**.

3. RESULTADOS.

3.1. Resumen del proceso de tratamiento seguido.

Sara completó las 13 sesiones del programa, finalizando así el 100% del tratamiento y mostrando una alta adherencia. Adicionalmente, recibió atención individualizada tras

la sesión 7 por parte de las terapeutas del programa, en la octava semana de tratamiento, a petición suya. Pidió asesoramiento para trabajar la relación con su madre ya que, según Sara, «sería de gran ayuda para mí porque no dejo de darle vueltas, sobre todo ahora que conozco el tema del filtro de privación emocional». Durante la semana 11 se presentó a la sesión muy angustiada por un evento externo que prefirió no compartir. Su única aportación fue que se trataba de «algo personal. Siento que ahora mismo estoy en *shock* emocional y no soy capaz de asumir y asimilar lo que me ha ocurrido. Es agobiante y una emoción nueva para mí». Una vez finalizó el tratamiento, Sara mencionó que el programa le había parecido muy beneficioso y que, precisamente por eso, hubiera agradecido contar con más sesiones o extender el seguimiento «para poder notar un cambio mayor, porque aún estoy aprendiendo a reconocer las emociones, los filtros...». Añadió también que el tratamiento le había ayudado «más de lo que esperaba», que en los momentos «de fragilidad» había requerido la ayuda de las terapeutas y sentía que le habían ayudado a encontrarse mucho mejor y que ahora tenía una visión distinta de su problema: «ya no me culpo por ello, lo acepto». La escala de evaluación de satisfacción con el tratamiento (adaptado de Borkovec y Nau, 1972) al completo puede encontrarse en el **Anexo 5**.

3.2. Resultados principales.

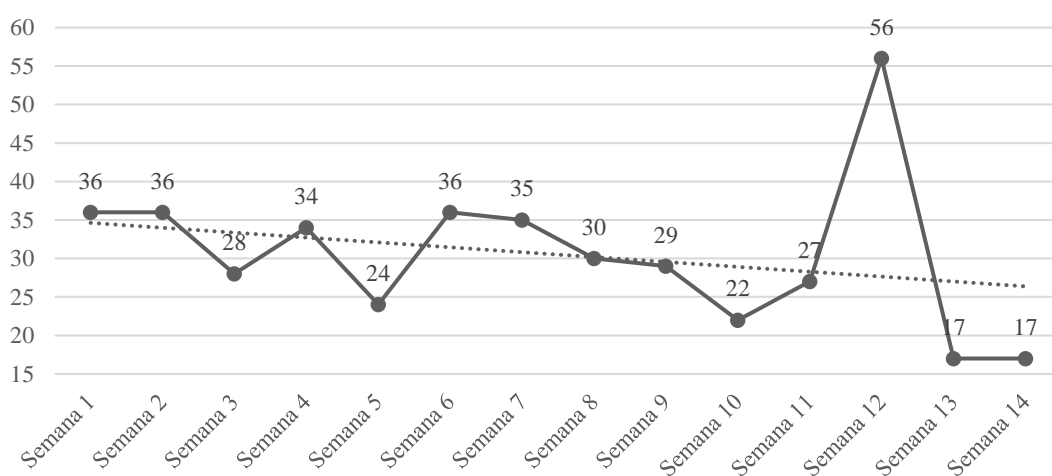
Tradicionalmente, el método establecido para analizar los datos en estudios de caso único ha sido el análisis visual (Barlow et al., 2009; Kazdin, 2011). En la **Figura 1** y la **Figura 2** se presentan los gráficos de evolución a lo largo de la terapia de Sara, teniendo en cuenta los resultados que obtuvo en cada evaluación semanal. La Figura 1 cuenta con una puntuación más respecto a la Figura 2 (14 semanas en lugar de las 13 sesiones) ya que Sara completó el BEST durante el periodo vacacional, que coincide con la semana 6. Podemos apreciar una tendencia a disminuir en las puntuaciones de la escala BEST, que reflejan la sintomatología del TLP. El gráfico muestra la puntuación más alta en la semana

12 del tratamiento, evidenciando un momento de alta intensidad emocional y sintomatología, para posteriormente seguir observándose una mejoría progresiva.

La Figura 2 muestra los cambios en la regulación emocional de acuerdo a la escala DERS (versión estado), donde una puntuación menor representa una mejoría en la capacidad para gestionar y regular las emociones. Entre la primera y la cuarta sesión se aprecia cierta inestabilidad y una oscilación grande semana a semana. Durante la sesión 2 y la sesión 4 se produce un aumento en las subescalas «Rechazo» y «Descontrol». A partir de la quinta sesión se evidencia una tendencia a la baja que se mantiene hasta las sesiones 10 y 11, donde se produce un aumento de todas las subescalas (especialmente la de «Descontrol»). Durante estas semanas tuvo lugar el evento estresante que Sara prefirió no comentar durante la sesión grupal, aunque mencionó que estaba relacionado con conflictos en sus relaciones interpersonales. Coincide también con la puntuación más alta en la escala BEST (Semana 12, correspondiente a la sesión 11). Posteriormente se produce una mejoría sostenida en todas las dimensiones de la regulación emocional.

Figura 1.

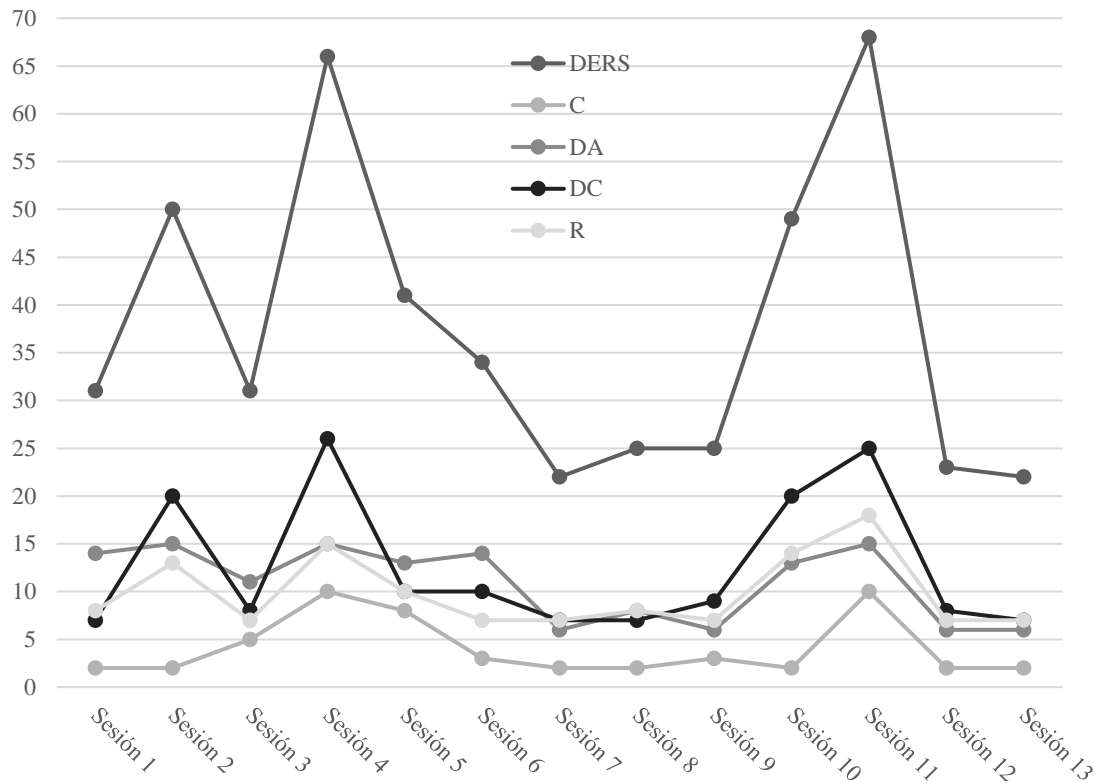
Puntuaciones semanales en la escala BEST.



Nota. La línea punteada muestra la línea de tendencia.

Figura 2.

Puntuaciones semanales en el cuestionario DERS y sus subescalas.



Nota. DERS: Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS-S; versión estado). Consiste en el sumatorio del resto de las subescalas. C: Subescala «Confusión» del DERS. DA: Subescala «Desatención» del DERS. DC: Subescala «Descontrol» del DERS. R: Subescala «Rechazo» del DERS.

Los resultados obtenidos en diferentes instrumentos de evaluación, antes y después del tratamiento, y al mes de seguimiento, se exponen en la **Tabla 4**, junto al porcentaje de incremento (Δ) entre la primera puntuación (PRE) y la puntuación al finalizar (POST) (Δ_1), y también entre la finalización del tratamiento (POST) y el seguimiento al mes (SEG.) (Δ_2), para valorar el cambio general del valor.

Tabla 4.*Puntuación en cuestionarios.*

	<i>PRE</i>	<i>POST</i>	Δ_1	<i>SEG.</i>	Δ_2
Lista de Síntomas Límite 23 (BSL-23)	26	6	-77%	40	566%
Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS)	77	76	-1.3%	65	-14.4%
DERS: Subescala Confusión	11	9	-18.8%	12	33.3%
DERS: Subescala Desatención	15	12	-20%	13	8.3%
DERS: Subescala Interferencia	17	14	-17.6%	7	-50%
DERS: Subescala Rechazo	16	13	-18.8%	12	-7.7%
DERS: Subescala Descontrol	18	28	55.6%	21	-25%
PANAS- Afecto Positivo	21	32	52.4%	36	12.5%
PANAS-Afecto Negativo	16	13	-18.8%	16	23.8%
Cuestionario de la salud del paciente (PHQ-9)	11	7	-36.4%	9	28.6%
Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	1	4	300%	3	-25%
Escala de Apertura al Futuro (OFS)	39	44	12.8%	45	2.27%

Síntomas asociados al trastorno de intensidad emocional (BSL-23): Los resultados muestran una mejora significativa entre el momento de iniciar el tratamiento (en el que obtiene una puntuación 26; considerada sintomatología leve) y al finalizar el tratamiento (6), con una reducción del 77%. También hubo una mejoría en la interpretación personal acerca de la calidad sobre el estado general de la última semana (de 60 a 70, aumentando un 16.7%). No existen mejorías significativas respecto a la escala adicional del BSL-23, correspondiente al área comportamental. En la evaluación de seguimiento, la puntuación de Sara aumentó a 40 (un 566% con respecto a la puntuación

POST y un 53.8% respecto al inicio del tratamiento), todavía dentro del rango de sintomatología leve de acuerdo a los puntos de cortes orientativos según las guías clínicas.

Regulación emocional (DERS): Los resultados de Sara muestran unas puntuaciones globales similares en cuanto a las dificultades de regulación emocional (con una reducción del 1.3%), mejorando en mayor medida durante la evaluación de seguimiento (-14.4%). Atendiendo a las subescalas, se muestra una mejoría en las dimensiones de Confusión (-18.8%), Desatención (-20%), Interferencia (-17.6%) y Rechazo (-18.8%); y un aumento en la subescala de Descontrol (+55.6%).

Afecto positivo y negativo (PANAS): Se produce una mejoría en el afecto positivo, que comienza con una puntuación por debajo de la media (21) y mejora hasta posicionarse dentro del rango de la población normal (+52.4%). En cuanto al afecto negativo, no presenta grandes variaciones, obteniendo la misma puntuación en la evaluación PRE que durante el seguimiento, aunque en los tres momentos de evaluación se encuentra dentro de lo que se considera la media normativa.

Depresión, ansiedad y apertura al futuro: Existe una mejoría en la sintomatología depresiva (-36.4%) con puntuaciones menores en la evaluación post-tratamiento y seguimiento en comparación con la evaluación antes de iniciar el tratamiento. Se produce un cambio también en los baremos: la primera puntuación señala una depresión moderada (11) y posteriormente se sitúa en la categoría de depresión leve (7-9). Los niveles de ansiedad se mantienen bajos, de forma que no resultan significativos para el caso, y hay un aumento y mejoría de la apertura al futuro (+12.8%).

Mecanismos de cambio.

Los mecanismos de cambio se midieron a través del Cuestionario de Evaluación Continuada (Anexo 1), que Sara completó diariamente. Registró un total de 119 respuestas al cuestionario entre el 17 de febrero de 2021 y el 8 de junio de 2021.

Cada hipotético mecanismo de cambio propuesto contaba con dos ítems en el Cuestionario de Evaluación Continuada y se relacionaba directamente con los distintos contenidos del programa. Se clasificaron como: «Conciencia del problema», «Filtros» (identificación y modificación de esquemas desadaptativos), «Distanciamiento» (habilidades relacionadas con la capacidad para observar y exponerse a la intensidad de una emoción, y la aceptación de la experiencia interna), «Comunicación» (identificación y etiquetado de emociones, y otras habilidades de comunicación), «Reto» de pensamientos distorsionados, «Distracción» (entrenamiento en habilidades de distracción adaptativas para regular mejor las emociones) y «Afrontamiento de problemas».

Los mecanismos de cambio se midieron tomando como puntuación global la media de los dos ítems y de acuerdo a una escala Likert de 1 a 5. En la **Tabla 5** se expone la media de las puntuaciones de los diferentes mecanismos de cambios evaluados diariamente durante la línea base (10 días), durante las distintas fases de tratamiento, y durante el periodo post-tratamiento (10 días). Atendiendo a los resultados globales, encontramos un aumento en las puntuaciones de todos los mecanismos de cambio, con el periodo post-tratamiento mostrando los mejores resultados en todas las variables.

Tabla 5.*Medias (y desviaciones típicas) de los hipotéticos mecanismos de cambio durante las fases del programa STEPPS.*

Fases del tratamiento	Mecanismos de cambio													
	Conciencia del problema		Identificación de filtros		Distanciamiento		Comunicación		Reto de pensamientos		Distracción		Afrontamiento de problemas	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Conciencia del problema	1.14	0.24	1.00	0.00	1.71	0.70	2.57	0.89	1.36	0.75	1.64	0.63	2.00	1.26
Filtros	1.00	0.00	1.43	0.61	1.57	0.45	1.57	0.89	1.50	0.58	1.64	0.75	1.43	0.61
Distanciamiento	2.14	0.90	1.71	0.95	1.79	0.49	1.29	0.49	2.07	1.24	1.71	0.64	2.07	1.27
Comunicación	2.19	0.90	1.33	0.60	1.81	0.66	1.48	0.62	1.67	0.83	1.88	0.82	1.74	1.19
Reto	2.60	0.94	1.83	0.73	2.35	0.80	2.18	0.92	2.23	1.08	2.33	1.03	2.08	1.31
Distracción	2.82	0.80	1.57	0.76	2.43	0.92	1.86	1.13	2.14	1.31	2.39	1.18	2.46	1.65
Afrontamiento de problemas	2.42	0.67	1.73	1.17	2.54	0.95	2.19	1.01	2.31	0.95	2.38	0.87	2.38	1.26
Línea base	1.00	0.00	1.15	0.34	1.50	0.75	2.00	0.71	2.10	1.37	1.75	1.21	1.55	0.93
Tratamiento	2.24	0.95	1.55	0.78	2.11	0.82	1.88	0.93	1.96	1.03	2.08	0.94	2.04	1.29
Post-tratamiento	2.41	0.94	2.73	1.56	2.45	1.47	2.36	1.03	2.86	1.27	2.23	1.13	2.27	1.38

Se calcularon también los porcentajes de no solapamiento (PND) de los datos acerca de los mecanismos de cambio entre las fases, cuyas gráficas y resultados pueden consultarse en el **Anexo 6**. Para ello, se compararon diez registros de Sara durante la línea base con otros diez registros durante la fase de tratamiento.

El PND ofrece una medida de magnitud del cambio terapéutica más objetiva que la que se puede obtener mediante un análisis visual y que se puede comparar entre distintos estudios, pacientes o medidas (Parker et al., 2011). Los resultados muestran un porcentaje superior al 50% en todos los mecanismos de cambio, con resultados mayores en los ítems relacionados con la conciencia de enfermedad (véase «Mec_2» en el Anexo 6), la identificación de filtros desadaptativos («Mec_3» y «Mec_4») y la capacidad de distanciamiento («Mec_5» y «Mec_6»).

4. DISCUSIÓN.

El objetivo de este estudio era, por una parte, plantear y exponer la lógica subyacente al estudio de los procesos y mecanismos de cambio y aplicarla en el contexto de la intervención del programa STEPPS *online* para personas con trastorno límite de personalidad (TLP). Siguiendo el planteamiento de Doss (2004), el primer paso consiste en evaluar la eficacia preliminar del tratamiento. Una de las hipótesis de este estudio era que el programa STEPPS produciría mejorías significativas en la sintomatología asociada al TLP. Para analizarlo, se tomaron en consideración los datos de Sara, la participante en el diseño de caso único.

Otro de los objetivos del trabajo era el análisis de los posibles mecanismos de cambio en la aplicación del programa de tratamiento STEPPS para el TLP. Partiendo de los resultados existentes en la literatura, así como de los aspectos fundamentales del programa STEPPS, se plantearon una serie de posibles mecanismos de cambio y se

intentó ejemplificarlos de forma preliminar en un diseño de caso único. Se esperaba que los diferentes componentes del programa STEPPS y las habilidades aprendidas durante el mismo por parte de la paciente tuvieran un impacto en los mecanismos de cambio planteados y estos, a su vez, impactaran en los resultados globales de la terapia, con el fin de estudiar si existe una relación entre las distintas variables sometidas a estudio y los componentes o bloques del programa que se van impartiendo a lo largo de la intervención.

Los resultados nos indican que la intervención ha resultado eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva, el aumento del afecto positivo y la eliminación de conductas de escape emocional (atracción y vómito), además de producir el aprendizaje de habilidades de regulación emocional. Asimismo, se ha comprobado que sí resulta viable llevar a cabo un programa de estas características en formato *online*, atendiendo además a la satisfacción de las usuarias con esta modalidad de tratamiento.

Los resultados de Sara en la **Lista de síntomas del trastorno límite de personalidad (BSL-23)**, correspondiente principalmente a los síntomas cognitivos y emocionales del trastorno, son congruentes con la hipótesis inicial: se produjo una reducción de la sintomatología límite entre el inicio y el final del tratamiento. Sorprende, sin embargo, que la sintomatología empeorara de nuevo durante la evaluación de seguimiento, aunque en esta, como veremos más adelante, hubo mejoras en la regulación emocional.

Atendiendo a las respuestas del BSL-23 en la evaluación de seguimiento, Sara puntuó más alto en la escala Likert en ítems como: «Desconfié de los demás», «Me sentí vulnerable» o «Me sentí indefensa». Todas estas declaraciones parecen señalar la posibilidad de que ocurriera algún evento adverso, probablemente relacionado con el conflicto interpersonal que Sara mencionó durante las últimas semanas del tratamiento, que pudiera influir en esos aspectos de la sintomatología. Como comentábamos anteriormente, lo positivo es que los resultados de Sara durante el seguimiento mostraron

una mejoría en la regulación emocional, especialmente en lo referido a la interferencia provocada por la desregulación emocional. Hay un ligero cambio en la subescala «Confusión» durante el seguimiento que la coloca al nivel de la evaluación pre-tratamiento, y un aumento leve en la escala «Desatención»: ambas escalas muy relacionadas con la conciencia emocional y la capacidad para atender e identificar las emociones. Al observar los resultados finales se puede comprobar una mejoría en todas las subescalas a excepción de la subescala «Descontrol», que aumenta en la evaluación post-tratamiento y, aunque se reduce, se mantiene más elevada que en la evaluación inicial también en el seguimiento. Este resultado resulta congruente ya que el tratamiento formaba parte de un estudio piloto *online* que consistía en los dos primeros módulos del programa STEPPS, prescindiendo del tercero, «Habilidades de regulación conductual», que aborda precisamente todo lo relacionado con el descontrol emocional y el manejo de conductas, debido a la falta de tiempo. Los resultados de Sara ponen de manifiesto la necesidad de completar el tratamiento para comprobar si se produce una también en el área conductual de la sintomatología límite, relacionada con el control de impulsos. No obstante, en la escala adicional del BSL-23, correspondiente a los ítems sobre síntomas conductuales, Sara sí que elimina las conductas de vómito y atracón, uno de los objetivos que ella se planteaba al comenzar el tratamiento. La mejoría de Sara en la interferencia y el malestar asociado con el trastorno límite de personalidad es congruente con los resultados de otros estudios (Blum et al., 2008; Harvey et al., 2010).

Respecto al análisis de los mecanismos de cambio, la hipótesis que se planteaba era que los diferentes mecanismos de cambio mejorarían conforme se fueran impartiendo los diferentes bloques del programa. De acuerdo a la hipótesis de la Tabla 2, las sesiones del programa trabajarían sobre distintos mecanismos de cambio. En la Tabla 5, que muestra las medias de cada mecanismo de cambio durante cada fase o bloque del tratamiento,

encontramos que hay una mejoría gradual y global en todas las variables estudiadas a lo largo del tratamiento.

Con el objetivo de obtener resultados más robustos que los índices basados en los cambios de medias entre fases, se realizó el cálculo de los porcentajes de no solapamiento (PND) de los datos entre las fases (**Anexo 6**). De acuerdo a los resultados del cálculo de porcentaje de no solapamiento (PND) de los datos entre fases, en el que se compararon 10 registros de Sara durante la línea base y 10 registros durante el tratamiento, la intervención resultó efectiva en mayor o menor medida para todos los mecanismos de cambio estudiados.

El rango de valores del PND oscila entre el 0% y el 100%, y sus creadores propusieron una guía para su interpretación en términos de la efectividad del tratamiento (Scruggs y Mastropieri, 1998), en la que un porcentaje por debajo del 50% indicaría que el tratamiento no ha sido efectivo, entre el 50-69% indicaría una mejora cuestionable, y entre el 70% y el 89%, una mejora bastante efectiva. De acuerdo con los resultados expuestos en el Anexo 6, los valores de todos los mecanismos de cambio fueron mayores del 50%. Este hallazgo resulta importante ya que muestra que existe una mejoría en todos los mecanismos de cambio hipotetizados. Además, de acuerdo a los datos de la Tabla 5, se comprueba que la mejoría continúa posteriormente a los diez registros seleccionados para el cálculo del PND.

El hecho de que un PND mayor parezca relacionarse con los mecanismos de cambio que se introducen en las primeras sesiones parece señalar la existencia de un cambio que se refuerza con el tiempo. Los resultados son consistentes con las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de evaluación post-tratamiento vistos en el apartado anterior y con la propia valoración de Sara (véase Anexo 5).

Otros estudios que consideraron la regulación emocional como un posible mecanismo de cambio (Gratz et al. 2015) no tuvieron en cuenta las subescalas dentro del DERS y midieron solo el nivel de desregulación global. Sin embargo, puede ser interesante, como en el caso de Sara, delimitar qué componentes dentro de la regulación emocional mejoran dentro de determinados tratamientos y cuáles no. El trabajo de Boccalon et al. (2017) analizó qué componentes de la regulación emocional, de acuerdo con la escala DERS, mejoraban con el programa completo del STEPPS. Los resultados sugirieron que el STEPPS provocaba una mejoría en los componentes más conductuales de la regulación emocional y que no se producían cambios en otras áreas como la identificación y comprensión de las emociones (Boccalon et al., 2017), lo cual es congruente con los resultados de Sara: las subescalas del DERS que no mantienen la mejoría en la evaluación de seguimiento son precisamente «Confusión» y «Desatención», y ella misma expone en la encuesta de satisfacción final que «no entendía el porqué [de los episodios de intensidad emocional] y aunque aún siga sin entenderlo, me alegra saber que ahora soy capaz de aprender a regularlos». De acuerdo con Boccalon et al. (2017), es posible que los pacientes con TLP puedan aprender a gestionar y regular sus emociones sin acabar de entenderlas del todo. Esto explicaría que la interferencia y la dificultad global para regular las emociones mejorara en el caso de Sara durante la evaluación de seguimiento.

Los resultados del estudio de caso, especialmente los referidos a la sintomatología límite, nos llevan a valorar la posibilidad de que la mejora en la sintomatología no se mantenga estable en el tiempo debido a la pérdida de apoyos o reforzadores que suponía el tratamiento para Sara, lo que puede haber facilitado que la participante reincida en la creencia de la realidad de sus pensamientos distorsionados —y de ahí las puntuaciones altas en ítems de corte cognitivo como «Desconfié en los demás» o «Me sentí vulnerable», muy relacionados con los filtros desadaptativos más presentes en Sara de acuerdo al

cuestionario de filtros: el miedo al abandono y la privación emocional. Un estudio acerca de la eficacia del programa STEPPS (Aleisani et al., 2014) llegó a la conclusión de que el efecto positivo que la intervención tenía en el área cognitiva sobre los pacientes con TLP —específicamente, en la activación de filtros disfuncionales— era inmediato, pero no se mantenía en el tiempo. Sin embargo, este mismo estudio concluyó que, aunque los pacientes siguieran experimentando crisis, eran capaces de manejar la intensidad emocional con mayor eficacia, lo que puede relacionarse con el caso de Sara. También contemplaron la idea de que existieran dos fases de tratamiento: una primera fase más teórica, donde se aprendieran las herramientas de regulación emocional, y una segunda fase en la que empezaran a ponerse en práctica en la vida diaria (Aleisani et al., 2014). Esto explicaría el hecho de que, en el caso de Sara, las medias de los mecanismos de cambio tuvieran en su mayoría una mejoría global, y que los valores más altos, por lo general, se encontraran en las últimas semanas del tratamiento y en el periodo posterior a su finalización. También es una forma de explicar la mejoría de la puntuación del DERS durante la evaluación de seguimiento: se produce un aprendizaje de las herramientas disponibles para gestionar la intensidad emocional, pero la sintomatología más cognitiva y conductual del trastorno sigue presente.

4.1. Limitaciones, propuestas de mejora y futuras líneas de investigación.

Este estudio de caso único cuenta con varias limitaciones. La más evidente es la incapacidad para generalizar los resultados de una sola participante a toda la población con TLP. Por otra parte, aunque el programa STEPPS ha demostrado su eficacia para el tratamiento del TLP (Black et al., 2009; Blum et al., 2002; Bos et al., 2011; Harvey et al., 2010), la adaptación del programa al formato *online* formaba parte de un estudio piloto en el que no se pudo impartir el protocolo completo por falta de tiempo y recursos, por lo

que sólo podemos hablar de resultados preliminares. Para aquellas participantes que lo desearan —entre las que se incluía Sara— se ofreció la opción de completar el tercer módulo del programa STEPPS más adelante. Aunque los resultados del resto de las participantes fueron prometedores, debido al pequeño tamaño de la muestra y a la ausencia de estudios previos que estudiaran la viabilidad del programa STEPPS en formato *online*, es difícil extraer conclusiones firmes acerca de la eficacia y efectividad de la intervención. En este aspecto, una propuesta de mejora para futuras investigaciones sería aumentar el tamaño de la muestra y valorar si, por ejemplo, el grado de gravedad de los participantes puede ser un factor a considerar a la hora de realizar el programa en formato *online*, influyendo en los resultados o en las tasas de abandono.

Incluso si pudiera valorarse la generalización de los resultados del tratamiento, es más complicado generalizar los resultados relacionados con los procesos y mecanismos de cambio. Tampoco es posible garantizar la validez y fiabilidad del Cuestionario de Evaluación Continuada (CEC; Anexo 1), al ser un instrumento diseñado específicamente para este trabajo, con el objetivo de que en el futuro pueda favorecer el análisis y estudio de los mecanismos de cambio. El uso de un método de evaluación diaria es una contribución novedosa al estudio de los mecanismos de cambio, pero cuenta con la limitación de que sus propiedades psicométricas son desconocidas y, por tanto, limitadas. Esto podría suponer la presencia de errores sistemáticos, ya que los ítems del CEC pueden no ser tan robustos como otras medidas de autoinforme más establecidas. Otra limitación de este trabajo en relación con la metodología es que la evaluación se basa en autoinformes, lo que aumenta la posibilidad de que existan sesgos favorables como el sesgo de deseabilidad social o de aquiescencia (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010) que hayan influido en los resultados. Queda pendiente analizar y someter a prueba la validez y fiabilidad de CEC, de forma que pueda comprobarse si los cambios en los

diferentes componentes de la escala (mecanismos de cambio, principalmente) se relacionan también con un cambio en la sintomatología.

Por otra parte, el análisis de los resultados del estudio de caso se realizó con el objetivo de simplificar y evitar aumentar de forma importante la complejidad de este trabajo de fin de máster, pero las investigaciones en el futuro podrían encaminarse hacia un análisis más exhaustivo y elaborado de las variables: las medidas de los procesos de cambio, las puntuaciones de los distintos apartados dentro del CEC —afecto positivo y negativo, intensidad emocional, mecanismos de cambio, síntomas...— y su relación con la incorporación de los diferentes componentes de la intervención, etcétera. Los datos analizados en el caso de Sara son evidencia de la dificultad a la hora de establecer causalidad en este tipo de tratamientos. Un ejemplo es el hecho de que, aunque la regulación emocional en su conjunto se planteaba como un hipotético mecanismo de cambio, en el caso de Sara no han existido diferencias importantes en las puntuaciones del DERS, a pesar de mostrar una mejoría significativa (-77%) de la sintomatología límite de acuerdo al BSL-23. Estos resultados podrían señalar la necesidad de estudiar si, incluso cuando el modelo biosocial del TLP de Linehan (1993) sitúa los déficits en la regulación emocional y el autocontrol como componentes clave en la evolución del trastorno, otros mecanismos de cambio podrían estar influyendo también. Entre las futuras y posibles preguntas de investigación que pueden formularse a partir de los resultados obtenidos en este trabajo se encuentra la influencia de otros posibles mecanismos de cambio que también requieran atención, como por el ejemplo el aumento de la mentalización (entendida como la capacidad para comprender e interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales) y de la función reflexiva, como ya señalaron Bateman y Fonagy (2004) o Levy et al. (2006), o la aceptación de la experiencia interna (Hayes et al., 2010).

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio amplía la literatura existente acerca del impacto de la regulación emocional en el trastorno límite de personalidad y sugiere, al igual que en investigaciones anteriores (p.ej. Gratz et al., 2015), la existencia de un panorama mucho más complejo y dinámico en lo referido al estudio de los mecanismos de cambio dentro de este trastorno. Este trabajo supone una aportación importante en el campo del estudio de los mecanismos de cambio como una posible base para empezar a profundizar en otras cuestiones relacionadas. Aunque en este trabajo se propusiera un número determinado de mecanismos de cambio, no podemos descartar la presencia de otros fenómenos o la influencia de otros mecanismos. Por ello, se recomienda que estudios futuros sobre el presente tema aborden la identificación de los mecanismos de cambio que se encuentran activos en los tratamientos para un trastorno tan complejo y heterogéneo como es el trastorno límite de personalidad.

5. CONCLUSIONES

El trastorno límite de personalidad es uno de los trastornos más complejos y graves que existen en la actualidad. La fluctuación intrínseca a su condición clínica plantea cuestiones acerca de cuáles pueden ser los procesos y mecanismos de cambio que subyacen a aquellos tratamientos que han resultado eficaces para el TLP. El presente estudio fue diseñado para abordar y profundizar en los conocimientos actuales acerca de los mecanismos de cambio, especialmente en pacientes con rasgos importantes de inestabilidad emocional. Para ello, siguiendo los planteamientos y el modelo de investigación acerca del cambio en terapia de Doss (2004), el estudio presenta la lógica subyacente a los procesos y mecanismos de cambio que pueden estar ocurriendo durante la aplicación de la adaptación *online* de los primeros dos módulos del programa STEPPS (Blum et al., 2002) a través de un diseño de caso único. Los resultados muestran que el tratamiento tuvo un impacto evidente en la capacidad de regulación emocional, la gestión

de crisis y la reestructuración de pensamientos desadaptativos de la paciente, y su eficacia es consistente con los resultados obtenidos en investigaciones previas (Black et al., 2009; Blum et al., 2002; Bos, et al., 2011; Harvey et al., 2010). De acuerdo a las hipótesis planteadas, los resultados encontraron también cambios efectivos en los mecanismos estudiados. Este trabajo contribuye al conocimiento existente en el campo de investigación de los mecanismos de cambio, proporcionando información más específica y pormenorizada acerca del trastorno límite de personalidad en particular, así como del estudio de la regulación emocional en términos generales. Se pretende poner el foco en la importancia de abrir nuevas vías de investigación en torno a los procesos y mecanismos de cambio, teniendo en cuenta diferentes variables, problemáticas y programas de tratamiento, con el objetivo de mejorar la práctica terapéutica de forma que pueda adaptarse mejor a la problemática específica de cada paciente.

Referencias bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Axelrod S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K. y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behaviour therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37–42.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale–I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Barlow, D. H., Nock, M., y Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior for change* (3ª ed.). Allyn & Bacon
- Baron, R., y Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality & Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., y Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 735–743.
- Bijttebier, P., y Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 847–856.
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., y St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193–210.
- Black, D. W., Blum, N., & St John, D. (2009). Borderline personality disorder: STEPPS is practical, evidence-based, easier to use. *Current Psychiatry*, 8(10), 18.
- Blum, N., Bartels, N., St. John, D., y Pfohl, B. (2002). *STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving: Group treatment for borderline personality disorder*. Blum's Books.

- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., y Black, D. W. (2008). *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up*. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468–478.
- Boccalon, S., Alesiani, R., Giarolli, L., y Fossati, A. (2017). *Systems training for emotional predictability and problem solving program and emotion dysregulation: a pilot study*. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(3), 213–216.
- Borkovec, T. D., y Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 3(4), 257–260.
- Bos, E. H., Van Wel, E. B., Appelo, M. T., y Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for borderline personality problems in a ‘real-world’ sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 173–181.
- Botella, C., Molinari, G., Fernández-Álvarez, J., Guillen, V., García-Palacios, A., Baños, R. M., y Tomás, J. M. (2018). Development and validation of the openness to the future scale: a prospective protective factor. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 1-16.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., y Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231–1240.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., y Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35, 388–399.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., y Leung, D. W. (2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: An experience sampling study. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 29–47.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., y Walters, K. N. (2013). Borderline personality features moderate emotion reactivity and emotion regulation in response to a fear stressor. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 451–470.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., y Kuppens, P. (2016). Borderline personality disorder and the effects of instructed emotional avoidance or acceptance in daily life. *Journal of Personality Disorders*, 30, 1–20.
- Clarkin, J. F., y Levy, K. N. (2006). Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Focusing on the mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 405–410.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003): La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Revista Anales de Psicología*, 2(19), 205–221.

- Dan-Glauser, E. S., y Gross, J. J. (2015). The temporal dynamics of emotional acceptance: Experience, expression, and physiology. *Biological Psychology*, 108, 1–12.
- Dixon-Gordon, K. L., Turner, B. J., Zachary Rosenthal, M., y Chapman, A. L. (2017). Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: An Experimental Investigation of the Effects of Instructed Acceptance and Suppression. *Behavior Therapy*, 48(6), 750–764.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 368–386.
- Feldner, M. T. T., Zvolensky, M. J. J., Eifert, G. H. H., y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 403–411.
- Ferrando, P. J., y Anguiano-Carrasco, C. (2010). Acquiescence and social desirability as item response determinants: An IRT-based study with the Marlowe–Crowne and the EPQ Lie scales. *Personality and Individual Differences*, 48, 596–600.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., y Benjamin, L. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York State Psychiatric Institute.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., y Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20, 221–228.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38, 493–507.
- Germain, C. L., y Kangas, M. (2015). Trait anger symptoms and emotion regulation: The effectiveness of reappraisal, acceptance and suppression strategies in regulating anger. *Behaviour Change*, 32(1), 35–45.
- Gómez-Gómez, M., Danglot-Banck, C., y Vega-Franco, L. (2003). Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas: cuándo usarlas. *Revista mexicana de pediatría*, 70(2), 91–99.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C., Goldstein, K., Avedon, J., Fernández, N., Mascitelli, K., Blair, N., New, A., Triebwasser, J., Siever, L., y Hazlett, E. (2014). Dialectical behaviour therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 108–116.
- Gratz, K. y Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.

- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850–855.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting Emotional Dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 63, 1091–1103.
- Gratz, K. L., y Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. En R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the process of change* (pp. 105–133). Harbinger Publications.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., y Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 65, 29–35.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Guillén Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., y Marco, J. H. (2020). Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1–18. Advance online publication.
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., y Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 138, 896–903.
- Haaga, D. A. F., y Stiles, W. B. (2000). Randomized clinical trials in psychotherapy research: Methodology, design, and evaluation. En C. R. Snyder y R. E. Ingram (Eds.): *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century* (pp. 14–39). John Wiley & Sons Inc.
- Harvey, R., Black, D. W., y Blum, N. (2010). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) in the United Kingdom: A preliminary report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 225–232.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., y Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 238-245.
- Hollon, S. D., Evans, M. D., y DeRubeis, R. J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. En *Contemporary psychological approaches to depression* (pp. 117-136). Springer.
- Hurtado-Parrado, C., y López-López, W. (2015). Single-Case Research Methods: History and Suitability for a Psychological Science in Need of Alternatives. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 62, 323–349.

- Johnston, J. M., Pennypacker, H. S., Green, G., Johnston, J. M., Pennypacker, H. S. y Green, G. (2019). Multiple Baseline Designs. *Strategies and Tactics of Behavioral Research and Practice*, 327–352.
- Kazdin, A. E., y Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116–1129.
- Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2^a ed.). Oxford University Press.
- Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., de Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., Despland, J.-N., y Page, D. (2016). Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour-informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 189–202.
- Kratochwill, T. R., Hitchcock, J. H., Horner, R. H., Levin, J. R., Odom, S. L., Rindskopf, D. M., y Shadish, W. R. (2012). Single-Case Intervention Research Design Standards. *Remedial and Special Education*, 34(1), 26–38.
- Kratochwill, T. R., y Levin, J. R. (2014). Meta- and statistical analysis of single-case intervention research data: Quantitative gifts and a wish list. *Journal of School Psychology*, 52(2), 231–235.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613.
- Lavender, J. M., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., y Gratz, K. L. (2017). Development and Validation of a State-Based Measure of Emotion Dysregulation. *Assessment*, 24(2), 197–209.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., y Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 481-501.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 113–119.
- Links, P. S., y Heslegrave, R. J. (2000). Prospective studies of outcome: Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 137–150.
- Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J., y Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459–480.

- Magallón-Neri, E. (2020). *Ecological momentary assessment en psicología*. [Documento docente]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- McMain, S., Links, P., Guimond, T., Wnuk, S., Eynan, R., Bergmans, Y. y Warwar, S. (2013). An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23(6), 658–673.
- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habisinski, L., y Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behavior therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2), 138–148.
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., y Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 225–236.
- Neacsiu, A., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T. y Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 59, 40–51.
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., y Mann, J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147–155.
- Parker, R. I., Vannest, K. J. y Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: a review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35, 303–322.
- Pascual-Leone, A., y Greenberg, L. S. (2005). Classification of Affective-Meaning States (CAMS). En A. Pascual-Leone (Ed.): *Emotional processing in the therapeutic hour: Why 'the only way out is through'* (pp. 289–366). York University.
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., y Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(3), 281–293.
- Powers, A., Stevens, J., Fani, N. y Bradley, B. (2015). Construct validity of a short, self report instrument assessing emotional dysregulation. *Psychiatry Research*, 225, 82–92.
- Ridings, L. y Lutz-Zois, C. (2014). Emotional Dysregulations and Borderline Personality Disorder: Explaining the link between secondary psychopathy and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 57, 14–19.
- Rudge, S., Feigenbaum, J. D., y Fonagy, P. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature, *Journal of Mental Health*, 29(1), 92–102.

- Scruggs, T. E. y Mastropieri, M. A. (1998). Summarizing single-subject research: issues and applications. *Behavior Modification*, 22, 221–242.
- Seligowski, A. y Orcutt, H. (2015). Examining the Structure of Emotion Regulation: A Factor-Analytic Approach. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1004-1022.
- Shiffman, S., Stone, A. A., y Hufford, M. R. (2008). *Ecological momentary assessment* Annual Review of Clinical Psychology, 4, 1-32.
- Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., y Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 205–216.
- Smoski, M. J., Keng, S. L., Ji, J. L., Moore, T., Minkel, J., y Dichter, G. S. (2015). Neural indicators of emotion regulation via acceptance vs reappraisal in remitted major depressive disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 10(9), 1187–1194.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... y Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, 13(1), 139.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., y Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097.
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Remedial and Special Education*, 37(6), 370–380.
- Tracey, T. J., y Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207–210.
- Vargas, R. M., y Muñoz-Martínez, A. M. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología-USP*, 24, 225–240.
- Watson, D., Clark, L. A., y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Webb, T. L., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775–808.
- Wenzel, A., Chapman, J. E., Newman, C. F., Beck, A. T., y Brown, G. K. (2006). Hypothesized mechanisms of change in cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 503–516.

ANEXO

Anexo 1: Cuestionario de evaluación continuada

01. Afecto positivo.

¿En qué medida has experimentado emociones positivas en el día de hoy?

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

02. Afecto negativo.

¿En qué medida has experimentado emociones negativas en el día de hoy?

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

03. Intensidad emocional.

¿Cómo evaluarías tu nivel de intensidad emocional hoy?



- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

04. Trigger.

¿Ha ocurrido algún evento molesto/estresante que te haya provocado estas emociones negativas?

Sí → ver abajo.

No

→ En caso de que conteste sí: ¿Podrías por favor proporcionar una descripción acerca de la situación/evento que te provocó esta/s emoción/es?

Esta situación fue: (1: nada desagradable; 100: completamente desagradable)

1.....100

Sentí que la situación era: (1: nada desbordante; 100: completamente desbordante)

1.....100

En el día de hoy...

05.

Sentí que tenía herramientas para lidiar con mis emociones.

- 1 totalmente en desacuerdo
- 2 en desacuerdo
- 3 ni en desacuerdo ni en desacuerdo
- 4 de acuerdo
- 5 totalmente de acuerdo

06. Inestabilidad emocional.

Viví mis emociones como algo desbordante y fuera de control.

- 1 totalmente en desacuerdo
- 2 en desacuerdo
- 3 ni en desacuerdo ni en desacuerdo
- 4 de acuerdo
- 5 totalmente de acuerdo

¿Hubo alguien involucrado en el desencadenamiento de esas emociones desbordantes y fuera de control?

- amigos
- compañeros de trabajo, supervisor, jefe
- extraños
- pacientes, clientes, estudiantes
- hijos
- padres, familiares
- novio-a
- nadie
- otros

07. Mecanismos de cambio.

¿Has hecho alguna de estas cosas para disminuir o incrementar la intensidad de esa(s) emoción(es)?

***(Conciencia de enfermedad)** Recordé que el hecho de que viva mis emociones con mayor intensidad no significa que mis emociones y reacciones no puedan ser controladas.*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

***(Conciencia de enfermedad)** Recordé que el hecho de tener un TLP/TIE incluye periodos de un funcionamiento normal intercalados con episodios emocionales intensos.*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

***(Filtros)** Me di cuenta de los esquemas desadaptativos que se activaron en esa ocasión.*

- 1 para nada

- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Filtros) Fui capaz de reconocer cómo afectaron los “filtros” a mi conducta, mis pensamientos y mis emociones.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Distanciamiento) Me di cuenta de que llegaba una crisis y pude empezar a distanciarme.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Distanciamiento) Sentí que podía vivir con mis emociones sin intentar reprimirlas o controlarlas.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Comunicación) Pude ponerle nombre a las emociones que sentía.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Comunicación) Hablé con otros (amigos, familia, pareja...) acerca de la situación y de mis sentimientos.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Reto) Pude ver la situación de otro modo y bajo un prisma diferente.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Reto) Fui capaz de reconocer y cuestionar mis pensamientos distorsionados.

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante

- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Distracción) *Me distraje de la situación involucrándome en otras actividades.*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Distracción) *Me hablé a mí misma de forma positiva (por ejemplo, leyendo frases de ánimo o mediante auto-instrucciones positivas.).*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Evitación) *Intenté evitar la situación y las emociones que estaba experimentando*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Solución de problemas) *Reconocí que ante un problema existen distintas opciones y me centré en posibles alternativas para afrontarlo.*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Solución de problemas) *Ante un problema, elaboré un plan de acción (pasos, recordatorios, afirmaciones positivas, frases de ánimo, etc.)*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Rumiación) *Estuve pensando continuamente y demasiado tiempo acerca de la situación y mis sentimientos.*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Supresión) *Intenté no expresar ni mostrar mis emociones*

- 1 para nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

(Efectos en afecto positivo y negativo) ¿Cuál fue el efecto de las estrategias aplicadas sobre tus emociones?

En cuanto a las emociones negativas...

- 1 Incrementó la intensidad de mis emociones negativas
- 2 Disminuyó la intensidad de mis emociones negativas
3. Nada cambió

En cuanto a las emociones positivas...

- 1 Incrementó la intensidad de mis emociones positivas
- 2 Disminuyó la intensidad de mis emociones positivas
3. Nada cambió

08. Resultados

En el día de hoy...

Sentí que mi estado de ánimo cambiaba de forma intensa varias veces a lo largo del día.

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

Hubo un cambio extremo respecto a cómo me veo a mí misma (p. ej. Cambiar de sentirme segura de mí misma a sentir que soy mala persona, o sentir que no existía, etc.).

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

He tenido problemas con conductas impulsivas (p.ej. gastos excesivos, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida...)

- 1 nada
- 2 un poco
- 3 bastante
- 4 mucho
- 5 muchísimo

Anexo 2: Modelo de consentimiento informado.

TALLER ONLINE DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Datos personales del Participante

Nombre y apellidos

DNI

Nombre de los proyectos Trabajo Fin de Máster:

Viabilidad/Desarrollo de un protocolo de tratamiento grupal basado en el programa STEPPS y aplicado en formato online para la sintomatología asociada al trastorno de inestabilidad emocional (TLP)

Procesos y mecanismos de cambio en el programa STEPPS aplicado al formato online.

Director/a de la tesis doctoral o del TFM

Azucena García Palacios

Cristina Botella Arbona

Investigador/a principal del proyecto

Eva María Ibáñez Navarro

Beatriz Esteban Brau

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Apreciado Sr./Sra.:

Antes de confirmar su participación en el estudio es importante que entienda en qué consiste. Por favor, lea detenidamente este documento y haga todas las preguntas que le puedan surgir.

Objetivo del estudio:

El objetivo general de este estudio es, por una parte, estudiar la viabilidad y aceptabilidad de un protocolo de tratamiento grupal en formato *online* para los problemas de inestabilidad emocional por medio de un estudio piloto. Por otra parte, también se estudiarán los procesos y posibles mecanismos de cambio durante la aplicación del programa.

Desarrollo del estudio:

En una primera fase de cribado se evaluará si los solicitantes pueden participar o no en el estudio. Aquellos solicitantes que puedan participar en el mismo (fase 2) serán adscritos a la intervención.

El tratamiento consistirá en 13 sesiones grupales *online* con una duración de 2 horas cada una. Estas sesiones grupales tendrán lugar una vez por semana y los usuarios trabajarán el contenido temático por su cuenta durante el resto de la semana. A lo largo del tratamiento se les proporcionará a diario un cuestionario de evaluación continuada con el propósito de realizar un seguimiento de los cambios que puedan producirse a lo largo de la intervención, junto con los recursos propios del programa.

El tratamiento aplicado *online* consistirá en un programa en formato taller impartido vía *Internet* e interactivo, que el participante puede realizar desde su casa compuesto por 2 módulos de trabajo. Estos módulos o componentes terapéuticos tienen como objetivo fundamental: 1) incrementar la conciencia emocional; 2) aumentar la capacidad para identificar y modificar esquemas desadaptativos tempranos; 3) aprender a identificar y etiquetar emociones, así como mejorar la tolerancia a las emociones negativas; 4) promover la aceptación de la experiencia interna; 5) aprender a identificar y retar los pensamientos desadaptativos; 6) reducir conductas desadaptativas y; 7) promover el aumento en la frecuencia de conductas y creencias adaptativas frente a la aparición de problemas o conflictos.

Participantes:

Los participantes serán adultos escogidos de entre una muestra comunitaria.

Implicaciones para el participante:

Beneficios/riesgos:

El beneficio para los participantes será recibir un tratamiento psicológico basado en la evidencia para el tratamiento de los síntomas asociados al trastorno por inestabilidad emocional, así como poder realizar un seguimiento sobre su problemática.

No existen riesgos en la realización de estudio. No obstante, la aparición de cualquier cambio que suponga peligro para un participante, no sólo supondrá su salida del estudio, sino también se le ofrecerán alternativas para poder acceder a otros recursos de salud mental.

Participación voluntaria:

Su participación en el estudio es enteramente voluntaria. Usted decide si quiere participar o no. Incluso si decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Confidencialidad:

Se garantizará la confidencialidad y todos los derechos de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Consentimiento expreso (debe marcar con una cruz todas las casillas):

- He sido informado/a suficientemente de las pruebas y tratamientos que recibiré como consecuencia de la investigación que se practica.
- Estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente recibir este tratamiento y me comprometo a seguir las prescripciones y a formalizar los cuestionarios que se presenten.
- Puedo abandonar el tratamiento/colaboración en el momento que lo desee.
- El/la terapeuta puede decidir la finalización del tratamiento si no cumpla un mínimo de las pautas establecidas que posibilite un tratamiento adecuado.
- Salvaguardando siempre el derecho a la intimidad, acepto que los datos que se puedan derivar de esta investigación puedan ser utilizados para la divulgación científica.
- Los datos personales recopilados a lo largo de la investigación formarán parte de una actividad de tratamiento de datos personales cuyas responsables son Eva Ibáñez y Beatriz Esteban como investigadoras principales del proyecto. Puedo solicitarles "información básica de protección de datos" si lo desee.
- Acepto un compromiso de confidencialidad y el mantenimiento de la privacidad de los contenidos e información personal que compartan los otros integrantes del taller durante las sesiones, de tal modo que no haré uso de ninguna información que "descubra" de otros participantes.

Aspectos éticos:

El estudio se desarrollará según las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki y Tokio, y la declaración de Madrid de la World Psychiatric Association). Como se ha señalado, todos los participantes del estudio serán voluntarios y darán su consentimiento informado para formar parte del proyecto, una vez se les haya explicado éste. La selección de los participantes se realizará por personal cualificado desde un punto de vista clínico. A todos los participantes elegibles se les dará información sobre el estudio y, en cualquier momento, podrán dejar la investigación.

Revisión Ética:

El estudio se ha sometido a la aprobación del Comité Ético de Investigación de la Universitat Jaume I.

Plan de protección de datos:

Se garantizará la confidencialidad y todos los derechos de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales (LOPD) y garantía de los derechos digitales, que adapta la legislación española al Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Para garantizar al máximo la seguridad de las aplicaciones de uso terapéutico, en lo que respecta a las plataformas tecnológicas, estas se mantendrán separadas de la siguiente forma:

El acceso a contenido e información de carácter privado, así como la recopilación de datos para la investigación se realizará mediante la herramienta QUALTRICS: Medición de evaluación pretratamiento-durante tratamiento-post tratamiento.

Las sesiones grupales, como centro de la intervención, se llevarán a cabo mediante la plataforma WEBEX.

FIRMA:

Castellón de la Plana, de de 202.....

Informació bàsica de protecció de dades

Información básica de protección de datos

Responsable	Eva María Ibáñez Navarro i Beatriz Esteban Brau com a investigadores principals del projecte.
<i>Responsable</i>	<i>Eva María Ibáñez Navarro y Beatriz Esteban Brau como investigadoras principales del proyecto.</i>
	Azucena García Palacios i Cristina Botella Arbona com a director/es de la tesi doctoral o del TFM
	<i>Azucena García Palacios y Cristina Botella Arbona como director/as de la tesis doctoral o del TFM</i>
Finalitat	Gestió d'informació de proves o tractaments generats en el curs del projecte.
<i>Finalidad</i>	<i>Gestión de información de pruebas o tratamientos generados en el curso del proyecto.</i>
Legitimació	Presentació d'assistència psicològica. Investigació científica
<i>Legitimación</i>	<i>Presentación de asistencia psicológica. Investigación científica.</i>
Personal destinatari	Divulgació científica, respectant el dret a la intimitat
<i>Personal destinatario</i>	<i>Divulgación científica, respetando el derecho a la intimidad.</i>
Drets de les persones interessades	Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió i portabilitat, i a la limitació o l'oposició al tractament adreçant-se al correu electrònic: al397287@uji.es o al397380@uji.es
<i>Derechos de las personas interesadas</i>	<i>Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y a la limitación o la oposición al tratamiento dirigiéndose al correo electrónico al397287@uji.es o al397380@uji.es.</i>
Informació addicional	Pot consultar la informació addicional de la protecció de dades a la web https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/
<i>Información adicional</i>	<i>Puede consultar la información adicional de la protección de datos en la web https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/?urlRedirect=https://www.uji.es/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/&url=/organs/ouag/sg/docs/politiques/gen/TractamentsDades/TractamentsInvestigacio/</i>

Anexo 3: Resolución favorable de la comisión deontológica.



Beatriz Susana Tomás Mallén, secretaria de la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que la Comisión Deontológica de la Universitat Jaume I ha emitido informe sobre el proyecto final de Beatriz Esteban Brau, con número de expediente "CD/36/2021" Procesos y mecanismos de cambio en una adaptación online del programa STEPPS para el trastorno de inestabilidad emocional/trastorno límite de la personalidad, presentado por Cristina Botella Arbona, por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la Plana, 15 de abril de 2021

Copia auténtica del documento firmado por Beatriz Susana Tomás Mallén, y sellado electrónicamente por la Universidad Jaume I el 22/04/2021 19.06 h. Se puede comprobar su autenticidad accediendo a la dirección <http://www.uji.es/documents> e introduciendo el código seguro de verificación 0CEF60FDAB268AAE92D8.

Anexo 4: Tabla con los componentes de las sesiones del Taller de Regulación Emocional.

Módulo	Sesiones	Bloque	Contenido
Conciencia de la enfermedad	1	Conciencia del problema	La agenda de estas sesiones incluye el cumplimiento de los autoinformes requeridos para la evaluación semanal y se centra posteriormente en aportar psicoeducación acerca del trastorno de intensidad emocional, con la intención de reemplazar las ideas equivocadas que las participantes puedan tener sobre el TLP y ayudar en la toma de conciencia del patrón de pensamiento, los comportamientos y las emociones que definen la intensidad emocional. Al finalizar cada sesión, se sugieren diferentes tareas para casa: ejercicios relacionados con la definición del trastorno límite de personalidad y registros de filtros, entre otros.
	2	Filtros	
Habilidades de regulación emocional	3	Distanciamiento	La habilidad «Distanciamiento», definida como la capacidad para pararse, observar e identificar los pensamientos, emociones y conductas asociadas a una crisis emocional, es introducida y puesta en práctica a través de una serie de ejercicios (por ejemplo, el cumplimiento de la «Hoja de trabajo del continuo emocional»). Parte de estos ejercicios incorporan la identificación de los filtros presentados durante la segunda sesión.
	4-5	Comunicación	En la sesión 4 se introducen técnicas de <i>mindfulness</i> y ejercicios relacionados con la identificación de emociones (p.ej. la hoja de trabajo «Formas de comunicar emociones»), que se trabajan posteriormente en la sesión 5 para su uso en los ejercicios ya practicados, como la hoja de trabajo del continuo emocional.
	6-7-8	Reto	Se trabaja la habilidad «Reto» a través de diferentes ejercicios relacionados con la identificación de pensamientos negativos automáticos y la reestructuración cognitiva. Las participantes reciben herramientas como un listado de preguntas para cuestionar pensamientos que puedan estar distorsionados, una lista con las distorsiones de pensamiento más comunes, o una guía para poder comunicárselo a su red de apoyo.
	9-10	Distracción	Se introduce y trabaja la habilidad de «Distracción» para aquellas situaciones en las que la intensidad emocional es más difícil de sobrellevar. Se propone la realización y el entrenamiento en actividades agradables y significativas para la persona que ayudaran a disminuir la intensidad emocional
	11-12	Afrontamiento de problemas	Se introduce y trabaja la habilidad «Afrontamiento de problemas», que engloba muchas de las habilidades aprendidas a lo largo del programa. Se les proporciona a las participantes unas pautas muy detalladas y concretas acerca del procedimiento a realizar a la hora de afrontar un problema, con el objetivo de que aprendan a abandonar los hábitos autodestructivos y a escoger otros hábitos o herramientas de solución de problemas más saludables. También se trabaja la responsabilidad durante la toma de decisiones y la aceptación de los errores como parte del proceso.
	13	Sesión de cierre	Se realiza un repaso de todo lo aprendido durante el taller. Se da espacio para que las pacientes reflexionaran acerca de su evolución en las últimas semanas y se vuelve a aplicar el cuestionario de filtros visto en la sesión 2 para observar las diferencias entre ambos resultados.

Anexo 5: Respuesta del paciente en la encuesta final de satisfacción sobre el tratamiento.

Q1.

Taller de Regulación Emocional
Eva María Ibáñez Navarro y Beatriz Estaban Brau

¡Hola! Has participado en el Taller de Regulación Emocional que forma parte del trabajo de fin de máster de dos alumnas del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Jaume I.

Nos gustaría que respondieras a unas preguntas acerca de tu satisfacción con el taller ahora que ha finalizado. No existen respuestas buenas o malas. Recuerda responder con honestidad.

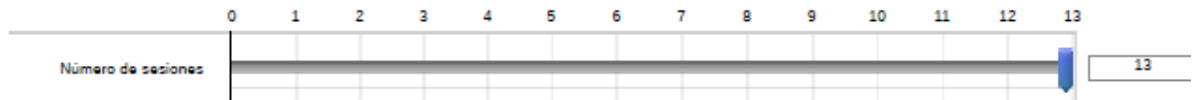
Tu opinión es muy importante para nosotras y nos ayudará a mejorar en el futuro.

Q2.

Código de identificación (Inicial de nombre + Inicial de primer apellido + dos últimos dígitos de tu número de móvil; ejemplo: EI21)

MO86

Q3. ¿A cuántas sesiones del taller grupal has asistido? (Contando tu intención de acudir a la última sesión que tendrá lugar el 29 de mayo)



Q4. A tu entender, la duración de las sesiones (2 horas, durante 13 semanas) fue:

- Poco tiempo
- Mucho
- Adecuado

Q5.

¿Cómo entiendes ahora el Trastorno Límite de la Personalidad (Trastorno de Intensidad Emocional) y sus rasgos asociados, a diferencia de cómo lo entendías antes de que comenzara el grupo?

Al principio pensaba que era la única en el mundo a que le ocurrían estos episodios emocionales tan intensos, no entendía el porqué y aunque aún siga sin entenderlo, me alegra saber que ahora soy capaz de aprender a regularlos. El conocer a otras personas que viven las emociones demasiado intensas al igual que yo me ha dado fuerzas para aceptar vivir con ello, y aunque puedan haber picos emocionales tan intensos que escapen de mi control, las terapeutas (Eva y Bea) me han aconsejado para hacer lo mejor en esas situaciones, en lugar de llevar a cabo comportamientos que perjudiquen mi salud. Ahora entiendo que vivir las emociones con mayor intensidad no me hacen ser una rara o una persona débil, porque eso es lo que me han enseñado siempre: Miriam eres muy sensible, debes hacerte más fuerte, estás exagerando, ¿enserio vas a llorar por eso?. Pensaba que el problema lo tenía yo y me he dado cuenta que el problema viene de las personas que me dicen esos comentarios, porque yo soy así, soy diferente, vivo intensamente y no hay nada de malo en ello. Me he dado cuenta de que a la gente le asusta lo diferente y pretenden que ocultes tus emociones y sentimientos para ser como todos, a eso que llaman "normal". A sí que sí, ahora entiendo el trastorno de intensidad emocional muy diferente, porque ya no me culpo por ello, lo acepto.

Q6. ¿Te sirvieron los materiales que se proporcionaron durante el taller (Carpeta General)?

- Sí
- No
- Indiferente

Q7. ¿Cuál fue el material (recurso) que más te sirvió?

El recurso que más utilicé fueron los documentos en PDF del manual STEPPS. Aunque a mí siempre me gusta hacer mi propio material, me gusta personalizarlo a mi manera. Y he utilizado estos materiales para construir mis propios recursos.

Q8. ¿De qué forma te ayudaron las sesiones del grupo a afrontar mejor las dificultades?

Me ayudó contar con la compañía de otras personas que tienen las mismas dificultades que yo. Conocer otros puntos de vista y los consejos de las compañeras para actuar ante situaciones difíciles me ayudó bastante.

Q9. ¿Cómo ha cambiado tu vida comparada con cómo era antes de empezar el grupo?

Ha cambiado algo. Yo considero que para poder notar un cambio mayor, el taller debería durar más tiempo, porque aún estoy aprendiendo a reconocer las emociones, los filtros, aún me cuesta retarlos... Al igual que las últimas sesiones de afrontamiento de problema aún no he podido ponerlo en práctica. Pero con un poco más de tiempo creo que mi vida habrá cambiado a mejor porque podré conseguir un cierto equilibrio con mis emociones.

Q10. En general, ¿qué fue beneficioso para ti del STEPPS?

Todo de STEPPS ha sido beneficioso. Los temas tratados de conciencia del problema, filtros, distanciamiento, comunicación, reto, distracción y afrontamiento. Está super bien estructurado y todo es imprescindible.

Q11. En general ¿qué no fue beneficioso para ti del STEPPS?

No hay nada de STEPPS que no fuera beneficioso.

Q12. ¿Hubo algo que hayas encontrado confuso o difícil de entender?

No hubo nada confuso para mí. Quizás cuando se habló del afrontamiento de problemas me resultó algo complicado porque habían muchos pasos a seguir y muchas actividades pero como se dedicaron dos sesiones a ello, lo pude entender mucho mejor. Además, los ejemplos me ayudan mucho a entenderlo.

Q13. ¿Qué te gustaría añadir, cambiar o eliminar de este programa?

Me gustaría añadir más tiempo. No creo que sea necesario más material, porque con el que se ha visto es perfecto, solo que, como he comentado anteriormente, quizás más tiempo para consolidar un poco lo aprendido y poder ponerlo más en práctica sería estupendo. Quizás también para poder darme cuenta de un cambio en mí, porque por el momento no noto un cambio muy grande.

El programa creo que se mejoraría con algo más de tiempo. O añadiría algunas sesiones de seguimiento. Quizás, seguir haciendo 1 sesión cada 2 semanas, luego 1 al mes. Hasta desaparecer. Se notarían más los cambios.

Q15. ¿Crees que ha habido ventajas a la hora de recibir este taller de manera online? Si es así, ¿cuales?

Si. El formato online ha hecho posible que pueda participar en el taller. Este formato considero que permite llegar a mucha más gente y poder ayudar a personas de todos los lugares.

Q16. ¿Crees que ha habido inconvenientes a la hora de recibir este taller de manera online? Si es así, ¿cuales?

Es cierto que la presencialidad aporta ciertas ventajas que el formato online no lo hace, como el contacto físico, el poder conocer más a tus compañeras y quizás hablar personalmente más con ellas. El inconveniente que destacaría es ese, conocer a unas personas increíbles, a las que les coges cariño y no volver a saber más de ellas una vez finalice el taller es triste, o no poder entablar una conversación personal con ellas. Otro inconveniente que destaco son los problemas de conexión que pueden surgir durante el taller. Yo doy gracias a que yo no he tenido ningún problema, pero algunas de mis compañeras sí, e incluso Bea, lo que ha dificultado la continuidad de la sesión.

Q17. ¿Cómo podríamos mejorar, en tu opinión, la experiencia online?

Como se ha comentado, mejoraría la aplicación que se usa, Webex no es muy buena, porque no conseguía ver a todas mis compañeras y había que cambiar de sesión 3 veces.

Q18. A continuación se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a las terapeutas a cargo del taller grupal (Bea y Eva)

Q19. ¿Consideras que tus terapeutas te han ayudado? Si es así, ¿cómo?

Sí Me han ayudado mucho más de lo que esperaba. Se han preocupado por mí tanto de manera grupal como individual, estoy muy agradecida.

No

Q20. ¿Qué cambiarías de la manera en que las terapeutas han llevado el grupo?

No cambiaría nada. Las dos lo han hecho genial, se complementaban muy bien la una con la otra, eso se nota y se agradece.

Q21.

¿Cuánto apoyo has recibido para el STEPPS por parte de tus terapeutas fuera del grupo (en forma de ayuda para hacer las tareas para casa o reforzando el uso de las habilidades aprendidas en el grupo)?

Siento que he recibido el apoyo que yo he solicitado. He colgado muy pocas cosas en mi carpeta individual porque he ido trabajando a nivel más personal, sin tener que escribirlo y enviarlo. Las veces que lo he hecho, han sido las ocasiones más intensas en las que sí he necesitado ayuda y las terapeutas me han ayudado y me han dado el apoyo que quería. Creo que lo he compartido en las carpetas no ha sido mucho lo que se pedía, porque no eran las tareas, pero Eva y Bea me han dado tanta confianza que en un momento de fragilidad ha sido en ellas en quienes he

Q22. ¿Te han parecido útiles las carpetas individuales y el correo electrónico para comunicarte con tus terapeutas (Eva y Bea)?

Si, me ha gustado mucho lo de las carpetas individuales porque sentía que tenía un espacio seguro donde podía ser escuchada. Y el trato personalizado me ha ayudado mucho. Lo del correo igual.

Q23. ¿Qué fue lo más beneficioso (lo que más te ayudó) del apoyo recibido fuera del grupo?

Bueno, fue beneficioso la vez en la que me reuni con Eva y Bea a solas para hablar de una de las dificultades personales que me surgió. Les agradezco el mensaje que me enviaron para reunirnos. También cuando me respondieron a los textos que subí a las carpetas individuales.

Q24. En general, ¿qué te gustaría añadir o cambiar del apoyo dado desde fuera del grupo?

No cambiaría nada y no añadiría porque el apoyo que he recibido, para mí ha sido adecuado y perfecto.

Q25. A continuación se presentan preguntas sobre el apoyo recibido por el Equipo de Refuerzo y otras personas de interés.

Q26.

¿Has compartido lo que has aprendido en el STEPPS con tu terapeuta individual u otro profesional fuera del grupo? Si es así, ¿fue útil?

No he compartido nada fuera del grupo.

Q27.

¿Has compartido lo que has aprendido en el STEPPS con familiares, amigos o pareja? Si es así, ¿fue útil?

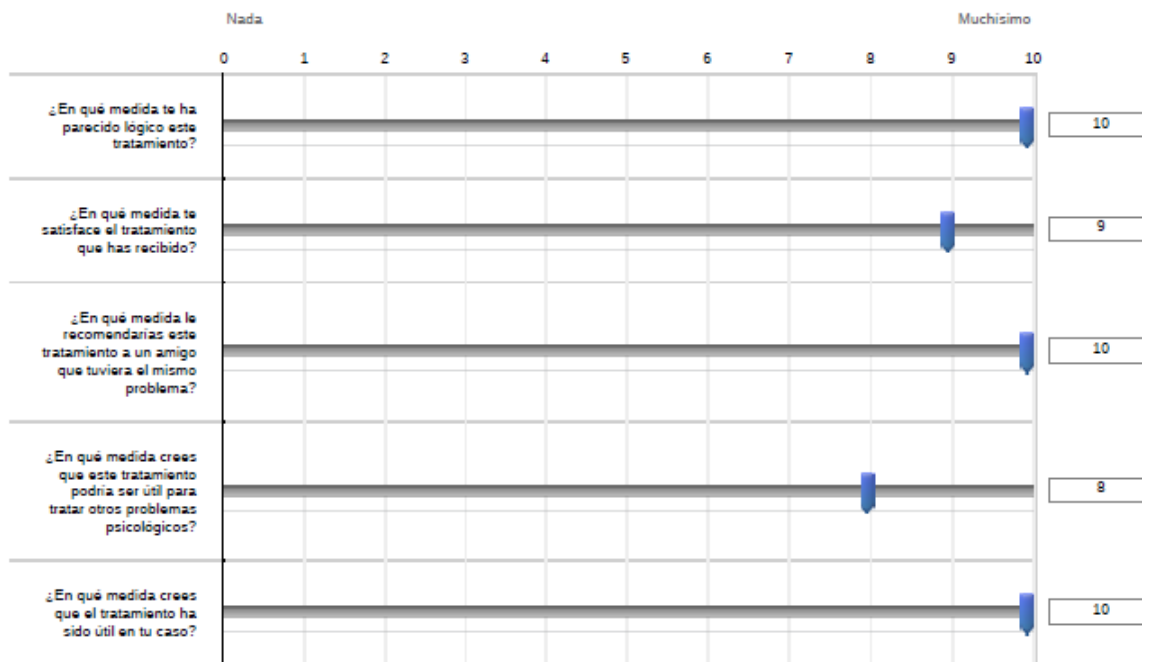
No he compartido nada fuera del grupo.

Q28.

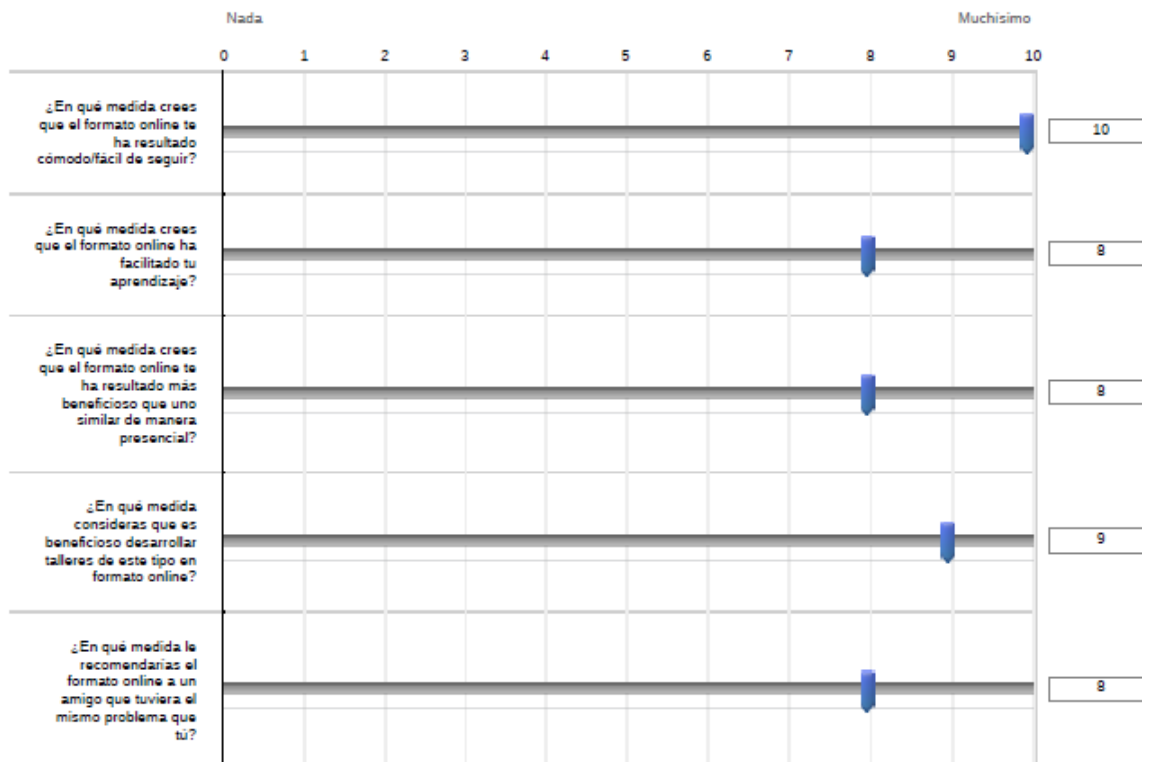
Las personas que te rodean (familiares, amigos, pareja, terapeutas individuales), ¿han notado cambios en cómo afrontas los problemas desde que estás en el STEPPS?

Por el momento no siento que los demás perciban un cambio en mí, más que nada porque aún no percibo un gran cambio en mí misma. Con el tiempo yo creo que sí lo notarán. Además, no le he dicho a nadie que iba a participar en este taller.

Q29. Satisfacción con el tratamiento



Q30. Satisfacción con la aplicación en formato online



Anexo 6: Porcentaje de no solapamiento de los datos entre fases.

