



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
CIUDAD UNIVERSITARIA

Evaluación e Intervención Basada en Terapia Dialéctico Conductual para la Regulación Emocional de Pacientes con Rasgos Psicopáticos

TESIS

Que para optar por el grado de

Maestra en Psicología

Presenta

Elsa Carolina Muñoz Toledo

Tutor: Dr. Juan José Sánchez Sosa, *Facultad de Psicología, UNAM.*

Miembros del Comité:

Dra. Rebeca Robles García, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*

Dr. J. Nicolás I. Martínez López, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*

Dra. Ana Fresán Orellana, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*

Mtro. Iván Arango de Montis, *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*

CDMX, Agosto, 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatorias

A mi entrañablemente optimista tía Popis
A mi amada abuelita Elsa

Agradecimientos

Al Dr. Sánchez Sosa por confiar en este proyecto y darme su apoyo incondicional.

A Rebe, por guiarme en el camino de la Salud Mental y por tu cariño.

A Nico, por abrirme los ojos al campo de la Salud Mental Forense.

A Ana, por apoyarme y enseñarme tanto de lo que sabes (que es muchísimo).

A Iván, gracias por tu confianza y por abrirme las puertas de la Clínica.

A mis papás, por estar cerca y empujarme a ser la mejor versión de mi.

A cada integrante de mi enorme familia, que son lo más valioso que tengo.

A mis amigos, sin los cuales jamás sería quien soy ahora:

Esme y Tan,

Elisa, Bren Carbajal y Juan,

Mariana, Bren García y Kari,

Gaby y Aleny,

A Nad,

A Marlene.

A los y las pacientes, por la confianza en este proyecto, su compromiso y esfuerzo.

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT	6
Capítulo 1 Psicopatía.....	9
1.1 Definición (síntomas)	9
1.1.2 Características emocionales e interpersonales	10
1.1.3 Características de desviación social.....	11
1.2 Prevalencia y epidemiología	12
1.3 Alteraciones en la vida diaria de los pacientes	13
1.3.1 Ámbito social	14
1.3.2 Alteraciones económicas y financieras	15
1.3.3 Alteraciones en la calidad de vida y otras comorbilidades	15
Capítulo 2 Medición y Evaluación de la Psicopatía	16
2.1 Diagnóstico	16
2.2 Instrumentos de Medición	17
2.2.1 Escala de Psicopatía de Hare Revisada	17
2.2.3 Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson	18
2.2.4 Inventario de Personalidad Psicopática	20
2.2.5 Medición de la Psicopatía Triartical	20
Capítulo 3 Intervenciones Psicológicas en Psicopatía	22
3.1 Reducción de conductas antisociales	24
3.2 Aumento de habilidades sociales y control del enojo	25
3.3 Regulación emocional y control de impulsividad	26
3.4 Propuesta de intervención basada en Terapia Dialéctico Conductual ...	27
3.4.1 Fundamentos básicos	28
3.4.2 Adaptación de la TDC al campo de la psicopatía	31
Fundamentación del estudio	32
Preguntas de investigación	34

Capítulo 4. Fase 1 Validación de la escala de Levenson	34
4.1 MÉTODO	35
4.1.1 Objetivo general	35
4.1.2 Objetivos específicos	35
4.1.3 Hipótesis general	35
4.1.4 Hipótesis específicas	36
4.1.5 Variables	36
4.1.5.1 Sociodemográficos	36
4.1.5.2 Psicopatía	36
4.1.6 Participantes	37
4.1.6.1 Criterios de inclusión	38
4.1.6.2 Criterios de exclusión	39
4.1.6.3 Criterios de eliminación	39
4.1.7 Diseño de investigación	39
4.1.8 Medición (Instrumentos)	39
4.1.8.1 Formato de datos sociodemográficos	39
4.1.8.2 Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson	40
4.1.8.3 Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R	40
4.1.9 Procedimiento	41
4.1.10 Escenario	42
4.1.11 Análisis estadístico	42
4.1.12 Consideraciones éticas.....	44
4.2 RESULTADOS	45
4.2.1 Validez de constructo	45
4.2.2 Validez discriminante	50
4.2.3 Validez concurrente	52
4.2.4 Confiabilidad	52
4.3 DISCUSION	53

Capítulo 5. Fase 2 Intervención individual basada en TDC	56
5.1 MÉTODO	56
5.1.1 Objetivo general	56
5.1.2 Participantes	56
5.1.2.1 Criterios de inclusión	56
5.1.2.2 Criterios de exclusión	57
5.1.2.3 Criterios de eliminación.....	57
5.1.2.4 Formulación de casos	61
5.1.3 Diseño de Investigación	61
5.1.4 Variables e instrumentos	61
5.1.4.1 Variables sociodemográficas	61
5.1.4.2 Variables Dependientes	61
5.1.4.3 Variable Independiente	64
5.1.5 Procedimiento	64
5.1.5.1 Procedimiento General	65
5.1.5.2 Procedimientos Clínicos	66
5.1.6 Escenario	68
5.1.7 Análisis estadístico	68
5.1.8 Consideraciones éticas	69
5.2 RESULTADOS	70
5.3 DISCUSION	80
6. CONCLUSIONES	87
7. LIMITACIONES	88
8. REFERENCIAS	89
9. ANEXOS	96
Anexo 1. Carta de Consentimiento informado para la Validación	96
Anexo 2. Correlación reactivo-total	98
Anexo 3. Versión final de la Escala Autoaplicable de Levenson	99
Anexo 4. Carta de Consentimiento informado para la Intervención	101
Anexo 5. Formulación de casos por paciente.....	105
Anexo 6. Formato de Intervención para los pacientes	112
Anexo 7. Formato de Integridad del tratamiento	121

RESUMEN

La psicopatía puede definirse como un trastorno de personalidad con características emocionales, interpersonales y antisociales. Para su diagnóstico se realiza una evaluación clínica con un especialista y la aplicación de instrumentos de medición. La escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (EPAL) se considera una buena opción debido a su fácil aplicación. Por otro lado, las intervenciones psicológicas han mostrado poca eficacia en el tratamiento de rasgos psicopáticos, por lo que se propone un enfoque en la regulación emocional a través de la adaptación de la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), cuyo principal objetivo es la regulación emocional. El presente estudio, dividido en dos fases, tuvo como objetivos (1) determinar las características psicométricas de la EPAL en población mexicana, y (2) evaluar el efecto de una intervención individual basada en TDC para mejorar la regulación emocional en pacientes con rasgos psicopáticos. Para la primera fase se instrumentó un diseño no experimental, transversal, descriptivo con 133 participantes de poblaciones clínica y abierta. Para evaluar psicopatía se utilizaron la escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R y la EPAL. Se encontraron adecuados niveles de validez de constructo, concurrente y discriminante, así como de confiabilidad. Para la segunda fase se llevó a cabo un diseño experimental intrasujetos N=1 de línea base A-B con ocho réplicas. Para evaluar regulación emocional se utilizó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DER-S) y para impulsividad la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y la Escala de Impulsividad Estado (EIE). Se encontró un tamaño del efecto (índice NAP) fuerte, estadísticamente significativo en cinco pacientes en la regulación emocional (NAP = 0.97, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00), y en siete pacientes en impulsividad (NAP = 1.00 en todos los casos).

Los hallazgos permiten concluir que la EPAL es una prueba de tamizaje útil para indicar presencia o ausencia de psicopatía. Asimismo, la intervención basada en TDC parece ser una buena opción para incrementar la regulación emocional y disminuir la impulsividad en pacientes con rasgos psicopáticos.

Palabras clave: *psicopatía, Levenson, Terapia Dialéctico-Conductual, regulación emocional*

ABSTRACT

Psychopathy can be defined as a personality disorder with emotional, interpersonal and antisocial traits. To be diagnosed, a clinical evaluation is carried out with a mental health specialist and the application of assessment instruments. The Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRS) is considered a good option for diagnosis due to its easy application. On the other hand, psychological interventions have shown limited effectiveness in the treatment of psychopathic traits, therefore, a focus on emotional regulation is proposed through the adaptation of Dialectical-Behavioral Therapy (DBT). The present study, divided into two phases, sought to (1) determine the psychometric characteristics of the LSRS in the Mexican population, and (2) evaluate the effectiveness of an individual intervention based on DBT to improve emotional regulation in patients with psychopathic traits. For the first phase, a non-experimental, transversal, descriptive design was carried out with 133 participants from the clinical and open population. The Hare Psychopathy Checklist-Review (PCL-R) and the LSRS were used to evaluate psychopathy. Adequate levels of construct, concurrent and discriminant validity, as well as reliability were found. For the second phase, a single case design (A-B) with multiple baseline measurements, with eight individual replications was chosen. Emotional regulation was evaluated through the Emotional Regulation Difficulty Scale (DER-S) whereas impulsivity was assessed through the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and the State Impulsivity Scale (SIS). A strong, statistically significant effect size (NAP index) was found in five patients for emotional regulation (NAP = 0.97, 1.00, 1.00, 1.00, 1.00), and in seven patients in impulsivity (NAP = 1.00 in all cases). The present findings allow for the conclusion that LSRS is a useful screening test to indicate the presence or absence of psychopathy. Likewise, DBT-based intervention seems to be a good option for the management of emotional regulation and impulsivity in patients with psychopathic traits.

Keywords: *psychopathy, Levenson Self-Report Psychopathy Scale, Dialectical-Behavioral Therapy, emotional regulation*

1. PSICOPATÍA

1.1 Definición (síntomas)

La psicopatía es un constructo complejo dentro de la salud mental que hace referencia a un trastorno de personalidad caracterizado por conductas antisociales, al igual que emociones prosociales limitadas (Martínez-López et al., 2019, Hare, 1993).

Además, las personas con psicopatía presentan un conjunto de características interpersonales y afectivas tales como manipulación, encanto superficial, insensibilidad, afecto superficial, engaño, impulsividad (Glenn, Johnson, y Raine, 2013), bajos niveles de ansiedad, bajo retraimiento social, una alta búsqueda de atención, falta de sentido de responsabilidad, audacia e desinhibición conductual, entre otros (Crego & Widiger, 2015; Muñoz, 2011).

Mientras que el estudio clínico de la psicopatía ha recibido una creciente atención en las últimas dos décadas, es importante resaltar que la definición de este constructo ha diferido desde las primeras conceptualizaciones realizadas por Cleckley (1941) y otros teóricos antes de él, presentándose mucha controversia alrededor de su estudio (Salekin, 2002).

La psicopatía no está reconocida como un diagnóstico diferenciado al Trastorno Antisocial de la Personalidad entre los criterios del DSM-5 (2013), ni claramente identificado como un trastorno independiente dentro del Trastorno disocial propuesto por la CIE-10 (1995) (únicamente se menciona el subtipo *Trastorno de personalidad psicopática*), esto debido a que no existe unanimidad en la evaluación del peso clínico

de las manifestaciones conductuales antisociales (Muñoz, 2011). Pese a esto, de acuerdo con Hare (1993), existen algunos síntomas claves para describir el cuadro clínico, agrupados en dos categorías principales: factores emocionales/interpersonales y de desviación social.

1.1.2 Características emocionales e interpersonales

- Los individuos con psicopatía pueden presentar altos niveles de ingenio; son encantadores y amables, y se expresan como si no les importara lo que otras personas puedan pensar de ellos.
- Personalidad egocéntrica. Los individuos con psicopatía pueden llegar a tener una visión narcisista de la vida, es decir, centrados en sí mismos considerándose más especiales que el resto de las personas (Beck, Freeman & Davis, 2004) , suelen ser arrogantes, dominantes, dogmáticos, y consideran que sus habilidades excepcionales les permitirán alcanzar cualquier objetivo que se propongan.
- Falta de remordimiento. Al presentar una falta de interés por otras personas, generalmente no presentan culpa si llegan a cometer un acto que afecte a una tercera persona; asimismo, no muestran lealtad a otros, a principios éticos y/o a normas sociales.
- Falta de empatía: los psicópatas pueden presentar dificultades para aceptar y tomar en cuenta el punto de vista de otra persona al mismo tiempo que la suya. Como consecuencia, se les dificulta ponerse en el lugar de otro, no se preocupan por los derechos o el sufrimiento de otras personas, no se preocupan por las necesidades básicas de su familia, o en general del bienestar de otras personas (Beck et al., 2004).
- Manipulación: los psicópatas pueden llegar a mentir y engañar patológicamente, es decir, pueden diseñar tanto mentiras elaboradas y bien planeadas, como otras sencillas y espontáneas.

- Emociones superficiales: pueden presentar des-regulación emocional que limita el rango de profundidad de sus sentimientos, a pesar de que son capaces de imitar dichas emociones para engañar a otros (Viding, McCrory, & Seara-Cardoso, 2014), carecen de respuestas fisiológicas normales asociadas con miedo y presentan poca aptitud para experimentar respuestas emocionales, por lo que carecen de la capacidad para entablar relaciones emocionales con los demás. De acuerdo con Cummings (2015), la falta de responsabilidad afectiva interpersonal es un componente central de la psicopatía.

1.1.3 Características de desviación social

- Desviación social: pueden presentar un estilo de vida crónicamente inestable caracterizado por la violación de las normas o estándares socialmente aceptados.
- Impulsividad: generalmente no llevan a cabo planes y tienen fracasos debido a su poco interés hacia los mismos. Por otro lado, buscan satisfacción, placer o alivio inmediato mediante la búsqueda de emociones con una alta intensidad.
- Poco control conductual: pueden reaccionar rápidamente ante insultos, presentar un control inhibitorio débil y puede existir una tendencia a reaccionar ante la crítica con violencia, amenazas y/o ataque verbal.
- Necesidad de estimulación: en ocasiones infligen las normas sociales en búsqueda de emociones intensas, por lo que presentan poca tolerancia a la monotonía o rutina.
- Falta de responsabilidad: esta característica afecta en diversas áreas de su vida como el trabajo, compromisos sociales, principios éticos, familia y/o pareja.

- Conducta antisocial: pueden llegar a infringir las reglas de la sociedad, que pueden o no ser actos violentos y/o premeditados (Viding et al., 2014).

1.2 Prevalencia y epidemiología

Pese a que no existen datos epidemiológicos que cuantifiquen directamente la prevalencia de psicopatía a nivel mundial (Viding et al., 2014), algunos cálculos estimados a partir de rasgos de personalidad psicopáticos y el uso de instrumentos que miden estas características permiten estimar que entre el 1.2% y el 4% de la población general adulta puntúa dentro del rango indicativo de psicopatía potencial (Werner, Few, & Bucholz, 2016; Thompson, Ramos & Willett, 2014; Torrubia & Cuquerella, 2008).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003), los trastornos de conducta (incluido el Trastorno Disocial) fueron el segundo diagnóstico de trastorno de personalidad más común en hombres. Asimismo, Juárez, Villatoro, Gutiérrez, Fleiz y Medina-Mora (2005) reportaron que el 32.86% de adolescentes estudiantes de la Ciudad de México habían realizado al menos alguna conducta antisocial.

A nivel mundial, la psicopatía es más común en hombres que en mujeres tanto en la infancia como en la adultez, presentándose dos casos en hombres por cada caso en mujeres (Wesseldijk, et al., 2017; Ficks, Dong & Waldman, 2014). En este sentido, se ha reportado que en el caso de los hombres se presentan niveles más altos de impulsividad, insensibilidad, falta de remordimiento y agresión (Cummings, 2015).

Por otro lado, se ha propuesto que el inicio de este padecimiento se puede presentar desde la infancia y la adolescencia, con rasgos de personalidad antisocial, conducta disruptiva y problemas de conducta

relativamente estables, seguidos por una disminución de los mismos en la edad adulta temprana. Posteriormente, en la edad adulta (alrededor de los 30 años) los rasgos psicopáticos son altamente estables. Si los rasgos psicopáticos permanecen elevados, se puede llegar a convertir en un trastorno de la personalidad persistente (Backman, Laajasalo, Jokela, & Aronen, 2017).

Los pacientes que desarrollan un trastorno de personalidad psicopático, generalmente disminuyen sus conductas antisociales y delictivas conforme aumenta la edad, lo cual puede estar asociado con el entorno social en que el que se desenvuelven al igual que con una disminución en su energía general, más que en el cese de sus síntomas psicopáticos, pues la estructura básica de carácter permanece constante (Holzer & Vaughn, 2017; Reid & Gacono, 2000).

Finalmente, con respecto a la comorbilidad con otros trastornos mentales, se ha reportado que el Trastorno de Personalidad Antisocial puede ser el diagnóstico que más se traslapa con el constructo de psicopatía (Glenn et al., 2013), al igual que trastornos por abuso de sustancias, seguido de trastornos afectivos (Werner et al., 2016).

1.3 Alteraciones en la vida diaria del paciente

Uno de los campos en donde se presenta un mayor número de alteraciones clínicamente significativas en la vida diaria de los pacientes se relaciona con algún trastorno de personalidad (Karukivi, Vahlberg, Horjamo, Nevalainen, & Korkeila, 2017; Werner et al., 2016).

Los pacientes con un diagnóstico de trastorno de la personalidad grave suelen presentar dificultades a lo largo de su vida relacionadas con mortalidad más alta, ansiedad, depresión, hartazgo social, relaciones

interpersonales a largo plazo inestables y bajos niveles de calidad de vida (Holzer & Vaughn, 2017; Karukivi et al., 2017).

Específicamente en el espectro de conductas antisociales, los efectos de la psicopatía son profundos y tienen un enorme impacto negativo en los individuos que lo padecen, sus seres queridos y en la sociedad en la que habitan (Holzer & Vaughn, 2017).

Sin el tratamiento adecuado, la falta de control de los síntomas puede derivar en una variedad de costos sociales y económicos muy elevados que afectan su salud mental, la justicia criminal y los sistemas de salud pública (Galietta & Rosenfeld, 2012). A continuación, se enlistan algunos de los campos más comunes en los que se han reportado alteraciones:

1.3.1 Ámbito social

De acuerdo con Linehan y Wilks (2015), los pacientes con algún trastorno de personalidad del clúster B (que abarca los trastornos límite de personalidad, histriónico, antisocial y narcicista) generalmente experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales. Los pacientes con rasgos psicopáticos pueden presentar dificultades para integrarse adecuadamente a la comunidad, o incrementar la reincidencia de conductas antisociales (Berzins & Trestman, 2004). Por ejemplo, un paciente con psicopatía tiene tres veces más probabilidad de reincidencia delictiva y el doble de probabilidad de riesgo de criminalidad violenta (Hare, 2000).

Por otro lado, también pueden existir repercusiones jurídico-sociales relacionadas con la estigmatización del sujeto asociado con riesgo delictivo (Garrido & Sobral, 2008).

Finalmente, Karukivi et al. (2017) reportan que mientras más compleja sea la presentación de la psicopatía en los pacientes, mayor será el efecto negativo en el ámbito social, por lo que se puede presentar un patrón de inestabilidad crónico en las relaciones interpersonales, principalmente con su pareja (Goldstein, Dawson, Smith & Grant, 2012, Muñoz, 2011).

1.3.2 Alteraciones económicas y financieras

En general, la presencia de algún trastorno de personalidad grave está relacionado con dificultades financieras y con dificultades para mantener un empleo estable (Karukivi et al., 2017).

De esta forma, el trastorno de conducta antisocial (con o sin la presentación de conductas delictivas) predice la obtención de peores empleos y dependencia financiera (Goldstein et al., 2012). En particular, los pacientes con psicopatía pueden presentar problemas económicos graves e infracciones, por ejemplo, en accidentes de tráfico y problemas legales (Muñoz, 2011).

1.3.3 Alteraciones en la calidad de vida y otras comorbilidades

La presencia de la psicopatía está asociada con problemas de salud física (Muñoz, 2011), sintomatología ansiosa, uso de sustancias y la presencia de bajos niveles de calidad de vida inclusive después de la remisión de sus síntomas (Goldstein et al., 2012).

2. MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA PSICOPATÍA

2.1 *Diagnóstico*

Para poder medir el grado de psicopatía de un individuo, idealmente es necesaria la evaluación clínica mediante una entrevista con algún especialista en el área, al igual que mediante la aplicación y calificación de baterías para su diagnóstico (Yesuron, 2002). Debido a la especificidad del diagnóstico, los profesionales de la salud mental dedicados a este campo están obligados a tener una formación especializada y contar con experiencia clínica (Garrido & Sobral, 2008).

Para poder clasificar toda la información recabada durante el proceso de evaluación y diagnóstico, Hare (2003) propuso un modelo de dos factores, que se refieren a:

1. Factor afectivo y de personalidad: relaciones interpersonales, cognitivas y afectivas.
2. Factor conductual: conductas claramente antisociales e impulsivas, que pueden variar en función de submuestras (clínicas, subclínicas o penitenciarias), y puede referirse a conductas delictivas o únicamente antisociales (Salekin, Chen, Sellbom, Lester, & MacDougall, 2014).

Sin embargo, con el paso del tiempo y con el incremento de estudios en este campo del conocimiento, se creó un nuevo modelo de tres factores propuesto por Brinkley, Diamond, Magaletta y Heigel (2008) que parece ajustarse mejor a los hallazgos reportados en las evaluaciones (Hauck-Filho & Teixeira, 2014; Cooke, Michie, & Skeem, 2007).

Este modelo se formuló como punto de referencia entre diferentes concepciones de la psicopatía y las diversas alternativas para medirla. Sus tres componentes principales son:

1. Desinhibición: se refiere a irresponsabilidad, impulsividad problemática, robo, alienación, propensión al aburrimiento, impaciencia y fraude.
2. Audacia: se compone de dominio, carencia de miedo, respuestas antisociales y frialdad (Patrick, 2010).
3. Mezquindad: se refiere a tendencias hacia la insensibilidad, crueldad, agresión predatoria y búsqueda de emociones intensas (Evans & Tully, 2016).

De acuerdo a esta propuesta, las puntuaciones altas en estos factores (principalmente en desinhibición) podrían garantizar la presencia de psicopatía, y contribuyen a una mayor expresión desapegada por parte del individuo (Salekin et al., 2014).

2.2 Instrumentos de Medición

En la actualidad, ambos modelos son retomados por los instrumentos de evaluación y diagnóstico de psicopatía alrededor del mundo. A continuación, se reportan los más utilizados:

2.2.1 Escala de Psicopatía de Hare Revisada (Psychopathy Checklist Review PCL-R)

Este instrumento, desarrollado por Hart, Cox y Hare (1995) en población penitenciaria; tiene como objetivo evaluar rasgos de personalidad y conductas relacionadas con la psicopatía mediante el uso del modelo de dos factores (Salekin et al., 2014; Hare, 2003).

Se trata de una entrevista clínica sistematizada con 20 reactivos que toman en cuenta el contenido de la entrevista, las impresiones del entrevistador, comentarios e impresiones de otros técnicos, así como datos de archivos.

Esta escala está validada en México por Ostrosky-Solís, Ruiz, Arias y Vásquez (2008), y presenta adecuadas propiedades psicométricas: presenta una buena validez predictiva realizada mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson, con una correlación total mayor a .50. Su confiabilidad, en términos de consistencia interna se midió mediante un Alpha de Cronbach, presentado valores para la puntuación total de 0.87. Finalmente, su estructura factorial se agrupó en dos factores, el primero con características relacionadas con rasgos endógenos de la personalidad, y el segundo con procesos de socialización (Ostrosky-Solís et al., 2008).

Este instrumento es el más idóneo para la evaluación de la psicopatía en poblaciones clínicas, y actualmente se usa con propósitos clínicos, forenses y de investigación (Salvador, Arce, Rodríguez-Díaz, & Seijo, 2017).

2.2.3 Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson's Primary and Secondary Psychopathy Scale LSRS)

La escala se desarrolló por Levenson, Khiel y Fitzpatrick (1995) en una muestra no institucionalizada con propósitos de investigación.

La escala se compone de 26 reactivos de auto-reporte con respuestas tipo Likert (con cuatro opciones que van desde 1 "totalmente en desacuerdo" hasta 4 "totalmente de acuerdo") (Lynam & Miller, 2015; Thompson, Ramos & Willet, 2014). A pesar de que existen estudios que refieren que su puntuación permite identificar rasgos de personalidad de acuerdo al

modelo de dos factores (Hauck-Filho & Teixeira, 2014; Viding et al., 2014), otros estudios recientes sobre la estructura factorial de la escala sugieren que la conceptualización de la prueba se adecúa mejor al modelo de los tres factores (Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2018; Salekin et al., 2014).

De esta forma, Brinkley et al. (2008) concluyeron que diez reactivos de la prueba se adecuaban mejor al factor egocentrismo, cuatro dentro de insensibilidad (o mezquindad), y cinco más dentro del factor antisocial.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, se han reportado diversas mediciones positivas de validez concurrente con otras escalas: validez positiva, con un tamaño del efecto moderado tanto para la medida global como para los 2 factores con la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Hart et al., 1995) y un tamaño del efecto grande .50 para la medida global y el factor antisocial, y de pequeño a moderado .10 a .30 para el factor afectivo con el Inventario de Personalidad Psicopática (Lilienfeld & Andrews, 1996), por lo que resulta generalizable (Salvador et al., 2017).

Asimismo, presenta adecuada confiabilidad con rangos Alpha de Cronbach entre 0.63 y 0.82 (Levenson et al., 1995). Con respecto a su estructura factorial, como se mencionó anteriormente, algunos autores reportan que su estructura se ajusta mejor a un modelo de tres constructos que incluye egocentrismo, insensibilidad y conducta antisocial (Garofalo, et al., 2018; Salekin et al., 2014), aunque también reportan que tiene buen ajuste al modelo de tres factores (Brinkley et al., 2008).

Por otro lado, en América Latina se han realizado estudios de validación del instrumento en Argentina (Folino & Mendioca, 2006), Chile (León-

Mayer, Asún-Salazar & Folino, 2010) y Colombia (García Valencia et al., 2008).

2.2.4 *Inventario de Personalidad Psicopática (Psychopathic Personality Inventory PPI)*

Este instrumento fue desarrollado por Lilienfeld y Andrews (1996) en muestras no institucionalizadas con propósitos de investigación. De acuerdo con Salvador et al. (2017) es el instrumento más idóneo para la evaluación de la psicopatía en poblaciones penitenciarias. Es un instrumento auto-aplicable de 187 reactivos con cuatro respuestas tipo Likert que pueden ser “falso”, “mayoritariamente falso”, “mayoritariamente verdadero” y “verdadero”.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, presenta validez convergente con la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Hart et al., 1995) positiva, significativa, con un tamaño del efecto grande $>.50$ y generalizable (Salvador et al., 2017).

2.2.5 *Medición de Psicopatía Triartical (Triarchic Psychopathy Measure, TriPM)*

Se trata de un inventario de auto-reporte con 58 reactivos, tiene cuatro opciones de respuestas tipo Likert que mide los tres componentes del modelo de tres factores de Brinkley et al. (2008) a través de diferentes subescalas. Las opciones de respuesta son “mayoritariamente falso”, “falso”, “mayoritariamente verdadero”, y “verdadero” (Patrick, 2010).

Se ha utilizado en diferentes poblaciones, incluyendo personas privadas de la libertad, muestras clínicas, muestras de estudiantes universitarios

y adultos de población general. Asimismo, ha sido traducido a diversos idiomas como portugués, croata, holandés, finlandés, alemán, griego, italiano, castellano y sueco (Patrick, 2010).

Este inventario muestra validez convergente fuerte con el Inventario de Personalidad Psicopática, la Escala de Psicopatía de Auto Reporte y la Escala de Psicopatía de Auto-Reporte de Levenson (Patrick & Drislane, 2015).

3. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES EN PSICOPATÍA

Después de pasar por el largo proceso de evaluación, y una vez que el paciente fue diagnosticado con psicopatía o con rasgos psicopáticos, las intervenciones a las que tiene acceso en el campo de la salud mental son escasas, especialmente en comparación con el número de estudios descriptivos, estructurales, etiológicos y de carácter diagnóstico que se llevan a cabo en relación con este constructo (Salekin, Worley & Grimes, 2010).

A pesar de las implicaciones que tiene en la vida diaria de quienes padecen este trastorno de la personalidad (tanto a corto como a largo plazo), sorprendentemente se ha brindado muy poca atención a su estudio dentro del campo de la salud mental, particularmente en el desarrollo de tratamientos efectivos (Galietta & Rosenfeld, 2012).

Esta carencia de información resulta de vital importancia debido a que, hasta ahora, no se han llevado a cabo estudios con validez ecológica que permitan evaluar la recepción y eficacia de intervenciones en pacientes de servicios de consulta externa y ambulatorios, pues la mayoría de los estudios se han realizado con población penitenciaria y/o delictiva (Salvador, Pérez, Fernández, Bringas & Rodríguez, 2015; Skeem, Monahan & Mulvey, 2002).

Debido a las características del sistema de salud mental en países en vías de desarrollo, especialmente enfocadas hacia un tratamiento corto y de bajo costo, los pacientes con diagnóstico de psicopatía o rasgos psicopáticos tienen una menor probabilidad de recibir servicios de salud mental para cubrir las necesidades de su padecimiento, por lo que una de las tareas más importantes en la investigación actual es identificar y

refinar las propuestas de tratamiento más recientes para adaptarlas a las demandas específicas de esta población (Skeem et al., 2002).

Como se mencionó, las intervenciones específicamente diseñadas para trabajar los rasgos psicopáticos de personalidad son muy pocas (Galietta & Rosenfeld, 2012), y la literatura ha sido muy pesimista con respecto a los resultados de las intervenciones terapéuticas (Gibbon et al., 2010; Harris & Rice, 2006).

En este sentido, se han reportado intervenciones psicológicas basadas en Terapia de Mentalización, de corte psicodinámico (Bateman, O'Connell, Lorenzini, Gardner & Fonagy, 2016), al igual que un programa psicoeducativo para la solución de problemas y predictabilidad emocional (Black, Simsek-Duran, Blum, McCormick & Allen, 2016) en pacientes con Trastorno Antisocial de la Personalidad, en donde se encontró mejoría clínica en variables como enojo y hostilidad.

Por otro lado, la intervención psicológica basada en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el Trastorno Antisocial de la Personalidad y/o la presencia de rasgos psicopáticos se plantea como un reto significativo (Beck et al., 2004) debido a que la psicopatía se ha conceptualizado como una condición mental intratable en donde los pacientes pueden inclusive llegar a ser inmunes a cualquier modalidad de tratamiento (Salekin et al., 2010).

A pesar de que la investigación actual parece asumir que la psicopatía es intratable, la realidad es que poca evidencia empírica apoya este punto de vista (Skeem et al., 2002). Recientemente el ámbito clínico se ha vuelto cada vez más optimista con respecto al potencial de las intervenciones en psicopatía debido a que algunos autores han reportado efectos clínicamente significativos en la mejoría de los

síntomas (Vázquez-Vera, 2017; Salvador et al., 2015; Galietta & Rosenfeld, 2012; Salekin et al., 2010).

A continuación, se presentan algunos de los hallazgos más relevantes en el estudio de intervenciones en psicopatía, organizados a partir de sus objetivos principales de tratamiento:

3.1 Reducción de conductas antisociales

La mayoría de las investigaciones en el ámbito de la psicopatía se han enfocado en la aplicación de programas intensivos basados en TCC para participantes con conductas criminales y/o delictivas debido a que estas son las afectaciones más importantes en el campo de las políticas públicas (Harris & Rice, 2006).

En este campo los resultados son poco alentadores. Se ha encontrado que pacientes con trastorno de la personalidad psicopática con altos niveles de conductas violentas y delictivas presentan buenos niveles de mejoría al término de la intervención, pero en los seguimientos presentan una alta probabilidad de reincidir violentamente en las comunidades (Harris & Rice, 2006; Skeem et al., 2002).

Las estrategias conductuales más comunes que se han aplicado para la reducción de conductas antisociales son:

- Modificación conductual, orientada a desarrollar habilidades para el control de conductas violentas.
- Reforzamiento de conductas incompatibles con la conducta psicopática, castigando acciones impulsivas, deshonestas, agresivas, irresponsables y delictivas.

Es importante mencionar que la eficacia de esta modalidad de tratamiento se ve afectada por la necesidad de un alto control de condiciones medio ambientales, así como de la cantidad de sesiones. En

promedio, se necesita un tratamiento a largo plazo (al menos seis meses de sesiones semanales) para generar un efecto significativo en la reducción de los síntomas (Garrido, 2002).

3.2 Aumento habilidades sociales y control del enojo

Otro de los tratamientos más populares en esta área se relaciona con las comunidades terapéuticas. Se trata de un tratamiento grupal intensivo con una duración aproximada de 80 horas por semana que tiene como objetivo principal el aumento de la empatía y la responsabilidad social.

Con respecto a su eficacia, se ha encontrado en estudios cuasi-experimentales una alta reincidencia de conductas violentas, menor grado de motivación al cambio y en general poca mejoría, concluyéndose que las comunidades terapéuticas son ineficaces para el tratamiento de rasgos psicopáticos debido a que las habilidades sociales aprendidas por los pacientes pueden ser utilizadas para manipular y/o explotar a otros, y a que sesiones grupales podrían retroalimentar las conductas disfuncionales individuales (Harris & Rice, 2006; Reid & Gacono, 2000).

Por otro lado, los esfuerzos de intervención para el control del enojo se han enfocado en tratamientos breves (menores a 6 meses), utilizando técnicas basadas en TCC como sesiones de *role-playing* y el uso de ensayos conductuales (Salekin, 2002). Sus resultados muestran un alto grado de reincidencia en el control del enojo (Harris & Rice, 2006), al igual que ineficacia para aumentar y regular las habilidades sociales (Salekin et al., 2010).

3.3 Regulación emocional y control de impulsividad

Algunos estudios han focalizado sus esfuerzos en la des-regulación emocional asociada con los síntomas psiquiátricos comórbidos en la psicopatía (Skeem et al., 2002), utilizando técnicas como la modificación de aprendizajes previos, el uso del contra-condicionamiento, el modelamiento y la reestructuración cognitiva (Salekin et al., 2010).

Con respecto a su eficacia, aun no existen resultados que permitan valorar la mejoría de los síntomas, por lo que la investigación en intervenciones focalizadas en la regulación emocional de pacientes con psicopatía requiere mucha más atención para diseñar nuevas formas de tratamiento que adapten las características de los pacientes hacia esquemas emocionales, actitudes y habilidades basadas en su experiencia y contexto, más que en conductas, tendencias o temperamento que pueden ser mucho más difíciles de modificar (Skeem et al., 2002).

En conclusión, la investigación en intervenciones basadas en TCC para rasgos psicopáticos han resultado insuficientes para cubrir las necesidades de esta población. Algunas de las propuestas para mejorar futuras intervenciones se relacionan con:

- Realizar una evaluación profunda y dinámica para diseñar mejor el tratamiento.
- Dar a conocer el plan de tratamiento al paciente, basándose en los rasgos característicos de su personalidad (Salekin et al., 2010; Garrido, 2002).
- Realizar el tratamiento dentro del marco de una institución.
- La incorporación de miembros de la familia en el tratamiento (Salekin, 2002; Lykken, 2000).

- Seleccionar, formar y supervisar minuciosamente a los profesionales de salud implicados en el tratamiento.
- Reforzar factores de protección naturales como una pareja firme o un ambiente estricto de trabajo.
- Realizar seguimiento controlado y prevención de recaídas (Garrido, 2002).
- Focalizar los objetivos del programa al entrenamiento de autoconciencia y regulación emocional, de tal forma que el paciente comprenda que actuar de manera antisocial va en contra de sus intereses a largo plazo (Garrido, 2002), es decir, que su conducta antisocial les supone más perjuicios que beneficios (Salekin et al., 2010; Wong, 2000).

Como puede verse, el tipo de intervenciones propuestas hasta ahora requieren altos niveles de motivación, conciencia de enfermedad, y otras capacidades como pensamiento abstracto, resolución de problemas y la capacidad para observar las acciones propias y sus necesidades que los pacientes con psicopatía carecen.

Por tal motivo, una de las posibles explicaciones a la falta de eficacia de tratamientos terapéuticos en esta población podría ser su enfoque dirigido a cambiar cogniciones y conductas, sin prestar atención en primer plano a la regulación emocional y el control de impulsos (Karukivi et al., 2017).

3.4 Propuestas de intervención basadas en Terapia Dialéctico Conductual

Una de las propuestas terapéuticas que retoma y aborda las dificultades planteadas anteriormente, incluyendo la des-regulación emocional y la impulsividad como factor prioritario es la Terapia Dialéctico

Conductual (TDC), originalmente desarrollada por la Dra. Marsha Linehan (1993), para aplicar la terapia conductual estándar en el tratamiento de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Shireen, Rizvi & Steffel, 2014).

Actualmente se sabe (mediante resultados de ensayos clínicos controlados aleatorizados) que la TDC es eficaz en la reducción de trastorno por abuso de sustancias, trastorno depresivo mayor, trastornos de la alimentación, poblaciones de adolescentes con conductas suicidas y rasgos de personalidad límite (Soler, Elices, & Carmona, 2016), pacientes en la pubertad con des-regulación emocional grave (Perepletchikova et al., 2017; Heliodoro, García & Botella, 2014), así como diferentes trastornos de la personalidad del clúster B incluyendo trastorno narcicista e histriónico de la personalidad (Linehan & Wilks, 2015).

3.4.1 Fundamentos básicos

La TDC es una terapia de la tercera generación de TCC en donde se combinan técnicas conductuales con principios de aceptación de la realidad derivados del Zen, la filosofía dialéctica y otras prácticas contemplativas y de carácter comprensivo (Soler et al., 2016; Linehan & Wilks, 2015).

Se trata de un tratamiento modular y jerárquico con más de 60 habilidades concretas (basadas en la investigación conductual y otros tratamientos basados en evidencia) agrupadas en cuatro componentes centrales (Neacsiu, Eberle, Kramer, Wiesmann & Linehan, 2014):

- sesiones de terapia individual.
- sesiones grupales de entrenamiento de habilidades, divididos a su vez en 4 módulos: *mindfulness* o atención plena, regulación emocional, efectividad interpersonal, y tolerancia al malestar.
- "coaching" telefónico, con el objetivo de dar retroalimentación inmediata a los clientes mediante consecuencias efectivas cuando interactúen disfuncionalmente con la sociedad.
- un equipo de consulta para los terapeutas, diseñado para cuidar su salud mental y mejorar la integridad del tratamiento (Flynn, Kells, Joyce, Suarez & Gillespie, 2018; Linehan & Wilks, 2015; Shireen, Rizvi & Steffel, 2014).

El tratamiento incluye diversos componentes, y se propone como tratamiento psicológico a largo plazo; recientemente, Linehan y Wilks (2015) sugirieron que el tratamiento puede ser flexible y basado en los principios terapéuticos que aborda más que un protocolo altamente estructurado, por lo que la investigación actual se ha enfocado en probar la eficacia de sus componentes de manera independiente, especialmente trabajando con el módulo de entrenamiento en habilidades.

A continuación, se describen brevemente sus componentes así como algunos hallazgos relevantes para el presente trabajo en la investigación clínica:

El entrenamiento en habilidades es un componente activo y fundamental del tratamiento (Soler et al., 2016) diseñado para resolver problemas actuales del paciente y mejorar aspectos motivacionales (por ejemplo, evitar conductas autolesivas, abstenerse del uso de drogas, reducir síntomas depresivos y/o permanecer en terapia). Su objetivo principal es aumentar el comportamiento funcional del paciente para reemplazar comportamientos disfuncionales (Linehan & Wilks, 2015).

Asimismo, está focalizado de forma didáctica, con un énfasis importante en procedimientos de entrenamiento conductuales, incluyendo modelamiento, instrucciones paso a paso, contar historias, ensayos conductuales, retroalimentación y *coaching*, y asignación semanal de tareas (Neacsiu et al., 2014).

Recientemente, se ha descubierto que el entrenamiento en habilidades de la TDC por sí solo puede ser efectivo para mejorar la des-regulación emocional y la reducción de la impulsividad a lo largo de una diversa variedad de trastornos psicológicos en adultos y adolescentes (Flynn et al., 2018; Shireen, Rizvi & Steffel, 2014). Por ejemplo, Neacsiu et al. (2014) aplicaron el módulo de entrenamiento de habilidades para la regulación emocional como un tratamiento independiente de 16 semanas para pacientes con transdiagnóstico de des-regulación emocional. Al final de la intervención, se observó un buen nivel de eficacia del tratamiento, con cambios significativos en la consciencia emocional, la claridad y la aceptación de emociones.

En otro estudio, se incorporaron las cuatro modalidades del tratamiento de TDC estándar para adultos, con un componente adicional de entrenamiento para padres para trabajar con adolescentes con conducta disruptiva. La intervención consistió en 32 semanas de sesiones semanales de 90 minutos de duración (Perepletchikova et al., 2017) y se encontraron altos niveles de cambio.

Por otro lado, en el ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo por Feigenbaum et al. (2012), se trabajó con pacientes con diagnósticos del clúster B de personalidad, incluyendo 7 participantes con Trastorno Antisocial de la Personalidad, y uno con Trastorno Narcisista. El tratamiento consistió en 1 hora de terapia individual semanal, 2.5 horas de entrenamiento grupal, y consultas telefónicas basándose en el entrenamiento de habilidades para la regulación emocional. Se concluyó

en la TDC fue efectiva en la reducción de conductas de riesgo y diestrés para pacientes del clúster B (Feigenbaum et al., 2012).

Finalmente, el estudio realizado por Shireen, Rizvi & Steffel (2014) con alumnos de pregrado con dificultades en la regulación emocional sugiere que trabajar independientemente el módulo de habilidades para la regulación emocional es una intervención a corto plazo efectiva. Los participantes tuvieron efectos significativos en el tamaño del efecto en la regulación emocional, uso de habilidades y funcionamiento fueron mantenidas en el seguimiento.

Con estos hallazgos, se puede concluir el uso del entrenamiento en habilidades de la TDC como entrenamiento independiente es efectivo para la reducción de la des-regulación emocional (Linehan & Wilks, 2015). Por tal motivo, un tratamiento corto de entrenamiento en habilidades en TDC puede ser una intervención de alto impacto para mejorar esta problemática, generando ventajas no solo en la eficacia del tratamiento, sino también asociadas a su duración, costo económico y el requerimiento de menor personal de salud mental para completar el tratamiento (Soler et al., 2016).

3.4.2 Adaptación de la TDC al campo de la psicopatía

Al igual que en otros ámbitos de la salud mental, se ha propuesto la utilización de la TDC el ámbito forense, especialmente por su focalización en conductas que ponen en riesgo la vida (como autolesiones, agresividad, violencia, bajo control de impulsos, y/o poco control conductual) (Berzins & Trestman, 2004), en el trabajo terapéutico sobre conductas que interfieren con el programa de tratamiento, cuando existen dificultades en la motivación del paciente, en la reducción de la impulsividad y debido a su aplicación en trastornos de personalidad (Rizvi & Linehan, 2001).

Cuando se realizó una modificación de la TDC para trabajar objetivos forenses, ésta se focalizó en aumentar la atención plena focalizada en empatía y la mejoría de la regulación emocional. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, y la adaptación de la TDC en ámbitos correccionales está en sus inicios, por lo que son necesarias iniciativas basadas en las necesidades clínicas de pacientes (Berzins & Trestman, 2004).

A pesar de las evidencias de éxito en este tipo de enfoque terapéutico, existe una necesidad de continuar refinando esta intervención, particularmente con individuos que presentan falta de experiencias emocionales e interpersonales, como en el caso de la psicopatía (Karukivi et al., 2017).

Fundamentación del estudio

A través del tiempo, la psicopatía ha sido un constructo controvertido en el campo de la salud mental. Debido a esta situación, la posibilidad de que un profesional de salud mental pueda diferenciar las características esenciales de esta condición se ha vuelto una labor difícil, sobre todo en el proceso diagnóstico y de evaluación.

El proceso para diagnosticar psicopatía es largo, complejo y muchas veces costoso, pues se requiere de un especialista en el área con años de experiencia clínica, así como horas de evaluación que incluyen entrevistas, evaluaciones psicológicas y aplicación de instrumentos. Por tanto, es necesario generar nuevas herramientas de evaluación que permitan establecer una presunción diagnóstica, o en su caso que complementen de una forma más sencilla el diagnóstico de psicopatía.

En este sentido, validar en población mexicana una escala de psicopatía de auto-reporte, breve, consistentemente válida y confiable generaría la posibilidad de una aplicación fácil, rápida y que ahorraría gran cantidad de recursos para identificar mediante un proceso de tamizaje rasgos de personalidad psicopática.

Asimismo, el desarrollo de escalas para la medición de la psicopatía generalmente se ha llevado a cabo en población penitenciaria, dejando a un lado las características de esta condición de salud mental en población abierta y clínica. Mediante la validación de dicha escala en una población con tales características, se puede asegurar su generalización y aplicación no solo en población penitenciaria, sino en el público en general, abarcando tanto población clínica como población abierta.

Por otro lado, la investigación clínica en el campo de la psicopatía ha mostrado resultados poco alentadores, especialmente en las intervenciones grupales, lo cual ha generado que los servicios especializados en salud mental no cuenten con profesionales capacitados en el tratamiento psicológico de este tipo de población, esto a pesar de la apremiante necesidad de intervención debido a las implicaciones en la vida diaria de los pacientes, tanto a corto como a largo plazo, que generan disfunción y alteraciones tanto en los pacientes, como en sus familiares y personas cercanas.

Por tal motivo, es necesario continuar explorando aquellas intervenciones en las que se han encontrado cambios clínicamente significativos en la población con rasgos psicopáticos, especialmente aquellos con un enfoque prioritario en las dificultades para la regulación emocional.

Preguntas de Investigación

¿Es válida y confiable la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson, Khiel y Fitzpatrick, 1995) en población abierta y clínica?

¿Cuál es el efecto de una intervención individual basada en TDC para mejorar la regulación emocional de pacientes con rasgos psicopáticos?

Para responder estas preguntas, se plantea un estudio en dos fases. En la primera de ellas, se determinarán las propiedades psicométricas de la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson. En la segunda, se determinará el efecto de una intervención individual basada en TDC para mejorar la regulación emocional de pacientes con rasgos psicopáticos.

4. FASE 1: Validación de la Escala

4.1 MÉTODO

4.1.1 *Objetivo general*

Determinar las características psicométricas de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) en población general mexicana.

4.1.2 *Objetivos específicos*

1. Describir la validez de constructo de la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) a través de un análisis factorial exploratorio.
2. Determinar la validez discriminante de la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) mediante la obtención de valores de sensibilidad y especificidad del instrumento.
3. Describir la validez concurrente de la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) con el uso de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Ostrosky-Solís et al., 2008).
4. Describir y determinar la consistencia interna (alpha de Cronbach) de la versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995).

4.1.3 *Hipótesis general*

La Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) mostrará adecuados valores de validez y confiabilidad en población general mexicana.

4.1.4 Hipótesis específicas

1. La versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) se organizará en tres factores propuestos previamente por diversos autores (Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2018; Salekin et al., 2014), referidos como egocentrismo, insensibilidad (o mezquindad), y conducta antisocial.
2. La versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) será capaz de discriminar entre sujetos con psicopatía y sujetos sin psicopatía.
3. La puntuación en la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) mostrará una correlación lineal directa con la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Ostrosky-Solís et al., 2008).
4. La versión mexicana de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) tendrá índices de consistencia interna (Alpha de Cronbach) superiores a .70.

4.1.5 Variables

4.1.5.1 Sociodemográficas

Las variables sociodemográficas relevantes para el presente estudio incluyeron edad, escolaridad, sexo, estado civil, ocupación y nivel socioeconómico percibido.

4.1.5.2 Psicopatía

- Definición conceptual: trastorno de la personalidad caracterizado por conductas antisociales y emociones prosociales limitadas que incluyen manipulación, encanto superficial, insensibilidad, afecto superficial, engaño, impulsividad, búsqueda de atención y falta de

sentido de responsabilidad (Crego & Widiger, 2015; Muñoz, 2012; Hare, 1993).

- Definición operacional: diagnóstico psiquiátrico basado en la entrevista clínica de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R mediante la obtención de un puntaje ≥ 30 (Ostrosky-Solís et al., 2008).

4.1.6 Participantes

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional con 133 participantes tanto de población clínica como de población abierta, de ambos sexos, sin importar la raza, religión, nivel socioeconómico o nivel educativo. El número de participantes para la validación de la escala se basó en la recomendación de Nunnally y Berstein (1994) a razón de cinco participantes por cantidad de reactivos en la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson.

La media de edad en los participantes fue de 31.38 ± 9.8 años (rango 18-60 años); con una escolaridad de 17 ± 4.25 años (rango 9-30 años); el 60.9% (n= 81) de los participantes fueron mujeres y el 39.1% (n= 52) fueron hombres. El resto de las características sociodemográficas pueden consultarse en la Tabla 1.

Tabla 1*Datos sociodemográficos de los participantes.*

Variables	Descriptivos
Edad	M= 31.38 (D.E.: 9.8)
Escolaridad	M= 17 (D.E.: 4.25)
Sexo	Mujer n= 81 (60.90%) Hombre n= 52 (39.09%)
Estado Civil	Soltero/a n= 90 (67.66%) Casado/a n= 35 (26.31%) Divorciado/a n= 6 (4.52%) Viudo/a n= 2 (1.51%)
Ocupación	Empleo remunerado n= 64 (48.12%) Estudiante n= 59 (44.36%) Otro n= 4 (3%) Hogar n= 3 (1.50%) Desempleado/a n= 3 (1.50%)
Nivel socioeconómico percibido	Alto n=16 (12.03%) Medio n=112 (84.21%) Bajo n= 5 (3.75%)
Psicopatía	Presencia n= 80 (60.15%) Ausencia n= 53 (39.84%)

4.1.6.1 Criterios de inclusión

- Sexo: Hombres o Mujeres.
- Mayores de edad.
- Que acepten participar mediante la firma de la Carta de Consentimiento Informado (ver Anexo 1).

4.1.6.2 Criterios de exclusión

- Menores de edad.
- Presentar diagnóstico en Eje I de Trastorno psicótico, afectivo tipo bipolar (I y/o II) o secundario a un trastorno por abuso de sustancias que alteren la respuesta ante los instrumentos aplicados.
- Presentar problemas en la comunicación verbal.

4.1.6.3 Criterios de Eliminación

- Participantes que no concluyeron la aplicación de las pruebas.

4.1.7 Diseño de investigación

La fase 1 de la investigación consistió en un diseño no experimental, transversal, descriptivo (McGuigan, 1997). Se trata de un diseño no experimental ya que durante el estudio no se manipularon variables, transversal por realizarse una sola evaluación por participante, y descriptivo ya que se busca conocer en términos generales los resultados arrojados por las diferentes pruebas para la validación de la escala.

4.1.8 Medición (Instrumentos)

4.1.8.1 Formato de datos sociodemográficos

Dicho formato se compone de los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico percibido. Se llenaba a través de la entrevista clínica con un especialista en salud mental.

4.1.8.2 Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson

La escala se compone de 26 reactivos de auto-reporte con respuestas tipo Likert (con cuatro opciones que van desde 1 “totalmente en desacuerdo” hasta 4 “totalmente de acuerdo”), 7 de los reactivos se califican de manera inversa para evitar posibles sesgos al responder (reactivos 10, 12, 14, 15, 16, 19 y 23).

Con respecto a sus propiedades psicométricas, ha mostrado buenos niveles de validez convergente con la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Hart et al., 1995) y el Inventario de Personalidad Psicopática (Lilienfeld & Andrews, 1996), con adecuada estructura factorial compuesta por egocentrismo, insensibilidad y conducta antisocial (Garofalo et al., 2018), al igual que adecuada confiabilidad con rangos Alpha de Cronbach entre 0.63 y 0.82 (Levenson et al., 1995), por lo que su uso resulta generalizable (Salvador et al., 2017).

4.1.8.3 Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R

Se utilizó para describir la validez concurrente. Se trata de una entrevista clínica semi-estructurada (con duración de aplicación de 90 a 120 minutos) con veinte reactivos en los que se toma en cuenta el contenido de las respuestas del individuo, las impresiones del entrevistador, comentarios e impresiones de otros técnicos, así como datos de archivo para puntuar valores de 0, 1 o 2 puntos dependiendo si las características del reactivo se ajustan o no a las respuestas del individuo.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, presenta buenos niveles de validez predictiva, con una estructura factorial de dos componentes, y presenta adecuada confiabilidad Alpha de Cronbach presentado valores para la puntuación total de 0.87. (Ostrosky-Solís et al., 2008).

4.1.9 Procedimiento

Inicialmente se llevó a cabo el proceso de traducción del instrumento, siguiendo los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Sartorius y Janca, 1996): la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson fue valorada por tres traductores bilingües independientes con experiencia en el campo de la Salud Mental para aprobar la pertinencia de su traducción al castellano. Posteriormente, un grupo de expertos bilingües realizaron la traducción al castellano, para después dar paso a otro experto que realizó un proceso de re-traducción al idioma original. Finalmente, el grupo bilingüe revisó la traducción al inglés, y dicha versión fue sometida nuevamente a su traducción en el idioma castellano.

Posteriormente se llevó a cabo la selección de los participantes. Los participantes de población clínica se reclutaron en el área de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñíz*”, mientras que los participantes provenientes de población abierta se reclutaron en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en grupos de nivel licenciatura y posgrado.

Los participantes aceptaron participar mediante la firma de un consentimiento informado (véase el Anexo 1) en donde se explicó el procedimiento de las evaluaciones, los objetivos del estudio, las implicaciones, confidencialidad de los datos y cualquier tipo de duda relacionada con las mismas. Una vez firmado el consentimiento informado, se llevó a cabo la aplicación de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson

Posteriormente, se programó una cita con dos especialistas en salud mental entrenados en la aplicación de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R (Ostrosky-Solís, et al., 2008; Hart et al., 1995): un psiquiatra forense y una estudiante de posgrado. Dicha cita tuvo como objetivo una entrevista individual para la aplicación de escala.

4.1.10 Escenario

Las aplicaciones de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson (Levenson et al., 1995) en la población abierta se llevaron a cabo de manera grupal en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM, en un salón de clases y un auditorio con iluminación y ventilación adecuadas. Asimismo, las aplicaciones de las pruebas en población clínica se llevaron a cabo en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñíz*”. Durante dichas aplicaciones, se aseguró que no existieran distractores visuales o auditivos.

Las entrevistas individuales se realizaron en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría “*Ramón de la Fuente Muñíz*”, en una oficina con iluminación y ventilación adecuadas, al igual que en el cubículo 15 del Edificio D de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, y como material adicional se utilizaron lápices, gomas y tablas de madera o plástico para apoyarse durante la evaluación.

4.1.11 Análisis estadístico

Una vez calificadas las pruebas, se capturaron en una base de datos para su análisis. Inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo para identificar las medidas de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar y rangos para aquellas variables que fueron continuas, y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

El procedimiento para evaluar la validez de la escala fue la siguiente:

1. Se realizó la prueba de análisis de frecuencias y el índice de discriminación de reactivos para cada reactivo que compone la escala. Se tomó la decisión de eliminar aquellos reactivos con una respuesta única en más del 90% de los casos.

2. Se obtuvo la correlación ítem-total por cada uno de los reactivos de la escala. Los reactivos con índices moderados ($<.30$) fueron eliminados.
3. Una vez realizado este proceso inicial, se determinó la validez de constructo de la Escala de auto-reporte de Levenson mediante el uso de un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. La idoneidad de los datos para la detección de la estructura se determinó por las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett y mediante el uso del diagrama de pantalla de Cattell. Los reactivos con comunalidades con valores $>.40$ se conservaron y asignaron a factores.
4. Para evaluar la validez discriminante de la escala se empleó una curva ROC para identificar si la escala de auto-reporte de Levenson tiene la capacidad de diferenciar entre participantes con y sin psicopatía. Se tomó en cuenta el área bajo la curva con valor de $.80$, y posteriormente se analizó un posible punto de corte.
5. Para evaluar la validez concurrente de la prueba, y de acuerdo con el nivel de medición de las variables establecidas en cada escala, se realizó una correlación de Pearson entre la puntuación total de la Escala de auto-reporte de Levenson, y la puntuación total de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R.

Finalmente, para evaluar la confiabilidad de la escala, se calcularon los coeficientes Alpha de Cronbach de la puntuación total de la escala, así como de cada factor propuesto para conocer su consistencia interna. Los resultados se consideraron significativos si arrojaron una probabilidad asociada $\leq .05$.

4.1.12 Consideraciones éticas

El presente estudio consideró los principios éticos y científicos propuestos en la Declaración de Helsinki para la investigación en el campo médico en seres humanos (WMA, 2015).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría con fecha y número de aprobación CEI/C/015/2016 (ver Anexo 1), y cuenta con los siguientes apartados:

- Explicación sobre los objetivos de la investigación, y justificación del mismo.
- Procedimientos a seguir durante la investigación.
- Beneficios para los participantes.
- Explicación en relación a la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación.
- Contacto del investigador principal en caso de dudas relacionadas con los procedimientos, riesgos, o cualquier otro asunto relacionado con la participación en el estudio.

Por otro lado, a todos los participantes les fue asignado un código numérico para asegurar la confidencialidad de sus datos, y el acceso a la base de datos únicamente era aprobada por el investigador principal.

4.2 RESULTADOS

Inicialmente, y siguiendo el orden del procedimiento estadístico descrito, ningún reactivo se eliminó de acuerdo con el criterio de análisis de frecuencias y el índice de discriminación de reactivos para cada reactivo de la escala (es decir, ningún reactivo tuvo una respuesta única en más del 90% de los casos).

Posteriormente, con la correlación total por reactivo se eliminaron los reactivos 10 (*“me molestaría si mi éxito lo obtuviera a expensas de alguien más”*) y 19 (*“me siento capaz de perseguir un objetivo durante mucho tiempo”*) al no cumplir con el criterio de un índice $<.30$. (véase el Anexo 2 y la Tabla 2).

4.2.1 Validez de constructo

Para la obtención de la validez de constructo de la escala auto-aplicable de Levenson se realizó un análisis factorial confirmatorio con 24 reactivos.

Los resultados de la matriz de componentes rotados con cargas factoriales superiores a 0.40 se reportan en la Tabla 3. Los reactivos de la escala se conformaron en un modelo de cinco factores, explicando el 62.94% de la varianza total.

Tabla 3

Matriz de componentes rotados con cinco factores para la Escala auto-aplicable de Levenson

	Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
1	El éxito se basa en la sobrevivencia del más fuerte, me importan poco los débiles o perdedores	.558			.470	
2	Está bien todo aquello en lo que pueda salirme con la mía	.705				
6	Dejo que otros se preocupen por valores superiores, mi mayor preocupación es el resultado final	.508			.454	
7	Las personas que son lo suficientemente tontas para ser engañadas, por lo general se lo merecen	.643				
9	Le digo a otras personas lo que quieren escuchar para que hagan lo que yo quiero	.668				
11	Con frecuencia admiro una estafa muy inteligente	.626				
13	Disfruto manipular los sentimientos de otras personas	.769				
22	La mayoría de mis problemas se deben al hecho de que los demás no me entienden	.572		.480		
26	El amor está sobrevalorado	.536				
12	Me esfuerzo en no lastimar a otros en la búsqueda de mis objetivos		.701			
14	Me siento mal si mis palabras o acciones le causan dolor emocional a alguien más	.418	.587			

15	Aunque me esforzara mucho en vender algo, no mentiría al respecto	.624				
16	Engañar no está justificado, debido a que es injusto para los demás	.581				
24	He tenido muchas peleas a gritos con otras personas	.518	.552			
17	Me encuentro en el mismo tipo de problemas, una y otra vez		.688			
21	Pierdo rápidamente el interés en las tareas que inicio	.415	.522		.500	
18	A menudo estoy aburrido/a	.439	.633			
25	Cuando me frustró, a menudo pierdo los estribos y me desquito		.672			
3	En el mundo actual está justificado que haga cualquier cosa con la que pueda tener éxito			.557		
4	Mi principal objetivo en la vida es conseguir tantas cosas como pueda			.843		
5	Mi meta más importante es hacer mucho dinero			.767		
8	Mi mayor prioridad es ver por mi	.593	.425			
20	No planeo con mucha anticipación				.827	
23	Antes de hacer algo considero cuidadosamente las posibles consecuencias	.440			.679	
Varianza (%)		38.78	8.20	6.19	4.98	4.77

Como puede observarse, los reactivos 1, 6, 8, 14, 18, 21, 22, 23 y 24 se adecuaron a más de un componente, por lo que se procedió a un reacomodo de dichos reactivos en un solo factor. Para este fin, y teniendo en cuenta el análisis teórico y conceptual del constructo de psicopatía, se nombraron a los factores: (1) maquiavelismo, (2) empatía, (3) tendencia al aburrimiento, (4) egocentrismo y (5) falta de planeación.

De esta forma, se buscó que cada reactivo fuera consistente con lo que evalúa cada factor propuesto, y se tomó en cuenta el criterio de al menos 3 reactivos por factor para mantener el componente (Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza y Tomás-Marco, 2014). Así, el factor 5 (falta de planeación) fue eliminado al quedarse solo con 2 reactivos.

El resultado final del análisis factorial se presenta en la Tabla 4. Dicho análisis se ajusta a 4 factores (maquiavelismo, empatía, tendencia al aburrimiento y egocentrismo) que explican el 58.17% de la varianza total. La versión final de la escala se encuentra en el Anexo 3.

Tabla 4*Cargas factoriales reajustadas de la Escala de auto-reporte de Levenson*

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1 El éxito se basa en la sobrevivencia del más fuerte, me importan poco los débiles o perdedores	.558			
2 Está bien todo aquello en lo que pueda salirme con la mía	.705			
6 Dejo que otros se preocupen por valores superiores, mi mayor preocupación es el resultado final	.508			
7 Las personas que son lo suficientemente tontas para ser engañadas, por lo general se lo merecen	.643			
9 Le digo a otras personas lo que quieren escuchar para que hagan lo que yo quiero	.668			
11 Con frecuencia admiro una estafa muy inteligente	.626			
13 Disfruto manipular los sentimientos de otras personas	.769			
22 La mayoría de mis problemas se deben al hecho de que los demás no me entienden	.572			
26 El amor está sobrevalorado	.536			
12 Me esfuerzo en no lastimar a otros en la búsqueda de mis objetivos		.701		
14 Me siento mal si mis palabras o acciones le causan dolor emocional a alguien más		.587		

15	Aunque me esforzara mucho en vender algo, no mentiría al respecto	.624			
16	Engañar no está justificado, debido a que es injusto para los demás	.581			
24	He tenido muchas peleas a gritos con otras personas	.518			
17	Me encuentro en el mismo tipo de problemas, una y otra vez	.688			
21	Pierdo rápidamente el interés en las tareas que inicio	.522			
18	A menudo estoy aburrido/a	.633			
25	Cuando me frustro, a menudo pierdo los estribos y me desquito	.672			
3	En el mundo actual está justificado que haga cualquier cosa con la que pueda tener éxito				.557
4	Mi principal objetivo en la vida es conseguir tantas cosas como pueda				.843
5	Mi meta más importante es hacer mucho dinero				.767
8	Mi mayor prioridad es ver por mi				.425
	Varianza (%)	38.78	8.20	6.19	4.98

4.2.2 Validez discriminante

Para evaluar la capacidad de la escala de diferenciar entre participantes con y sin psicopatía se empleó una curva ROC (Cerde y Cifuentes, 2012). De acuerdo con la Gráfica 1, el área bajo la curva tiene un valor de .802,

lo cual indica una adecuada capacidad discriminante. Sin embargo, al realizar pruebas para la elección del valor de corte, se encontró que el mejor ajuste se encuentra en un punto de corte de 42, con un valor de sensibilidad =0.74 y de especificidad= 0.68, con una tasa de falsos positivos= 0.32 y de falsos negativos=0.26.

De esta forma, el valor predictivo positivo de la escala =0.48, mientras que el valor predictivo negativo =0.87. Por tal motivo, la escala de auto-reporte de Levenson no cumple los criterios para ser una prueba diagnóstica y su uso se recomienda para tamizaje.

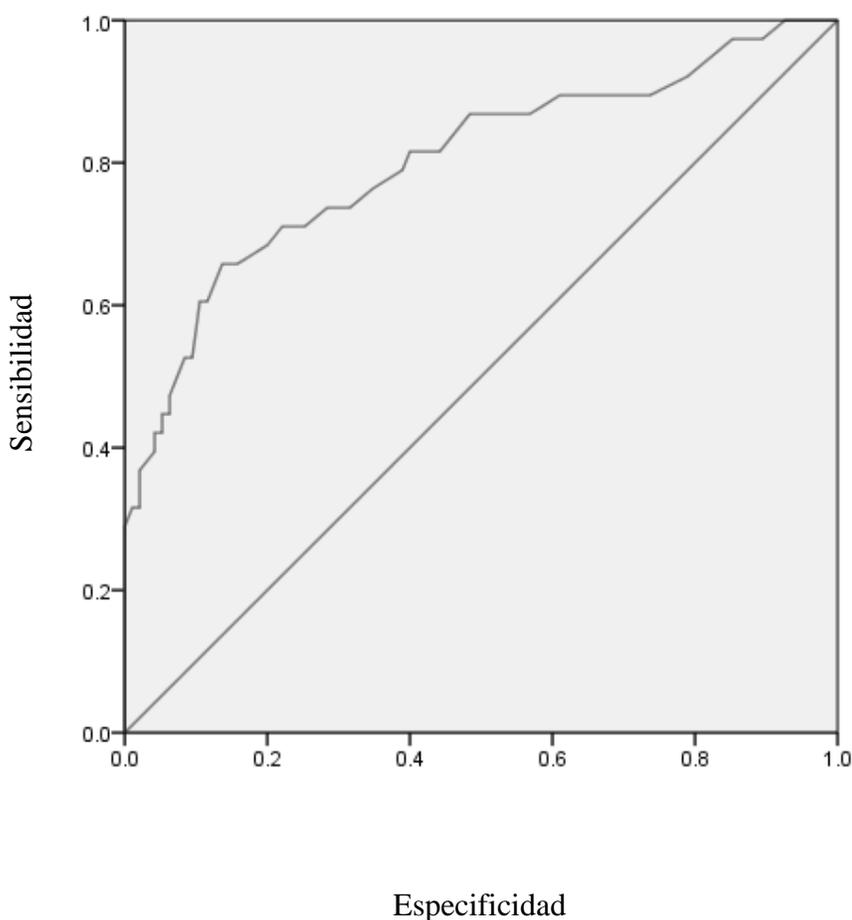


Figura 1

Curva ROC para analizar la validez discriminante de la escala de auto-reporte de Levenson

4.2.3 Validez concurrente

La Tabla 5 muestra los resultados de las correlaciones de Pearson (positivas, modestas y estadísticamente significativas) entre la puntuación total de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada PCL-R, la puntuación total de la escala de auto-reporte de Levenson y sus respectivos factores.

Tabla 5

Coefficiente de r de Pearson entre el puntaje total del PCL-R, el puntaje total de la escala auto-aplicable de Levenson, y sus factores.

	Puntuación total PCL-R
Puntuación total Levenson	.573**
Factor 1 Maquiavelismo	.522**
Factor 2 Empatía	.520**
Factor 3 Tendencia al aburrimiento	.410**
Factor 4 Egocentrismo	.414**

**p<.01

4.2.4 Confiabilidad

Una vez corroborados los valores de validez de la escala, se procedió a determinar su consistencia interna. La Tabla 6 muestra los valores Alpha de Cronbach por cada factor, al igual que para la puntuación total.

Tabla 6

Valores Alpha de Cronbach para determinar la consistencia interna de la escala auto-aplicable de Levenson

Escala	Alpha de Cronbach
Factor 1 Maquiavelismo	$\alpha = .907$
Factor 2 Empatía	$\alpha = .738$
Factor 3 Tendencia al aburrimiento	$\alpha = .766$
Factor 4 Egocentrismo	$\alpha = .739$
Total escala Levenson	$\alpha = .926$

4.3 DISCUSIÓN

Tradicionalmente, la psicopatía se ha conceptualizado como un constructo complejo, difícil de evaluar, caracterizado por conductas antisociales, emociones prosociales limitadas, y un conjunto de características interpersonales y afectivas tales como manipulación, encanto superficial, insensibilidad, engaño e impulsividad (Martínez-López et al., 2019; Glenn, Johnson & Raine, 2013; Hare, 1993).

Generalmente, la evaluación clínica de la psicopatía se realiza mediante entrevistas con especialistas en salud mental aunado a la aplicación de instrumentos psicométricos que ayuden a cuantificar las características de dicho constructo. Este proceso puede llegar a ser largo y complejo, por lo que es necesario crear nuevas herramientas de evaluación que permitan realizar de forma más eficaz su evaluación.

Por tal motivo, el principal objetivo de la primera fase de este estudio fue determinar las características psicométricas de la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson en población general mexicana. Los resultados obtenidos indican que la Escala de Psicopatía de auto-reporte de Levenson es válida y confiable en población abierta mexicana.

Mediante el uso del análisis factorial, se identificaron cuatro factores: maquiavelismo, empatía, tendencia al aburrimiento y egocentrismo. Dichos factores difieren de la estructura factorial propuesta inicialmente por Levenson y cols. (1995), quienes únicamente identificaron dos factores (psicopatía primaria y secundaria), y coinciden parcialmente con la estructura de tres factores (egocentrismo, insensibilidad o mezquindad y antisocialidad) propuesta más recientemente por diversos autores (Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2018; Salekin et al., 2014, Brinkley et al., 2008).

La diferencia principal radica en un nuevo factor encontrado, nombrado como “*tendencia al aburrimiento*”, que hace referencia teórica a la necesidad de estimulación, poca tolerancia a la monotonía o la rutina, y a la pérdida de interés constante (López-Martínez, et al., 2019; Viding et al., 2014; Hare, 1993). Diferenciarlo del resto de las características que componen el constructo de psicopatía puede ayudar a identificar mejor el cuadro clínico del paciente para realizar un diagnóstico más específico.

El análisis de la curva ROC para evaluar la capacidad de la escala de diferenciar entre personas con o sin psicopatía reveló que a pesar de haber encontrado una adecuada capacidad discriminante, el análisis del valor predictivo de la escala arrojó un valor negativo alto. Esto indica que la escala puede usarse para discriminar a aquellas personas que no tengan psicopatía de las que sí, por lo que se recomienda su uso para fines clínicos y/o de investigación como prueba de tamizaje.

Las correlaciones positivas, modestas y estadísticamente significativas entre la puntuación total del PCL-R, la puntuación total de la escala auto-aplicable de Levenson, y sus cuatro subescalas son consistentes con lo reportado en la literatura de investigación (Garofalo, Noteborn, Sellbom & Bogaerts, 2018; Salvador et al., 2017; Lilienfeld & Andrews; Hart et al., 1995), lo cual indica una adecuada validez concurrente de la escala.

Finalmente, las cuatro subescalas y el puntaje total de la escala presentaron adecuados índices de consistencia interna, similares a la gama reportada en otras versiones tanto en inglés (Levenson et al., 1995), como en su traducción al castellano (León-Mayer, Asún-Salazar & Folino, 2010; García Valencia et al., 2008; Folino & Mendioca, 2006). Con esto, se puede concluir que la Escala de psicopatía de auto-reporte de Levenson cuenta con adecuados niveles de confiabilidad.

Por tanto, se puede resumir que la Escala auto-aplicable de Levenson es una prueba de tamizaje útil para indicar presencia o ausencia de

psicopatía en población general y clínica adulta mexicana. En este sentido, para realizar un diagnóstico formal de psicopatía, es necesario complementar los resultados de esta escala con otras pruebas tales como el PCL-R (Ostrosky-Solís et al., 2008), prueba estándar de excelencia en este campo, al igual que mediante entrevistas clínicas con profesionales en salud mental entrenados en dicho diagnóstico.

5. FASE 2: Intervención individual basada en TDC

5.1 MÉTODO

5.1.1 *Objetivo general*

Evaluar el efecto de una intervención individual basada en TDC para mejorar la regulación emocional en pacientes con rasgos psicopáticos.

5.1.2 *Participantes*

Participaron nueve pacientes pertenecientes al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz” con algún diagnóstico psiquiátrico en el Eje II del clúster B de la personalidad en comorbilidad con rasgos psicopáticos o con diagnóstico formal de psicopatía de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) y de la Escala de Psicopatía de Hare Revisada (Ostrosky-Solís et al. 2008), al igual que con otros trastornos del Eje I.

La media de edad fue de 45.77 ± 5.38 años (rango 38-57 años), con una escolaridad de 15.11 ± 1.96 años (rango 13-16 años); cinco mujeres y cuatro hombres. El resto de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes pueden consultarse en la Tabla 7 y 8 respectivamente.

5.1.2.1 *Criterios de inclusión*

- Sexo: Hombres o Mujeres.
- Mayores de edad.
- Que acepten participar mediante la firma de la Carta de Consentimiento Informado (véase el Anexo 3).

5.1.2.2 *Criterios de exclusión*

- Menores de edad.
- Presentar diagnóstico en Eje I de Trastorno psicótico, afectivo tipo bipolar (I y/o II) o secundario a un trastorno por abuso de sustancias que alteren la respuesta ante los instrumentos aplicados, así como el seguimiento de la intervención.
- Presentar algún trastorno neurológico.

5.1.2.3 *Criterios de Eliminación*

- Participantes que no desearon continuar en el estudio.
- Participantes que no concluyeron la intervención.
- Faltar a 3 sesiones continuas sin justificación.

De acuerdo con dichos criterios de eliminación, tres pacientes fueron descartados del estudio. Las razones que refirieron para abandonar la intervención fueron: no tener tiempo de asistir a las sesiones, no desear continuar y haber faltado a tres sesiones de forma continua sin justificación.

Tabla 7*Datos sociodemográficos de los pacientes*

Identificador	Sexo	Edad	Escolaridad (años)	Ocupación	Estado Civil
1	Hombre	48 a	12 a	Empleo tiempo completo	Soltero
2	Hombre	44 a	13 a	Empleo tiempo completo	Viudo
3	Hombre	41 a	16 a	Desempleado	Soltero
4	Hombre	57 a	13 a	Desempleado	Divorciado
5	Mujer	47 a	16 a	Empleo tiempo completo	Soltera
6	Mujer	48 a	16 a	Desempleada	Unión libre
7	Mujer	43 a	16 a	Empleo tiempo completo	Soltera
8	Mujer	38 a	16 a	Empleo tiempo completo	Divorciada
9	Mujer	46 a	18 a	Desempleada	Soltera

Tabla 8*Datos clínicos de los pacientes*

Identificador	Diagnóstico(s) Eje I	Diagnóstico(s) Eje II	Puntuación PCL-R*	Tratamiento farmacológico	Tratamientos psicológicos previos
1	Trastorno depresivo mayor recurrente, episodio actual en remisión	Trastorno límite de la Personalidad, Trastorno Narcicista con rasgos antisociales, Psicopatía	32	Venlafaxina, Valproato de magnesio, Quetiapina	TCC con enfoque en pareja
2	Trastorno depresivo mayor recurrente, episodio actual moderado con síntomas ansiosos, TDAH mixto	Trastorno límite de la personalidad, Trastorno antisocial de la personalidad, Psicopatía	34	Sertralina, Quetiapina, Topiramato, Hidroxizina	Ninguno
3	-	Trastorno límite de la personalidad con rasgos narcicistas, Trastorno antisocial de la personalidad	21	Fluoxetina	Ninguno
4	Trastorno depresivo mayor, episodio actual moderado en remisión parcial, TDAH mixto	Trastorno narcicista de la personalidad con rasgos límites y antisociales	14	Metilfenidato, Clonazepam, Sertralina, Lamotrigina	TCC en modalidad grupal

5	-	Trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales, Rasgos obsesivo-compulsivos	14	Fluoxetina, Clonazepam	TCC individual con enfoque en rasgos obsesivo-compulsivos
6	Trastorno depresivo mayor recurrente moderado	Trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales	19	Sertralina, Topiramato, Quetiapina, Clonazepam	TDC en modalidad grupal, entrenamiento en habilidades
7	Trastorno depresivo recurrente Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales	12	Amisulprida, Venlafaxina, Clonazepam, Levomepromazina	Ninguno
8	Trastorno depresivo mayor recurrente, episodio actual grave con síntomas ansiosos	Trastorno límite de la personalidad, Trastorno antisocial de la personalidad	18	Duloxetina, Clonazepam, Mirtazapina, Hidroxizina, Topiramato, Quetiapina, Ibuprofeno, Alprazolam	Ninguno
9	Trastorno depresivo, Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno límite de la personalidad con rasgos antisociales	21	Enalapril, Hidroclorotrizida, Fluoxetina, Risperidona, Cabergolina, Lamotrigina	TDC en modalidad grupal, entrenamiento en habilidades

Nota: el punto de corte para diagnóstico de psicopatía de acuerdo con dicha escala es 30 (Ostrosky-Solís, et al., 2008).

5.1.2.4 *Formulación de casos*

De acuerdo con el modelo propuesto por la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan, 2015), y retomando algunas sugerencias encontradas dentro de las limitaciones de intervenciones previas diseñadas para esta población (Salekin et al., 2010; Garrido, 2002), se optó por conceptualizar los casos para brindar retroalimentación en el módulo 1. La formulación de cada caso puede consultarse en el Anexo 4.

5.1.3 *Diseño de investigación*

Se llevó a cabo un diseño experimental N = 1 de línea base A-B con ocho réplicas (Kadzin, 2011), en donde la fase A se compuso de la línea base (3 mediciones) y la fase B de la intervención (4 o 5 mediciones, dependiendo cada caso).

5.1.4 *Variables e Instrumentos*

5.1.4.1 *Variables Sociodemográficas*

- Datos sociodemográficos: sexo, edad, escolaridad, ocupación y estado civil.
- Datos clínicos: diagnóstico psiquiátrico del Eje I y II planteados por el DSM-5 (2013), la puntuación obtenida en el PCL-R realizada por dos especialistas en dicha aplicación (un psiquiatra forense y una estudiante de posgrado en psicología), su tratamiento farmacológico actual, y si habían recibido tratamientos psicológicos previos.

5.1.4.2 *Variables Dependientes*

- Psicopatía: a pesar de ser considerado como un trastorno de personalidad que forma parte de la estructura básica del carácter y que permanece relativamente constante a lo largo de la vida

(Holzer & Vaughn, 2017; Beck et al., 2004; Reid & Gacono, 2000), se tomó la decisión de medir dicha variable *pre-test/post-test* tratamiento.

Conceptualmente, puede definirse como un trastorno de la personalidad caracterizado por conductas antisociales, características interpersonales y afectivas que incluyen manipulación, encanto superficial, insensibilidad, afecto superficial, engaño, impulsividad, búsqueda de atención y falta de sentido de responsabilidad (Crego & Widiger, 2015; Muñoz, 2012; Hare, 1993).

Dicha variable se midió mediante el uso de la Escala de psicopatía de auto-reporte de Levenson, validada con adecuadas propiedades psicométricas en población mexicana en la fase 1 del presente estudio. Al tener una validez discriminante limitada, se optó únicamente por usarse como prueba de tamizaje, con un punto de corte en 42 puntos.

- Regulación emocional: se puede definir conceptualmente como aquellos procesos mediante los cuales se ejerce una influencia sobre las emociones, el momento en que se experimentan, y la forma en la que se expresan. Al ser un proceso psicológico con multicomponentes, implica cambios en la latencia, magnitud, duración y respuestas tanto en el ámbito conductual como en el fisiológico (Gross, 2002).

Por otro lado, dicha variable se evaluó operacionalmente mediante la puntuación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E): con 35 reactivos con respuesta tipo Likert (con 5 opciones de respuesta que van desde 1 "*casi nunca*" hasta 5 "*la mayoría del tiempo*") que brinda un puntaje total de regulación emocional, así como puntajes diferenciados en los

dominios (1) no aceptación de respuestas emocionales, (2) dificultades para implementar conductas dirigidas a metas, (3) falta de conciencia emocional y (4) falta de claridad emocional.

Esta escala se encuentra validada en población mexicana, y presenta un buen nivel de validez concurrente de grupos contrastados con algunos valores de depresión, impulsividad y autolesiones ($r = .76, p < 0.05$). Asimismo, tiene un nivel adecuado de consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.89 (Marín, Robles, González-Forteza & Andrade, 2012).

- Impulsividad: definido como un constructo multidimensional formado por rasgos que incluyen la tendencia a tomar decisiones rápidamente, la tendencia a actuar sin pensar y la tendencia a involucrarse en conductas riesgosas (Salvo & Castro, 2013).

Dicha variable se midió operacionalmente mediante el uso de dos escalas:

(1) La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), que se compone de 30 reactivos con respuesta tipo Likert (con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 "*Casi nunca o nunca*" a 4 "*Casi siempre o siempre*") que brindan una puntuación total, así como puntuaciones diferenciadas para 3 tipos de subescalas de la impulsividad: cognitiva, motora e impulsividad no planeada. Doce de los reactivos se califican de manera inversa para evitar posibles sesgos al responder.

Con respecto a sus propiedades psicométricas, se reporta una validez concurrente positiva, altamente significativa con respecto a la escala de impulsividad del DSM-IV ($r_{761} = 0.55, p < 0.001$), al igual que una buena validez de constructo en relación con otras características psicopatológicas evaluadas en una muestra chilena ($r_{761} = 0.34, p < 0.001$). Asimismo, presenta un nivel aceptable de

consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.77 (Salvo y Castro, 2013).

(2) La Escala de Impulsividad Estado (EIE): validada en población castellana, contiene 20 reactivos con respuesta tipo Likert (con cuatro opciones de respuesta que van desde 0 “*Casi nunca*” a 4 “*Casi siempre/siempre*”) que permiten evaluar la impulsividad conceptualizada como un estado que puede variar a corto plazo a través de tres subescalas: gratificación, automatismo y respuesta atencional.

Sobre sus propiedades psicométricas, presenta una buena validez de constructo para sus tres subescalas ($p < 0.001$), mientras que para su validez convergente presenta correlaciones altamente significativas con otras escalas de impulsividad ($r = .55$, $p < 0.001$). Finalmente, presenta una confiabilidad elevada con un Alpha de Cronbach de 0.88 (Iribarre, Jiménez-Giménez, García-de Cecilia & Rubio-Valladolid, 2011).

5.1.4.3 Variable Independiente

La variable independiente de este estudio fue una intervención cognitivo conductual basada en la Terapia Dialéctico-Conductual que consistió en la aplicación de técnicas como: psicoeducación, pensamientos de afrontamiento, búsqueda de evidencias, atención plena y acción inversa (McKay et al., 2017; Linehan, 2015).

5.1.5 Procedimiento

En primer lugar, se adaptó una intervención cognitivo conductual modular basada en la Terapia Dialéctico-Conductual para mejorar la regulación emocional de pacientes con psicopatía, basado en el Manual de Entrenamiento en Habilidades (*DBT Skills Training Handouts and Worksheets*) de Marsha Linehan (2015), y en la propuesta de organización

de sesiones del Manual Práctico de Terapia Dialéctico Conductual de McKay, Wood y Brantley (2017). Específicamente, se realizó una adaptación del módulo de regulación emocional para su aplicación en formato individual.

El material de la intervención incluye:

- Formato de intervención para los pacientes, organizado de forma modular, en donde se describen las habilidades, tareas para cada sesión, así como el material para trabajo en casa (ver Anexo 5).
- Formato de integridad del tratamiento. Se trata de un *check-list* de registro de categorías conductuales, que se completa mediante la ayuda de un co-terapeuta en cada sesión para asegurar que se cumplen todos lo descrito en el proceso de intervención (ver Anexo 6).

Por otro lado, tanto la recolección de los datos como los procedimientos de intervención estuvieron a cargo de dos estudiantes de posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México, que cuentan con entrenamiento en la Terapia Dialéctico-Conductual y Medicina Conductual, y que estuvieron bajo la supervisión de dos Doctores en Psicología pertenecientes al padrón de tutores del Posgrado en Psicología con amplia experiencia en el ámbito clínico y de investigación aplicada. Asimismo, las sesiones fueron supervisadas semanalmente por una Maestra en Psicología certificada en la aplicación de la Terapia Dialéctico-Conductual.

5.1.5.1 Procedimiento general

Antes de iniciar la intervención, se le entregaron a cada paciente dos Cartas de Consentimiento Informado en donde se les explicó el procedimiento completo de la intervención, incluyendo las evaluaciones, los objetivos del estudio, las implicaciones, confidencialidad de los datos y cualquier tipo de duda relacionada con

las mismas. Se brindó una copia al paciente y se guardó la otra en su expediente.

Posteriormente, se inició la aplicación de los instrumentos para formar la línea base a lo largo de tres semanas, en una aplicación individual, semanal para cada paciente. Una vez completada dicha línea base, se inició con las sesiones de intervención semanales. Finalmente, una vez concluidos los módulos que componen la intervención, se llevó a cabo una evaluación final.

5.1.5.2 Procedimientos clínicos

La intervención planteada en este estudio se trató de una modalidad individual, modular, de corta duración. Cada sesión se llevó a cabo de forma semanal, con una duración aproximada de 60 minutos.

La intervención se compuso de tres módulos en donde se abordaron distintas técnicas cognitivas, conductuales y emocionales para la regulación emocional. A continuación se describe cada módulo:

- Módulo 1, psicoeducación. En este módulo se llevó a cabo el procedimiento de encuadre con el paciente, la conceptualización del caso, y se explicó al paciente el programa completo de intervención.

Asimismo, mediante la técnica de psicoeducación se familiarizó a los pacientes con algunas nociones básicas del modelo Cognitivo Conductual, de la Terapia Dialéctico- Conductual, se brindó información básica acerca del diagnóstico del trastorno de personalidad, su relación con la regulación emocional y se explicó la conceptualización de su caso.

- Módulo 2, reducción de la impulsividad. Durante este módulo se trabajó habilidades para la reducción de la intensidad de emociones desagradables y de impulsividad, mediante las técnicas de atención plena y acción opuesta (Linehan, 2015).
Para la aplicación de la atención plena, se trabajó mediante tres componentes, (1) observar una sola cosa a la vez, describir sin juzgar, y participar efectivamente, (2) la consciencia plena de su respiración y la visualización de una escena reciente relacionada con alguna reacción emocional intensa, y (3) el seguimiento de instrucciones del terapeuta (Linehan, 2015; McKay, 2017).
Finalmente, para poner en práctica la técnica de acción opuesta, se trabajó con los pacientes la identificación de impulsos de acción ante situaciones relacionadas con emociones intensas, y posteriormente la descripción de acciones distintas u opuestas (dependiendo de cada paciente) para luego implementarlas en la vida diaria (Linehan, 2015).
- Módulo 3, herramientas cognitivas. Este módulo se enfocó en la regulación de pensamientos desencadenantes de emociones negativas a través de la práctica de dos habilidades o técnicas cognitivas: “*pensamientos de afrontamiento*” y búsqueda de evidencias (McKay et al., 2017).
En la primera de ellas, se pidió a los pacientes que utilizaran como modelo una lista de pensamientos de afrontamiento diseñados para regular las emociones cuando se experimenta una situación de angustia. Posteriormente, se trabajó en conjunto con los pacientes para que escribieran sus propios pensamientos en el material brindado para poder leerlo fácilmente cuando se encuentre en situaciones similares. Para la implementación de la segunda técnica, se trabajó mediante un registro de lápiz y papel para examinar la evidencia a favor y en contra que tenían distintos

acontecimientos activadores de emociones desagradables, para llegar a una descripción más exacta y justa de dicho evento.

Al finalizar cada módulo, se utilizó el material de ejercicios y los formatos para practicar la habilidad en casa para evaluar tanto clínica como objetivamente la adquisición de la habilidad o técnica revisada durante el módulo. De esta forma, una vez corroborado el criterio de dominio de la habilidad, se procedió a trabajar los siguientes dos módulos hasta la finalización de la intervención. En tres de los casos la intervención tuvo una duración de siete sesiones, mientras que en seis casos fue de ocho sesiones.

5.1.6 Escenario

Todas las sesiones de evaluación e intervención se llevaron a cabo en un consultorio dentro del Módulo D de la Consulta Externa del INPRF, en la Clínica de Personalidad, en donde se contó con adecuada ventilación e iluminación, al igual que con privacidad y espacio adecuados para que se pudiera trabajar con el paciente en condiciones óptimas.

5.1.7 Análisis estadístico

Inicialmente, se optó por un análisis visual para las variables de regulación emocional e impulsividad con el objetivo de determinar si los resultados de la intervención tuvieron fuerza o magnitud suficiente que indique un efecto clínico. Para este estudio, se consideró dicho cambio si (1) la fase de intervención difiere a lo reportado en la línea base y (2) si se reportó reducción de la dificultad para la regulación emocional y la impulsividad (Kratowill et al., 2010; Kadzin, 2011).

Posteriormente, para conocer el tamaño del efecto de la intervención, se analizaron los datos de cada paciente con un calculador virtual para

determinar el Índice NAP y la significancia estadística del mismo. De acuerdo a lo propuesto por Parker y Vannest (2009) se consideraron las siguientes rangos de interpretación: efecto débil 0-.65, efecto medio .66-.92 y efecto fuerte .93-1.0.

Finalmente, para reportar el cambio clínico objetivo a través de las mediciones *pre-test/post-test* de la variable psicopatía, se optó por la medida propuesta por Cardiel (1994). Se consideraron cambios clínicamente significativos aquellos valores superiores a 0.20.

5.1.8 Consideraciones éticas

Al igual que en la fase 1 de este estudio, se consideraron los principios éticos y científicos propuestos en la Declaración de Helsinki para la investigación en el campo médico en seres humanos (WMA, 2015).

La intervención fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría con fecha y número de aprobación CEI/C/031/2019 (ver Anexo 3), y cuenta con los siguientes apartados:

- Información sobre los responsables del estudio, tanto del investigador principal como de la investigadora asociada.
- Propósito del estudio
- En qué consiste la participación de los pacientes.
- Procedimiento detallado de la investigación.
- Información sobre confidencialidad: los datos se manejaron a través de un código numérico al cual solo los investigadores tuvieron acceso. Asimismo, se anexó la explicación de que los pacientes podían abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto afectara su tratamiento habitual dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Riesgos emocionales asociados a las evaluaciones y/o durante las sesiones de psicoterapia.
- Beneficios de participar en el estudio.
- Apartado para dudas y contactos, explicando que en cualquier momento los pacientes pueden preguntar acerca de los

procedimientos, riesgos u otros asuntos relacionados con la investigación.

5.2 RESULTADOS

En las Gráficas 2, 3 y 4 se pueden observar las puntuaciones totales semanales de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), así como de La Escala de Impulsividad Estado (EIE) de los nueve pacientes que formaron parte del presente estudio en la línea base (3 mediciones) y durante la fase de intervención (4 o 5 mediciones dependiendo del caso).

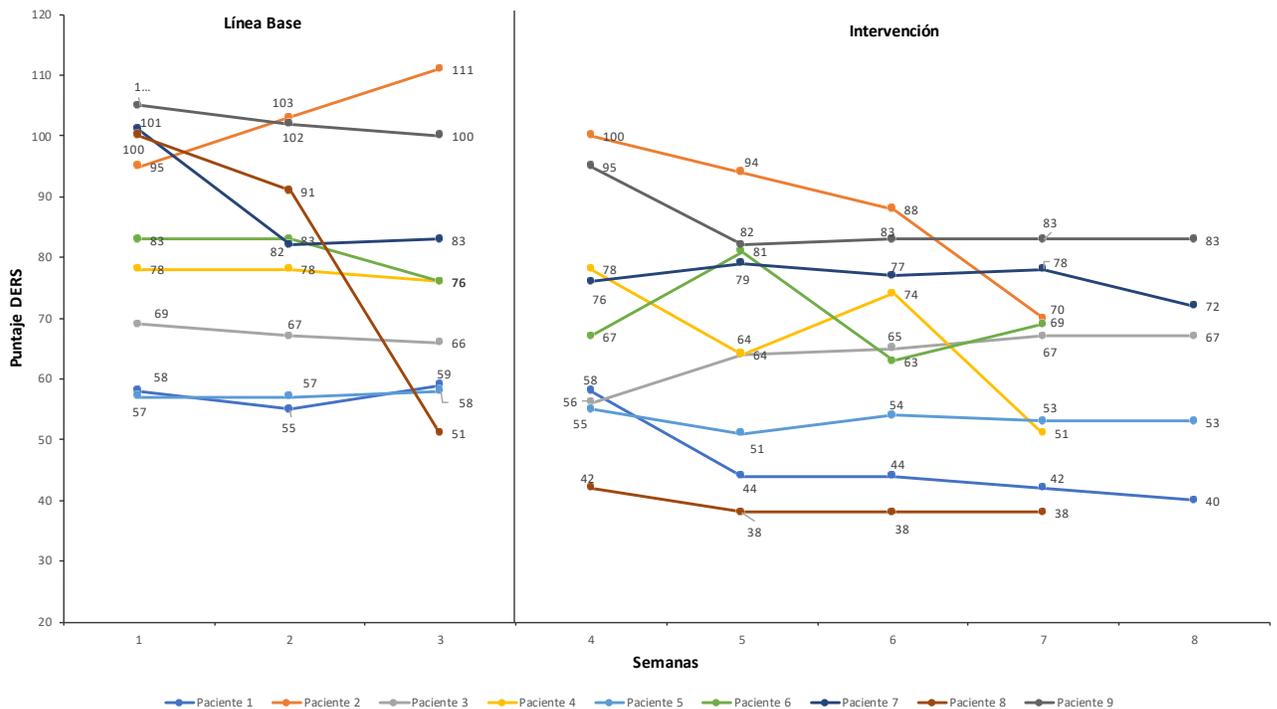


Figura 2

Resultados de la variable regulación emocional de acuerdo con las puntuaciones totales de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional.

El análisis visual de los datos de la Figura 2 muestra, en relación con la estabilidad de la línea base, una línea estable en todos los casos con excepción de los pacientes 8 y 9, en donde se puede observar una tendencia a disminuir los puntajes, especialmente en el caso 8.

Asimismo, puede observarse variabilidad de la respuesta dentro de las mediciones de la línea base únicamente en el caso 8, en donde dicha variabilidad es amplia.

Por otro lado, en la fase de intervención puede observarse que todas las puntuaciones fueron menores al finalizar la intervención (mediciones 7 u 8) en comparación con su inicio (medición 4), lo cual podría ser indicativo de mejoría clínica. Cabe mencionar que puede observarse un incremento en la puntuación de la sexta medición del paciente 4, que posteriormente decrementó en la séptima y última medición.

Finalmente, existió solapamiento de las mediciones en el paciente 1 (primera, segunda y cuarta medición) paciente 4 (primera, segunda y cuarta medición) y el paciente 9 (segunda, séptima y octava medición); en el resto de los casos, el puntaje se mantuvo por debajo de la línea base, resaltando una tendencia a la disminución en el paciente 2.

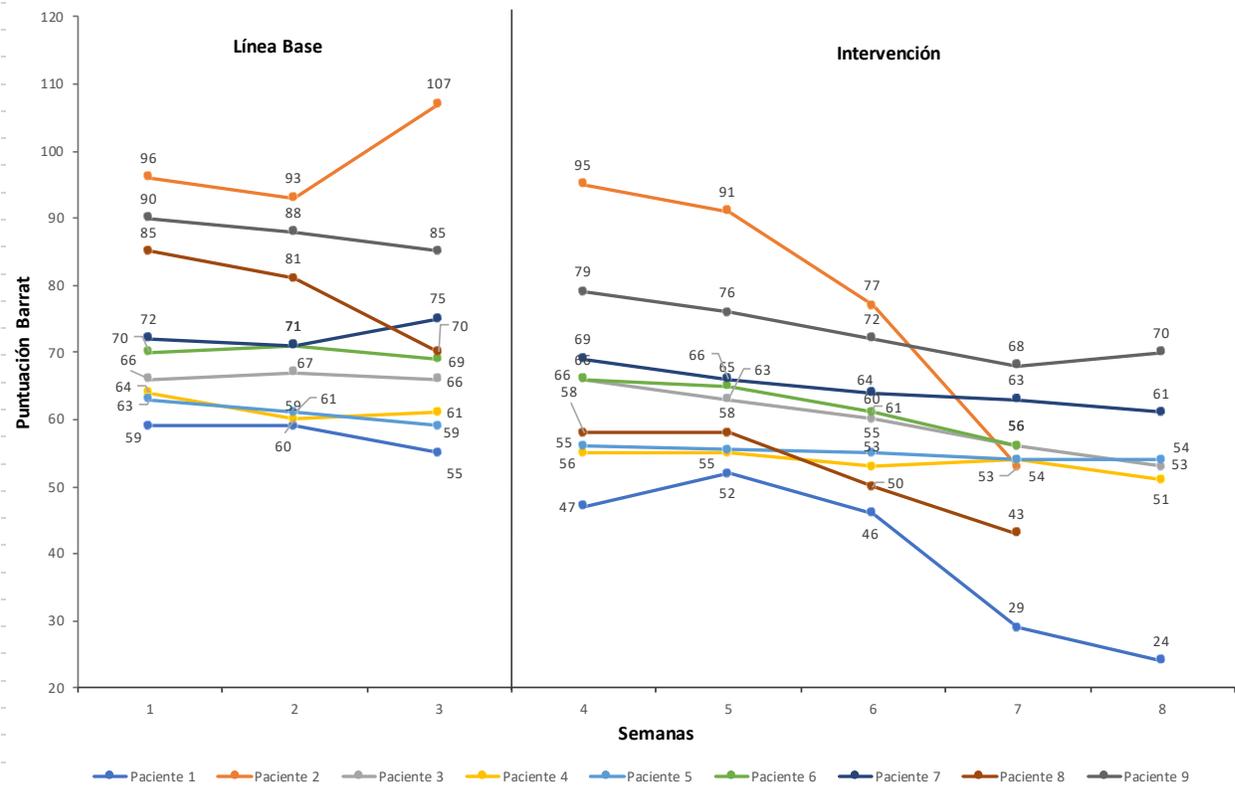


Figura 3
Resultados de la variable impulsividad de acuerdo con las puntuaciones totales de la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

En la Figura 3 se muestran los puntajes obtenidos por los nueve pacientes en la escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11). De acuerdo con el análisis visual de los datos, puede observarse una tendencia a la disminución de los puntajes en la línea base de todos los casos con excepción de los pacientes 2 y 7, en quienes se puede observar una tendencia a aumentar dicho puntaje. A pesar de esta tendencia, la variabilidad de la línea base se mantiene estable en todos los casos.

En relación con la fase de intervención, nuevamente se puede observar una tendencia a la disminución de los datos en todos los casos, siendo menor el puntaje obtenido en la última medición, y resaltando los casos 2, 7 y 8, en donde se puede observar una marcada disminución de la impulsividad.

Cabe mencionar que existió solapamiento de los datos entre la línea base y la fase de intervención en el paciente 1 (tercera y quinta medición), el paciente 2 (segunda y cuarta medición), y el paciente 6 (primera y cuarta medición). En todos estos casos, el solapamiento puede catalogarse como ligero, en rango entre 2 y 3 puntos.

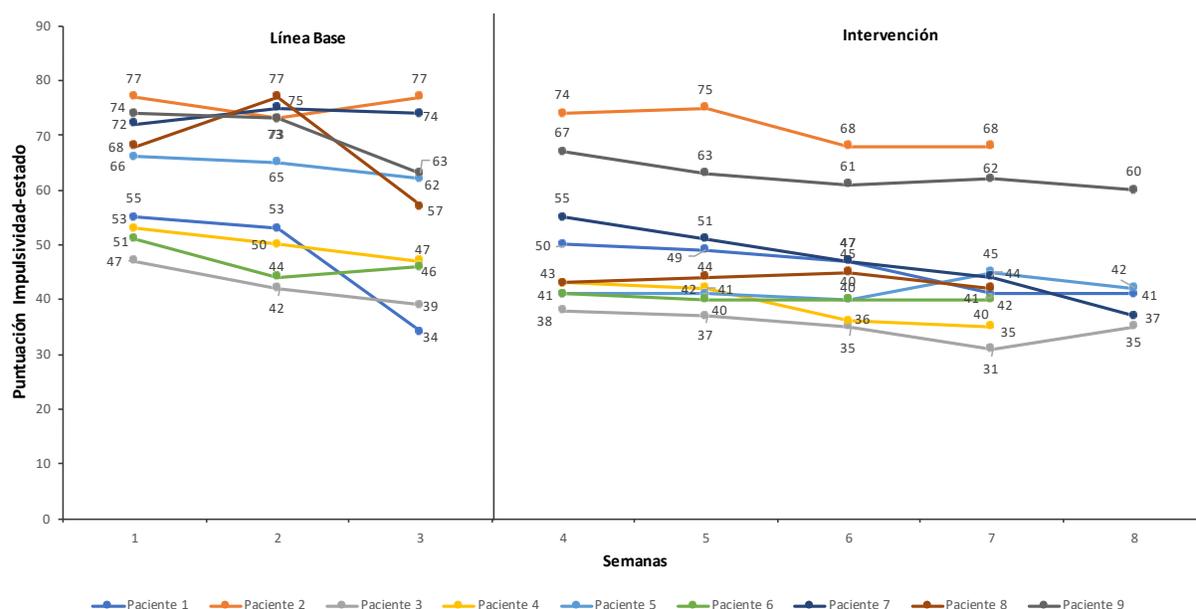


Figura 4
Resultados de la variable impulsividad de acuerdo con las puntuaciones totales de la Escala de Impulsividad Estado (EIE)

La Figura 4 muestra los puntajes obtenidos en la Escala de Impulsividad-Estado (EIE). En este caso, puede observarse una línea base con tendencia a la disminución, especialmente en los pacientes 1, 3 y 8. A pesar de esta tendencia, puede observarse poca variabilidad en las respuestas de la línea base.

Durante la fase de intervención, puede observarse nuevamente que todas las puntuaciones de la última medición (7 u 8 dependiendo del

caso) son menores que al inicio de la misma (cuarta medición), lo cual podría indicar mejoría clínica.

Se encontró solapamiento de las mediciones en el paciente 1 (todas las mediciones de la fase de intervención en relación con la tercera medición de la línea base) y el paciente 3 (tercera, cuarta y quinta medición).

Por otro lado, se optó por un análisis del índice NAP de las puntuaciones totales para la medición de la regulación emocional y la impulsividad para conocer el tamaño del efecto de la intervención.

Los resultados del tamaño del efecto clínico para la regulación emocional se encuentran resumidos en la Tabla 9. Se encontró un efecto fuerte y estadísticamente significativo en los pacientes 1, 5, 7, 8 y 9. En el resto de los casos se encontraron efectos de débiles a moderados sin significancia estadística.

Tabla 9

Índice NAP para la variable regulación emocional (basado en DERS)

Casos	NAP	Valor de P	Tamaño del efecto
1	0.97	0.05*	Efecto fuerte
2	0.92	0.08	Efecto medio
3	0.80	0.17	Efecto medio
4	0.73	0.19	Efecto medio
5	1.00	0.00**	Efecto fuerte
6	0.25	0.19	Efecto débil
7	1.00	0.00**	Efecto fuerte
8	1.00	0.00**	Efecto fuerte
9	1.00	0.00**	Efecto fuerte

*p<.05, **p<.01

Las Tablas 10 y 11 muestran los resultados del tamaño del efecto clínico para la impulsividad, medidos mediante la escala de Impulsividad de

Barrat (BIS-11) y la escala de Impulsividad-Estado (EIE) respectivamente.

Los resultados de la escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11) arrojaron un efecto fuerte, estadísticamente significativo en los pacientes 1, 4, 5, 6, 7, 8 y 9; por otro lado, se encontró un efecto medio sin valores estadísticamente significativos en los pacientes 2 y 3.

Tabla 10

Índice NAP para la variable impulsividad (basado en Barrat)

Casos	NAP	Valor de P	Tamaño del efecto
1	1.00	0.00**	Efecto fuerte
2	0.92	0.25	Efecto medio
3	0.92	0.09	Efecto medio
4	1.00	0.00**	Efecto fuerte
5	1.00	0.00**	Efecto fuerte
6	1.00	0.00**	Efecto fuerte
7	1.00	0.00**	Efecto fuerte
8	1.00	0.00**	Efecto fuerte
9	1.00	0.00**	Efecto fuerte

**p<.01

Los puntajes totales de la escala de Impulsividad-Estado mostraron un tamaño del efecto fuerte, estadísticamente significativo en los pacientes 3, 4, 5, 6, 7 y 8. Se encontraron efectos de medios a fuertes, sin valores estadísticamente significativos en los pacientes 1, 2 y 9.

Tabla 11

*Índice NAP para impulsividad (impulsividad-estado) **p<.01*

Casos	NAP	Valor de P	Tamaño del efecto
1	0.67	0.33	Efecto medio
2	0.83	0.17	Efecto fuerte
3	1.00	0.00**	Efecto fuerte
4	1.00	0.00**	Efecto fuerte
5	1.00	0.00**	Efecto fuerte
6	1.00	0.00**	Efecto fuerte
7	1.00	0.00**	Efecto fuerte

8	1.00	0.00**	Efecto fuerte
9	0.90	0.22	Efecto fuerte

**p<.01

Asimismo, se calculó el cambio clínico objetivo de Cardiel (1994) con la variable psicopatía, obtenida de los puntajes totales de la escala auto-aplicable de Levenson. Se observaron mejorías clínicas en relación a dicha variable en los pacientes 6, 7 y 8.

Tabla 12

Cambio clínico objetivo de Cardiel (CCO) para la variable Psicopatía (basado en Levenson)

Paciente	Valor de Cardiel	Mayor a 0.20	Interpretación
1	-0.09	No	Sin mejoría clínica
2	-0.15	No	Sin mejoría clínica
3	0	No	Sin mejoría clínica
4	-0.05	No	Sin mejoría clínica
5	-0.18	No	Sin mejoría clínica
6	-0.34	Sí	Mejoría clínica
7	-0.41	Sí	Mejoría clínica
8	-0.53	Sí	Mejoría clínica
9	-0.04	No	Sin mejoría clínica

Nota: se espera que el signo sea negativo debido a la naturaleza de la variable.

Finalmente, la Tabla 13 y 14 ilustra algunos cambios conductuales y modificaciones del pensamiento registradas a lo largo de los módulos de intervención en los pacientes.

La Tabla 13 muestra ejemplos del uso de las técnicas de atención plena y acción opuesta (módulo 2) para la modificación conductual de reacciones catalogadas por los pacientes como impulsivas. En la primera columna se describe la conducta impulsada por una emoción muy intensa o impulsiva, en la segunda la técnica de elección del paciente, y en la tercera la descripción del proceso llevado a cabo por el paciente con el resultado conductual.

Tabla 13a*Ejemplos de modificación conductual.*

Paciente	Conducta impulsiva	Técnica utilizada por el paciente	Resultado
1	Bajarse del coche en una avenida principal a discutir con otro conductor	Atención plena: describir sin juzgar/ participar efectivamente	<i>“Describí mentalmente la reacción de mi cuerpo, me iba enojando más y más, y pensé que bajarme iba a generar conflicto y me iba a alejar de mi objetivo que era llegar a recoger a mi hijo a la escuela temprano”</i>
2	Revisar el celular de mi pareja	Acción opuesta	<i>“En vez de agarrar su celular cuando ella se estaba bañando, mejor me salí del cuarto y me puse a cocinar algo”</i>
3	Reclamarle a mi mamá a gritos que no le ayudó a mi hermano	Acción opuesta	<i>“En lugar de gritarle, respiré, anoté todo lo que iba a decirle en mi celular y se lo dije sin ser agresivo o hiriente”</i>
4	Reclamar a gritos en la ventanilla del banco por un cobro que me hicieron	Atención plena: respirar y describir sin juzgar	<i>“Expliqué, eso sí, medio enojado y hostil, las razones por las que el cobro era injustificado, así me entendieron mejor en la ventanilla”</i>
5	Renunciar a mi trabajo porque me estaban cargando mucho el trabajo	Acción opuesta	<i>“Me enojé mucho, pero en vez de seguir el impulso de renunciar, respiré y continué ese día con mi trabajo, al final hablé con mi jefe para explicarle que toda la carga de trabajo estaba recayendo sobre mí, pero mucho más calmada”</i>
6	No salir de mi casa porque me dolía mucho la cadera	Acción opuesta	<i>“Me tomé las pastillas que me mandó el doctor y vine a mi sesión”</i>
7	Gritarle a mi tía porque me dice que no fume	Atención plena: participar efectivamente	<i>“Pensé que seguramente le preocupó a mi tía, y que si discutíamos ambas nos íbamos”</i>

8	Pedirle a mi novio que venga a poner el arbolito de navidad a mi casa hoy o que ya no venga	Atención plena: describir sin juzgar	<i>a poner peor, entonces mejor me salí a caminar y cuando regresé ya estaba más tranquila y le dije que no me diga nada cuando fume" "Yo estaba muy enojada porque no me ayudaba, pero luego describí sin juzgar todas las actividades que tiene que hacer y me di cuenta que está muy ocupado, ya no le dije nada hasta días después, pero más calmada" "Respiré, pensé en mejor ahorrar ese poquito de dinero que tengo para comprarme algo sin endeudarme, y me fui de la tienda"</i>
9	Comprarme unas botas, pero no tengo dinero	Acción opuesta	

La Tabla 14 muestra ejemplos de los pensamientos de afrontamiento (módulo 3). En la primera columna se encuentra el pensamiento de afrontamiento, en la segunda la situación estresante en que se aplicó, y en la tercera la emoción resultante.

Tabla 14*Ejemplos de pensamientos de afrontamiento.*

Paciente	Pensamientos de afrontamiento	Situación en la que lo aplicaron	Emoción
1	<i>"Estas situaciones a veces pasan en la ciudad"</i>	Quedarse atorado en el tráfico por una manifestación	Tranquilidad
2	<i>"Estoy haciendo todo lo que puedo para volver a ver a mis hijos"</i>	No poder ver a sus hijos en su cumpleaños debido a la orden de reestrificación por falta de manutención	Tranquilidad Disminución de frustración
3	<i>"Poner en práctica lo que aprendí me ayuda a no sentirme tan mal"</i>	Sentir dolor de estómago por somatización	Disminución de enojo
4	<i>"He salido de peores"</i>	Discutir con su pareja	Disminución de enojo, frustración, tristeza
5	<i>"Soy fuerte y he aprendido a salir de estas situaciones"</i>	Dificultades económicas	Tranquilidad
6	<i>"Él es así y me ha ayudado mucho en mi enfermedad"</i>	Discusión con su pareja	Calma
7	<i>"Esta emoción no es permanente"</i>	Le regresaron un dictámen en su trabajo	Disminución el enojo y la tristeza
8	<i>"Soy una mujer independiente que puede sobrellevar esto"</i>	La asaltaron y le quitaron su cartera con mucho dinero	Disminución de ansiedad
9	<i>"Hago lo mejor que puedo"</i>	Su mamá la regañó por no encontrar trabajo	Disminución de enojo

5.3 DISCUSIÓN

Hasta ahora, las intervenciones psicológicas basadas en el modelo de TCC diseñadas para pacientes con rasgos psicopáticos o diagnóstico formal de psicopatía son escasas y sus resultados poco concluyentes (Galietta & Rosenfeld, 2012; Salekin et al., 2010; Harris & Rice, 2006).

El objetivo principal de dichas intervenciones se ha enfocado en trabajar la reducción de conductas antisociales (Harris & Rice, 2006; Skeem et al., 2002; Garrido, 2002), aumentar habilidades sociales y el control del enojo (Salekin et al., 2010; Harris & Rice, 2006; Reid & Gacono, 2000). Sin embargo, estos enfoques han mostrado diversas limitaciones terapéuticas tales como una alta probabilidad de reincidencia de conductas antisociales, la necesidad de un alto control de condiciones medio ambientales, un menor grado de motivación al cambio, que las habilidades aprendidas por los pacientes pueden ser usadas para manipular a terceras personas, y que las sesiones grupales pueden retroalimentar conductas disfuncionales individuales.

Por otro lado, otros estudios han focalizado sus esfuerzos en trabajar como variable dependiente la des-regulación emocional a través del uso de herramientas terapéuticas propuestos por la Terapia Dialéctico-Conductual (Linehan & Wilks, 2015; Shireen et al., 2014; Neacsiu et al., 2014; Feigenbaum et al., 2012), cuyo principal abordaje es la des-regulación emocional de pacientes con algún diagnóstico del Eje II de la personalidad (Linehan, 2015; DSM-5, 2013).

Por tal motivo, el objetivo de la segunda fase del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención individual basada en TDC para mejorar la regulación emocional en pacientes con rasgos psicopáticos.

De acuerdo con los resultados, la intervención tuvo un efecto positivo al reducir las dificultades para la regulación emocional en cinco de los casos, y para incrementar el manejo de la impulsividad en siete de ellos, con un tamaño del efecto fuerte y estadísticamente significativo (el diseño del estudio fue de tipo $n=1$ con ocho réplicas). Aunado a esto, se encontró una mejoría clínica en la variable psicopatía en tres casos.

Estos resultados son consistentes con los hallazgos preliminares reportados recientemente, en donde se reporta una mejoría significativa en la des-regulación emocional de pacientes con sintomatología grave (Perepletchikova et al., 2017; Heliodoro, García y Botella, 2014), así como diferentes trastornos de la personalidad del clúster B incluyendo trastorno narcicista e histriónico de la personalidad (Linehan y Wilks, 2015), pero no de un diagnóstico específico con rasgos psicopáticos.

En cuanto a los resultados de la regulación emocional, de acuerdo al análisis visual, en todos los casos se mostraron niveles por debajo de la línea base (fase A) en la capacidad para regular las emociones de los pacientes en comparación con la intervención (fase B), lo cual es indicativo de mejoría. Asimismo, los índices NAP reportados permiten concluir que la intervención tuvo un impacto positivo en el manejo de la des-regulación emocional en cinco de los casos. Dichos resultados deben tomarse con cautela debido a que únicamente se presentó cambio en la mitad de los pacientes, y a que el diseño elegido en el presente estudio no permite generalizaciones (Kadzin, 2011).

La diferencia en el efecto de la intervención del resto de los pacientes puede deberse a diversos factores, entre ellos la comorbilidad en los diagnósticos presentados, puesto que en aquellos pacientes que no se encontró un efecto clínicamente significativo hay más de una comorbilidad tanto en el diagnóstico del Eje I (por ejemplo, Trastorno depresivo mayor y/o TDA mixto), como en el Eje II (por ejemplo, rasgos

narcicistas). En conjunto, estas comorbilidades pueden estar generando un cuadro sintomático con un mayor grado de severidad, difícil de modificar en un tratamiento de corte cognitivo-conductual breve (Gunderson, Masland & Choi-Kain, 2018).

Aunado a esto, también resulta importante tomar en cuenta el tratamiento farmacológico de cada paciente. A pesar de considerarse como un tratamiento complementario para los trastornos de personalidad, el esquema de medicamentos psicotrópicos tiene un efecto importante en síntomas severos que afectan la funcionalidad de los pacientes (Timäus et al., 2019).

En este caso, la mayoría de los pacientes presentaban alteraciones en el estado de ánimo, por lo que tenían prescrito algún tipo de Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina (por ejemplo, Fluoxetina, Sertralina o Citaopram), o bien, un estabilizador del estado de ánimo (por ejemplo, Valproato o Topiramato). Estos medicamentos pueden tener efectos secundarios como somnolencia o agitación, insomnio o confusión, irritabilidad y dificultades para la concentración, variables propias del organismo que pueden estar modificando el grado de motivación de los pacientes, su adherencia al tratamiento psicológico, su reactividad ante situaciones estresantes, entre otros (Gunderson et al., 2018; Medina & García de León, 2004).

Otros factores que pueden estar modificando el efecto de la intervención se relacionan más con variables clínicas. Por ejemplo, en los casos que mostraron un menor grado de motivación al cambio (reportado verbalmente por los pacientes) se encontraron menores diferencias tanto en el análisis visual como en el índice NAP. De acuerdo con diversos autores (Linehan, 2015; Beck et al., 2004; Caballo, 2001), este es un factor fundamental para la eficacia del tratamiento, tanto psicológico como farmacológico.

La adherencia al tratamiento también pudo haber sido un factor que modificara los resultados de estos pacientes (Linehan, 1993; Caballo, 2001). En todos los casos, los pacientes no realizaban completamente sus tareas y era necesario completar los ejercicios durante la sesión.

Por otro lado, en el presente estudio se realizaron mediciones semanales de impulsividad, en donde también se encontraron cambios estadísticamente significativos. Esta adecuación en la medición de la eficacia del tratamiento permitió diferenciar entre la capacidad general para regular emociones de la capacidad de los pacientes para reducir conductas impulsivas y el manejo de la misma, que era una queja constante en todos los casos (ver Anexo 4. Formulación de Casos por paciente).

En esta variable se encontró un efecto fuerte y estadísticamente significativo en ocho de los nueve casos (tomando en cuenta la Escala de impulsividad de Barrat y la Escala Impulsividad-Estado), lo cual indica que hubo un cambio significativo en la capacidad de controlar conductas impulsivas entre la fase A del estudio (línea base) y la fase B (intervención).

Este efecto fue mucho más marcado tanto en el análisis visual como en los índices NAP obtenidos, y se relaciona directamente con los cambios observados a nivel clínico. Esto puede deberse a que, en todos los casos, la principal dificultad que los pacientes buscaban trabajar, y en la que presentaban mayor dificultad al inicio del tratamiento se relacionaba con problemas con la impulsividad; por ejemplo, *“pérdida de control ante cualquier cosa”*, *“poca tolerancia a la frustración”* o *“peleas constantes”* (ver Anexo 4, formulación de caso por paciente).

También se llevó a cabo un análisis del cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) *pre-test/post-test* con mediciones de psicopatía para conocer si la intervención tenía un efecto sobre dicha variable, esto a pesar de que la psicopatía está considerada como un trastorno de personalidad que forma parte de la estructura básica del carácter, que permanece relativamente estable a lo largo de la vida (Beck et al., 2004; Reid & Gacono, 2000), y que su modificación o mejoría suele necesitar de una intervención a largo plazo (Holzer y Vaughn, 2017).

Para su medición se optó por la Escala de psicopatía de auto-reporte de Levenson (validada en la fase 1 del presente estudio), y no por la escala de Psicopatía de Hare revisada PCL-R debido a que esta última requiere de más sesiones para su aplicación, y a que únicamente se buscaba explorar mediante una prueba de tamizaje si las características básicas que componen el constructo podían llegar a modificarse en pocas sesiones. Cabe mencionar que el uso de dicha escala debe ser tratado con fines clínicos y de investigación, y no como un factor estigmatizante al clasificar a los pacientes dentro de determinado rango indicativo de psicopatía.

A pesar de las limitaciones descritas, se encontró una mejoría clínica en tres de los nueve casos. Estos resultados pueden ser considerados como un hallazgo exploratorio puesto que anteriormente no se han reportado en la literatura estudios que hagan mediciones *pre-test/post-test* en una intervención psicológica de esta variable (generalmente se miden variables como motivación, atención plena, o regulación emocional).

Los resultados en esta variable deben ser tomados con cautela, puesto que pueden estar reflejando cambios conductuales más que cambios en la estructura de la personalidad (Hicks & Drislane, 2018); sin embargo, son un hallazgo que aporta evidencia a la modificación de rasgos de personalidad considerados como intratables (Salekin et al., 2010).

Otro factor importante por resaltar son los cambios conductuales y la modificación de la emoción a través de pensamientos de afrontamiento. De acuerdo con los ejemplos que reportaron los pacientes, la mayoría de ellos presentaba dificultades para regular la reacción impulsiva y actuaban de forma inmediata, sin identificar las posibles consecuencias de sus acciones.

Al finalizar el módulo 2, los pacientes aplicaban las técnicas aprendidas para regular dichos comportamientos de manera funcional y de acuerdo a sus características individuales mediante el uso de técnicas de atención plena y acción opuesta. Por ejemplo, en el caso del paciente 4, la reactividad de su respuesta era muy alta, y a pesar de que usó algunas técnicas que forman parte de la atención plena, su respuesta fue hostil, aunque no como generalmente solía reaccionar (discutir abiertamente y mandar a pedir al gerente).

Por otro lado, los pacientes también usaron los pensamientos de afrontamiento vistos en el módulo 3 para reducir las respuestas emocionales desagradables. En este caso, todos los pacientes reportaron disminución de emociones como enojo, frustración y tristeza, y aumento de emociones agradables tales como la tranquilidad. Estos resultados son consistentes con lo reportado por la literatura en pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (Linehan, 2015, Feigenbaum, et al., 2012).

En relación a otras consideraciones clínicas, es importante destacar que se retomaron algunas de las propuestas descritas en la literatura para mejorar el diseño de la intervención, entre ellas: realizar una evaluación inicial profunda para conocer mejor las características del paciente, dar a conocer el plan de tratamiento y la conceptualización del caso, realizar el tratamiento dentro del marco de una institución, y la implementación

de instrumentos de medición válidos y confiables (Salekin et al., 2010; Garrido, 2002; Wong, 2000).

También es importante resaltar la viabilidad del presente estudio, puesto que a pesar de las implicaciones que tiene en su vida diaria, representa un reto significativo que los pacientes asistan de manera semanal a la intervención, esto debido a factores contextuales tales como la lejanía del lugar donde viven o el tiempo libre del que disponen.

Finalmente, cabe mencionar que el presente estudio se conformó de pacientes que acuden de forma regular a una institución de tercer nivel en la Ciudad de México, lo cual permite evaluar el efecto clínico que pueda tener la intervención en pacientes con diversas comorbilidades tanto en el Eje I como en el Eje II, al igual que reportar una adecuada validez ecológica de la intervención dentro de un contexto real.

6. CONCLUSIONES

La presente investigación permite concluir que la Escala auto-aplicable de Levenson es una prueba de tamizaje con adecuados niveles de validez y confiabilidad, útil tanto a niveles clínicos como de investigación en población general y clínica adulta mexicana. Esta escala puede brindar información preliminar que indique presencia o ausencia de psicopatía, siendo cautelosos con su uso debido a la carga estigmatizante que puede generar clasificar a los pacientes mediante rangos indicativos de psicopatía.

En relación con los resultados de la intervención, el presente estudio constituye un hallazgo exploratorio en el campo del manejo psicológico y el abordaje mediante la terapia cognitivo conductual y la terapia dialéctico-conductual de rasgos psicopáticos que indica efectos fuertes y estadísticamente significativos para la mejoría de la regulación emocional y especialmente en la disminución de la impulsividad en estos pacientes. Al encontrarse resultados diferenciales, hacen falta nuevos diseños y estudios que muestren resultados concluyentes en este campo.

7. LIMITACIONES

En relación con la Fase 1 del presente estudio, es importante considerar que los participantes pudieron haber modificado los resultados de la muestra debido a que la mayoría de ellos son estudiantes con una alta escolaridad.

Con base en los resultados de la Fase 2 y dado que los pacientes psiquiátricos son especialmente susceptibles a presentar distintas comorbilidades, sería importante realizar una réplica del presente estudio con pacientes que tengan un diagnóstico principal confirmado de psicopatía, y no únicamente con rasgos psicopáticos para conocer el posible efecto que tenga la intervención en esa población.

A pesar de que el presente estudio brinda hallazgos en el manejo de rasgos psicopáticos, los datos reportados en la intervención deben ser tomados con cautela debido al uso de un diseño de caso único que no permite la generalización de los resultados.

Asimismo, se recomienda aumentar el número de réplicas para poder discriminar la dirección que toman los datos reportados, principalmente en el efecto de la regulación emocional.

Con respecto a las consideraciones clínicas, se sugiere implementar un mayor número de herramientas o habilidades de regulación emocional para incrementar el efecto que pudieran tener en la vida diaria de los pacientes.

Para futuras investigaciones se sugiere implementar un mayor número de mediciones, especialmente para realizar un seguimiento de los resultados observados durante la fase de intervención.

8. REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Arlington: VA.
- Backman, H., Laajasalo, T., Jokela, M., & Aronen, E. T. (2017). Interpersonal Relationships as Protective and Risk Factors for Psychopathy: A Follow-up Study in Adolescent Offenders. *Journal of Youth and Adolescence*, 1–15.
- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. (2016). A randomised controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16, 304.
- Black, D. W., Simsek-Duran, F., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2016). Do people with borderline personality disorder complicated by antisocial personality disorder benefit from the STEPPS treatment program? *Personality and Mental Health*, 10, 205–215.
- Beck, A., Freeman, A. & Davis, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 93–103.
- Brinkley, C. A., Diamond, P. M., Magaletta, P. R., & Heigel, C. P. (2008). Cross-validation of Levenson's psychopathy scale in a sample of federal female inmates. *Assessment*, 15, 464 – 482.
- Caballo, V.E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual*. 9(3): 579-605.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Cerda, J. & Cifuentes, L. (2012). Uso de curvas ROC en investigación clínica. Aspectos teórico-prácticos. *Revista chilena de infectología*, 29(2), 138-141. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000200003>
- Cleckley, H. (1941). *The mask of sanity*. St. Louis, MO: Mosby.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., y Wetzell, R.D. (1994). *The Temperament and the Carácter inventory (TCI): A guide to its development and Use*. St Louis, MO: Center for Psychobiology of Personality, Washinton University.
- Cooke, D.J., Michie, C. & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist- Revised. An exploration of methodological confusion. *British Journal of Psychiatry*. 190(suppl. 49), 39-50.
- Crego, C., & Widiger, T. A. (2015). Psychopathy and the DSM. *Journal of Personality*, 83(6), 665–677.
- Cummings, M. A. (2015). The neurobiology of psychopathy: Recent developments

- and new directions in research and treatment. *CNS Spectrums*, 20(3), 200–206.
- Evans, L., & Tully, R. (2016). The Triarchic Psychopathy Measure (TriPM): alternative to the PCL-R? *Aggression and Violent Behavior*, 27, 79–86.
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P.E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology* *Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 121–141.
- Ficks, C. A., Dong, L., & Waldman, I. D. (2014). Sex differences in the etiology of psychopathic traits in youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(2), 406–411.
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Suarez, C. & Gillespie, C. (2018). Dialectical behaviour therapy for treating adults and adolescents with emotional and behavioural dysregulation: study protocolo of a coordinated implementation in a publicly funded health service. *BMC Psychiatry*. 18:51, 2-11.
- Folino, J & Mendioca, G. (2006). La psicopatía, el MMPI y la Hare PCL-R. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 13 (2): 43-54.
- Fresán, A., Robles-García, R., López-Ávila, A. & Cloninger C. R. (2011). Personality differences according to age and sex in a Mexican sample using the Temperament and Character Inventory-Revised. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6):774-9.
- Galietta, M., & Rosenfeld, B. (2012). Adapting Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the Treatment of Psychopathy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 325–335.
- García Valencia, J., Agama Viana, J. C., Correa Rico, O., Pérez González, A. F., Agudelo, V. H., Mejía Mosquera, C. A., Casals, S., López Calle, G. J., Patiño López, J. D. & Palacio Acosta, C. A. (2008). Validación de la Lista de Chequeo de Psicopatía-Revisada (PCL-R) en población carcelaria masculina de Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4) 564-579.
- Garofalo, C., Noteborn, M.G.C., Sellbom, M. & Bogaerts, S. (2018). Factor Structure and Construct Validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale (LSRP): A Replication and Extension in Dutch Nonclinical Participants. *Journal of Personality Assessment*. DOI: 10.1080/00223891.2018.1519830.
- Garrido, V. & Sobral, J. (2008). La investigación criminal. La psicología aplicada al descubrimiento, captura y condena de los criminales. Barcelona: Nbla Ediciones.
- Garrido, V. (2002). El tratamiento del psicopata. *Psicothema*. 14: 181- 189.
- Gibbon, S., Duggan, C., Stoffers, J., Huband, N., V. Ilm, B. A., Ferriter, M., & Lieb, K. (2010). Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(6).
- Glenn, A. L., Johnson, A. K., & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 15(12).
- Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Smith, S. M., & Grant, B. F. (2012). Antisocial behavioral syndromes and 3-year quality-of-life outcomes in United States adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(2), 137–150.

- Gross, J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). *Good psychiatric management: a review. Current Opinion in Psychology*, 21, 127-31.
- Hare, R. D. (1993). [*Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*](#). New York, NY: Simon & Schuster.
- Hare, R. D. (2000). La naturaleza del psicópata: algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana. *Violencia y Psicopatía*. Barcelona: Ariel.
- Hare, R. D. (2003). [*Manual for the Revised Psychopathy Checklist, 2nd ed.*](#) Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (2006). Treatment of Psychopathy: A Review of Empirical Findings. *Handbook of Psychopathy*, 555-572.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). [*The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version*](#). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hauck-Filho, N., & Teixeira, M. A. P. (2014). Revisiting the psychometric properties of the levenson self-report psychopathy scale. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 459-464.
- Heliodoro, J., García-Palacios, A., & Botella, C. (2014). Aplicación de la terapia dialéctica comportamental al trastorno negativista desafiante en adolescentes: Una serie de casos. *Psicothema*, 25(2), 158-163.
- Hicks, B.M.; Drislane, L.E. (2018). Variants ("Subtypes") of psychopathy. In *Handbook of Psychopathy, 2nd ed.*; Patrick, C.J., Ed.; The Guilford Press: New York, NY, USA, pp. 3-22.
- Holzer, K. J., & Vaughn, M. G. (2017). Antisocial Personality Disorder in Older Adults: A Critical Review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30(6), 291-302.
- Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M. & Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y Propiedades Psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Esp Psiquiátricas*. 39(19): 49-60.
- Juárez García, F., & Villatoro Velásquez, J., & Gutiérrez López, M., & Fleiz Bautista, C., & Medina Mora Icaza, M. (2005). Tendencias de la conducta antisocial en estudiantes del Distrito Federal: mediciones 1997-2003. *Salud Mental*, 28 (3), 60-68.
- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs : methods for clinical and applied settings*. New York : Oxford University Press.
- Karukivi, M., Vahlberg, T., Horjamo, K., Nevalainen, M., & Korkeila, J. (2017). Clinical importance of personality difficulties: Diagnostically sub-threshold personality disorders. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-9.
- Kratochwill, T., Hitchcock, J., Horner, R., Levin, J., Odom, S., Rindskopf, D. & Shadish, W. (2010). Single-Case Desings Techical Documentation. *What Works Clearinghouse*.

- León-Mayer, D., Asún-Salazar, J.O. & Folino. (2010). Confiabilidad y validez de la versión chilena de la Hare PCL-R. *Revista de la Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de Colombia*, 58 (2010), pp. 103-114.
- Levenson, M.R., Kiehl, K.A. & Fitzpatrick C.M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of personality and social Psychology*. 68(1): 151-158.
- Lilienfeld, S.O. & Andrews, B.P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of personality assessment*. 66(3): 488-524.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (1.ª Ed.). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. & Wilks, C.R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American journal of psychotherapy*. 69(2) 97-110.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*. Second Edition. New York: The Guilford Press.
- Lloret-Segura, Susana, Ferreres-Traver, Adoración, Hernández-Baeza, Ana, & Tomás-Marco, Inés. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lykken, D. (2000). *Las personalidades antisociales*. Barcelona: Herder.
- Lynam, D.R. & Miller, J. (2015). Psychopathy from a Basic Trait Perspective: The Utility of a Five-Factor Model Approach. *Journal of Personality*. 83(6). Pp. 611-626.
- Martínez-López, J.N.I., Medina-Mora, M.E., Robles-García, R., Madrigal, E., Juárez, F., Tovilla-Zarate, C.A., Reyes, C., Monroy, N. & Fresán, A. (2019). Psychopathic Disorder Subtypes Based on Temperament and Character Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16, 476.
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en castellano (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. 35: 521-526.
- McGuigan, F.J. (1997). *Experimental Psychology: Methods of Research*. New Jersey: Prentice Hall.
- McKay, M., Wood, J. C. & Brantley, J. (2017). *Manual Práctico de Terapia Dialéctica Conductual. Ejercicios prácticos de TDC para aprendizaje de Mindfulness, Eficacia Interpersonal, Regulación Emocional y Tolerancia a la Angustia*. Desclée De Brouwer: España.
- Medina, J. & García de León, M. (2004). Efectos secundarios de los antidepresivos. *Vigilia-Sueño*. 2004;16 Supl 1:48-57
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 26(4): 1-16.

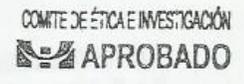
- Muñoz Vicente, J. (2011). La Psicopatía y su Repercusión Criminológica: Un modelo Comprensivo de la Dinámica de Personalidad Psicopática. *Anuario de Psicología Jurídica*, 21, 57-68.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40-51.
- Nunnally, J.C. and Bernstein, I.R. (1994) *Psychometric Theory*. McGraw-Hill, New York.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *CIE-20: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Ostrosky-Solís, F., Ruiz, A. H., Arias, N., & Vásquez, V. (2008). Estandarización de la PCL-R en Población Penitenciaria Mexicana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria Y Neurociencias*, 8(2), 49-58.
- Parker, R. & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: nonoverlap of all pairs. *Behavioural Therapy*. 40(4): 357-367.
- Patrick, C.J. (2010). Operationalising the Triarchic Conceptualisation of Psychopathy: Preliminary Description of Brief Scales for Assessment of Boldness, Meanness and Disinhibition. Unpublished Manual.
- Patrick, C.J. & Drislane, L.E. (2015). Triarchic Model of Psychopathy: Origins, Operationalizations, and Observed Linkages with Personality and General Psychopathology. *Journal of Personality*. 83(6): 626- 643.
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M., Rebeta, J., Scahill, L., Kaufman, J., Flye, B., Mauer, E. & Walkup, J. (2017). Randomized Clinical Trial of Dialectical Behavior Therapy for Pre-Adolescent Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder: Feasibility and Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 56(10):832-840.
- Reid, W. H., & Gacono, C. (2000). Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behavioral Sciences and the Law*, 18(5), 647-662.
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 3(1), 64-69.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism Clinical lore or clinical reality?. *Clinical Psychology Review*. 22, 79-112.
- Salekin, R.T., Worley, C. & Grimes, R.D. (2010). Treatment of Psychopathy: A Review and Brief Introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behavioral Sciences and the Law*. 28: 235-266.
- Salekin, R. T., Chen, D. R., Sellbom, M., Lester, W. S., & MacDougall, E. (2014). Examining the factor structure and convergent and discriminant validity of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale: Is the two-factor model the best fitting model? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 289-304.

- Salvador, B. S., Arce, R., Rodríguez-Díaz, F. J., & Seijo, D. (2017). Evaluación psicométrica de la psicopatía: una revisión metaanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49(1), 36–47.
- Salvador, B.S., Pérez, B., Fernández, L., Bringas, C. & Rodríguez, F.J. (2015). La psicopatía: Una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 67(2) pp. 105-121.
- Salvo, L. & Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 51(4): 245-254.
- Sartorius, N. & Janca, A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 31(2): 55-69.
- Shireen L., Rizvi & Lauren M. Steffel PsyM. (2014) A Pilot Study of 2 Brief Forms of Dialectical Behavior Therapy Skills Training for Emotion Dysregulation in College Students, *Journal of American College Health*, 62:6, 434-439.
- Skeem, J. L., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (2002). Psychopathy, treatment involvement, and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26(6), 577–603.
- Soler, J., Elices, M. & Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*. 42(165-166), 35-49.
- Timäus, C., Meiser, M., Bandelow, B., Engel, KR., Paschke, AM., Wiltfang, J. & Wedekind, D. Pharmacotherapy of borderline personality disorder: what has changed over two decades? A retrospective evaluation of clinical practice. *BMC Psychiatry* 12;19(1):393. doi: 10.1186/s12888-019-2377-z.
- Thompson, D. F., Ramos, C. L., & Willett, J. K. (2014). Psychopathy: Clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 39(5), 485–495.
- Torrubia, R., & Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Castellana de Medicina Legal*. 34(1): 25-35.
- Vázquez-Vera, V. A. (2017). Factores psicosociales y neuro-cognitivos asociados a la respuesta al tratamiento de criminales violentos (tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Viding, E., McCrory, E., & Seara-Cardoso, A. (2014). Psychopathy. *Current Biology*, 24(18), R871–R874.
- Werner, K. B., Few, L. R., & Bucholz, K. K. (2016). HHS Public Access, 45(4), 195–199.
- Wesseldijk, L.W., Bartels, M., Vink, J.M., van Beijsterveldt, C.E.M., Ligthart, L., Boomsma, D.I., & Middeldorp, C.M. (2017). Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *Euro Child Adoles Psychiatry*. 1018-8827.

- Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. En S. Hodgins & R.M. Isberner (Eds.): *Violence, crime and mentally disorderer offenders*. Chichester, Wiley.
- World Medical Association (2015). Declaration of Helsinki:ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA.
- Yesuron, M. (2002). Capítulo 17. En *La Psicopatía y su diagnóstico*, (pp. 17-31). Estudios Sociohumanísticos, Universidad de Santander.

9. ANEXOS

Anexo 1. Carta de Consentimiento informado para la Validación de la Escala



CARTA DE CONSENTIMIENTO
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Se le esta invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo principal describir e identificar las características de personalidad, de enfermedades mentales, características de genero, edad, relaciones interpersonales, de emociones que facilitan la convivencia social y de antecedentes en la infancia o adolescencia. Esto es dado que usted cuenta con rasgos en su personalidad como son: la facilidad de palabra, dificultad para reconocer o identificar los sentimientos y necesidades de los demás, sentimientos de privilegio y grandeza, impulsividad y ausencia de remordimiento. Si acepta participar, se le aplicará entrevista y cuestionarios con el propósito de estudiar dichas características.

¿En que consiste su participación?

Si acepta participar en este estudio será entrevistado por un psiquiatra forense (investigador principal), el cual le realizará una entrevista y le aplicará ocho cuestionarios. Durante la entrevista se le solicitara información sobre su infancia y adolescencia, con respecto a sus relaciones familiares, laborales y de pareja. Los cuestionarios estarán dirigidos a evaluar características de su personalidad. La duración de su participación será de aproximadamente 4 horas. (Por lo cual puede realizarse la entrevista en dos citas)

Las entrevistas serán sin cargo económico alguno.

Su participación en este estudio es voluntaria; sin embargo, usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin inconvenientes para su futuro tratamiento en esta Institución.

Beneficios por participar

Su participación en el estudio tendrá como beneficio directo una evaluación clínica por un especialista y si lo desea recibira una retroalimentación verbalmente con los resultados de la evaluación, en donde se le informara el resultado de los cuestionarios que le fueron aplicados, brindándole una explicación de las mismas y otorgándole la posibilidad de que sea referido para su atención psiquiátrica al Instituto Nacional de Psiquiatría en caso de cumplir con los criterios para su referencia y que requiera de atención en un tercer nivel.

Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor las características de personalidad que presentan las personas como usted.

Indirectamente usted ayudará a contribuir con el conocimiento sobre las características de la personalidad.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son confidenciales. Se asignará un código numérico por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes científicos que se elaboren con la información obtenida.

Contacto

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Nicolás Martínez al 41605505, durante horas regulares de trabajo.

Carta de Consentimiento

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio. Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en el cuidado médico que recibo en esta Institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Participante

Firma del Testigo 1

Fecha

Nombre del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Fecha

Nombre del Testigo 2

Firma del Investigador

Fecha

Nombre del Investigador

Anexo 2. Correlación reactivo-total.

Tabla 2

Correlación reactivo-total de la escala auto-aplicable de Levenson

Reactivo	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación reativo-total corregida
1	202.879	.684
2	201.897	.731
3	205.660	.609
4	212.180	.350
5	210.778	.434
6	203.286	.665
7	201.091	.758
8	207.354	.483
9	202.869	.694
10	213.358	.255
11	202.680	.639
12	208.856	.468
13	201.736	.761
14	207.172	.510
15	206.157	.552
16	207.053	.535
17	212.651	.350
18	202.914	.616
19	218.124	.166
20	211.618	.368
21	205.824	.622
22	207.842	.566
23	208.321	.548
24	208.388	.499
25	205.433	.586
26	205.225	.548

Anexo 3. Versión final de la Escala Autoaplicable de Levenson

ESCALA AUTOAPLICABLE DE LEVENSON

Versión Mexicana, 2020

Autores: E. Carolina Muñoz, Toledo¹, Juan José Sánchez Sosa¹, Ana Fresan Orellana², Francisco Rafael De La Peña Olvera², Ricardo Escudero Monteverde², Rebeca Robles García², J. Nicolás Iván Martínez López²,

¹Universidad Nacional Autónoma de México

²Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente cada uno de los siguientes enunciados y marque la respuesta que usted sienta que mejor refleje su forma de sentir y pensar en cada situación.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El éxito se basa en la sobrevivencia del más fuerte, me importan poco los débiles o perdedores				
2. Está bien todo aquello en lo que pueda salirme con la mía				
3. En el mundo actual está justificado que haga cualquier cosa con la que pueda tener éxito				
4. Mi principal objetivo en la vida es conseguir tantas cosas como pueda				
5. Mi meta más importante es hacer mucho dinero.				
6. Dejo que otros se preocupen por valores superiores, mi mayor preocupación es el resultado final				
7. Las personas que son lo suficientemente tontas para ser engañadas, por lo general se lo merecen				
8. Mi mayor prioridad es ver por mí				

9. Le digo a otras personas lo que quieren escuchar para que hagan lo que yo quiero				
	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Con frecuencia admiro una estafa muy inteligente				
11. Me esfuerzo en no lastimar a otros en la búsqueda de mis objetivos				
12. Disfruto manipular los sentimientos de otras personas				
13. Me siento mal si mis palabras o acciones le causan dolor emocional a alguien más				
14. Aunque me esforzara mucho en vender algo, no mentiría al respecto				
15. Engañar no está justificado, debido a que es injusto para los demás				
16. Me encuentro en el mismo tipo de problemas, una y otra vez				
17. A menudo estoy aburrido/a				
18. Pierdo rápidamente el interés en las tareas que inicio				
19. La mayoría de mis problemas se deben al hecho de que los demás no me entienden				
20. He tenido muchas peleas a gritos con otras personas				
21. Cuando me frustro, a menudo pierdo los estribos y me desquito				
22. El amor está sobrevalorado				

Anexo 4. Carta de Consentimiento informado para la intervención



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO:
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN TERAPIA
DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA REGULACIÓN
EMOCIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON EMOCIONES
PROSOCIALES LIMITADAS

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

RESPONSABLE DEL ESTUDIO

Investigador principal Dr. Juan José Sánchez Sosa, profesor Emérito tiempo completo definitivo en la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, contacto 55509104, jujosaso@gmail.com; Investigadora asociada Lic. Elsa Carolina Muñoz Toledo, estudiante de posgrado en la Facultad de Psicología, UNAM, con sede en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" contacto 56222332, ecmtoledo@gmail.com

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de una intervención psicológica breve, individual, basada en la Terapia Dialéctico Conductual, dirigida a pacientes adultos con emociones prosociales limitadas para mejorar la regulación de sus emociones a través de técnicas psicológicas (cognitivas, conductuales y emocionales).

PARTICIPACIÓN

Si usted es candidato y decide participar, se iniciarán las sesiones de terapia (con una duración aproximada de 5 entre y 8 sesiones) en modalidad individual, de aproximadamente 60 minutos cada una. **DICHAS SESIONES NO TENDRÁN COSTO PARA USTED** y se llevarán a cabo dentro de las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", en un cubículo privado en el edificio de Imágenes Cerebrales, una vez a la semana. Usted no tiene que participar en el estudio si prefiere no hacerlo. Si acepta participar, usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, y dicha decisión no afectará de ninguna manera el tratamiento que usted lleve regularmente en el Instituto. No obstante, lo anterior, se requiere el cumplimiento en la asistencia ya que más de tres ausencias motivará la baja definitiva de su participación en el protocolo.

PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Si usted desea participar en el estudio, y una vez dado su consentimiento para participar en la presente investigación mediante la recabación de las debidas firmas en el presente formato, un psiquiatra adscrito al Instituto realizará una evaluación previa que consistirá en **una entrevista estructurada y el llenado de un instrumento, que en conjunto tendrán una duración aproximada de 45 minutos**. Posteriormente se acordará con usted qué días y a qué hora asistirá a las sesiones de terapia. El tratamiento psicoterapéutico al que usted será asignado/a, será impartido por dos especialistas que se encuentran realizando estudios de posgrado en la Maestría en Psicología de la UNAM, con supervisión clínica constante tanto por parte de sus respectivos tutores dentro del programa de posgrado de la UNAM, como de supervisores dentro del Instituto, ambos con experiencia y

1

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO:
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN TERAPIA
DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA REGULACIÓN
EMOCIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON EMOCIONES
PROSOCIALES LIMITADAS

entrenamiento adecuado en dicho tratamiento. Al concluir estas sesiones se realizará una evaluación final igual a la inicial, con el objetivo de ver los avances alcanzados. Asimismo, en cualquier momento del tratamiento usted podrá preguntar cualquier duda en relación a las evaluaciones o el procedimiento con el fin de obtener información actualizada sobre el mismo.

CONFIDENCIALIDAD

La información que usted nos proporcione tanto en las evaluaciones como durante las sesiones terapéuticas es confidencial. Los datos y resultados del trabajo terapéutico son parte de una investigación psicológica y serán utilizados únicamente con fines de estudio y mejora de su calidad de vida, siempre manteniendo la confidencialidad de los participantes y en búsqueda de su bienestar, tomando en consideración su integridad física y psicológica, y apegados a las normas de investigación en salud vigentes en México. Para ello es importante que esté enterado/a que sus datos se manejarán siempre a través de un código numérico al cual solo los investigadores tendrán acceso. Los investigadores principales se harán responsables en todo momento de la confidencialidad de sus datos y usted podrá manifestar la cancelación de su participación en este estudio en cualquier momento que lo desee sin que afecte su tratamiento. Asimismo, de acuerdo con las normas de salud vigentes en México, la información que usted nos proporcione será almacenada dentro de las instalaciones del INPRF, en una oficina de la Subdirección de Investigaciones Clínicas con acceso restringido bajo llave durante 5 años a partir del inicio de la investigación y posteriormente el investigador principal y/o los co-autores se encargarán de su destrucción.

RIESGOS EMOCIONALES

Usted puede sentir cierta incomodidad, preocupación o malestar emocional durante las evaluaciones o durante las sesiones de psicoterapia, los terapeutas cuentan con experiencia y herramientas para contener dicho malestar. **Asimismo, en caso de ser necesaria mayor atención, usted será canalizado** a los servicios de Atención Psiquiátrica Continua dentro de la Consulta Externa, y si ese fuera el caso, el costo total será cubierto por los investigadores del presente estudio.

BENEFICIOS

El beneficio principal que usted obtendrá al participar en la presente investigación será un tratamiento psicoterapéutico gratuito para mejorar la regulación emocional en individuos con emociones prosociales limitadas. Por otro lado, de manera indirecta, ayudará en la contribución del conocimiento para implementar dicho tratamiento psicoterapéutico en un futuro para mejorar otras problemáticas relacionadas con la salud mental.

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

DUDAS Y CONTACTO

Usted puede preguntar cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios u otros asuntos relacionados con la investigación. Le daremos una copia de esta información con mi nombre y teléfono al inicio de la hoja para que pueda localizarme para aclarar cualquier duda.

DECLARACIONES Y FIRMAS

Acepto que he leído y comprendido los términos de la investigación y he decidido participar voluntariamente en esta investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada y otra será resguardada dentro de las instalaciones del INPRF, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el investigador principal del estudio, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, profesor Emérito tiempo completo definitivo en la Facultad de Psicología, perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, ubicada en Avenida Universidad 3004, Delegación Coyoacán, Col. Copilco Universidad, Cd. Universitaria, 04510. En el cubículo 15 del mezzanine, edificio D, de 10.00 a 14.00 hrs o también al teléfono 55509104. Por otro lado, también puedo comunicarme con la Lic. Elsa Carolina Muñoz Toledo, estudiante de Posgrado en la Facultad de Psicología, con sede en Ciudad Universitaria, al teléfono 56222332.

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROYECTO:
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BREVE BASADA EN TERAPIA
DIALÉCTICO CONDUCTUAL PARA REGULACIÓN
EMOCIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON EMOCIONES
PROSOCIALES LIMITADAS

Nombre y firma: _____ Fecha: _____

Primer testigo:

Nombre: _____

Relación con el participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Segundo testigo:

Nombre: _____

Relación con el participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Explicó el consentimiento:

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

COMITE DE ETICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO



INSTITUTO NACIONAL DE
PSIQUIATRÍA

RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ

17 JUN. 2019

COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACION

HORA _____

Anexo 5. Formulación de Casos por paciente

Paciente 1

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
-Papá con estructura militar -Se desquitaba por ser el mayor	Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo: <i>"Nadie me entiende"</i> <i>"El mundo es injusto"</i> <i>"Las reglas con ambiguas"</i> <i>"Ahora las cosas están peor"</i>	Rasgos de personalidad psicopática -encanto superficial - auto-engrandecimiento -falta de empatía -facilidad para mentir -tendencia al aburrimiento -afecto disminuído -impulsividad -competitividad Solitario Fuerte Antecedente alcoholismo Inteligente	<i>"Pérdida del control"</i> Situaciones moralmente discutibles	Emocional: -Enojo -Irritabilidad -Impulsividad -Frustración Conductas de riesgo: - Agresividad - Peleas físicas o verbales - Conductas explosivas - Consumo de alcohol Interacciones: - No ver a hijo - Celos mutuos Consecuencias a largo plazo: - Desesperanza - Inconformidad

Paciente 2

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
		Rasgos de personalidad psicopática		Emocional: -Tristeza -Enojo -Desesperanza -Frustración -Apatía
-Dificultades económicas	Des-regulación emocional	-encanto superficial		
-Dificultades con parejas	Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:	-tendencia al aburrimiento -control -facilidad para mentir -impulsividad -competitividad	Sintomatología depresiva	Conductas de riesgo: - Delincuencia - Versatilidad criminal
-Accidentes en el metro	"Soy una persona solitaria"	-	Inestabilidad	
-Consumo de sustancias	"Tengo que ver por mí" "Hay que sacar provecho cuando se pueda" "El mundo es injusto"	responsabilidad -Conductas antisociales		Interacciones: - Hijos viven con abuelos
		Leal		Consecuencias a largo plazo: - Sensación de soledad - Problemas económicos
		Fuerte		

Paciente 3

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
				Emocional: - Enojo - Impotencia - Odio - Resentimiento - Aburrimiento
Alcoholismo	Des-regulación emocional (ira)	Personalidad: -narcicismo -encanto superficial -grandiosidad	Crisis de ira	Conductas: - Engancharse

Crisis previas de enojo	Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:	-tendencia al aburrimiento -superficialidad afectiva - insensibilidad y falta de empatía - mal control conductual - impulsividad	Discusiones y peleas con pareja y mamá	- Consumir de sustancias - Herir a las personas - Golpear algo - Destrozar - Lastimarse (romperse la mano a golpes, quemaduras de cigarro)
Hermano con diagnóstico de esquizofrenia + discapacidad intelectual	<i>"no soy yo, es la humanidad"</i> <i>"odio el ser ordinario"</i> <i>"es injusto cómo tratan a mi hermano"</i>			- No ver a su hija - Dificultades laborales
Violencia verbal y física por parte de mamá		Soberbio Inteligente		Pensamientos: - Dicotomías - Suicidio y homicidio - Preocupación por el futuro

Paciente 4

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
Pérdida de trabajo (2001)	Des-regulación emocional	Personalidad: -TLP -encanto superficial -necesidad de estimulación -necesidad de control y manipulación		Emocional: - Ansiedad - Miedo - Enojo - Soy implosivo - Frustración - Resentimiento - Envidia - Odio
Pérdida de papá (2006)	Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:	- estilo de vida dependiente económicamente - diversas parejas sexuales/diversidad	Relación y dependencia a ex pareja (ej. Robo)	Conductas de riesgo: - No querer hacer nada - Confrontación - Engancharse manejando
Problemas con herencia, hermana	<i>"No podré hacerlo bien"</i> <i>"Ella debería..."</i>	-impulsividad	No ser escuchado "Quiero volver a ser	

	<p><i>"Es muy difícil"</i> <i>"He sido violentado y agredido"</i> <i>"La situación es muy injusta"</i></p>	<p>Sintomatología TDA</p> <p>Rigidez cognitiva</p> <p>Rasgos TOC</p> <p>Reactividad a depresión estacional</p> <p>Dominante</p>	<p>emprendedor y tener un trabajo"</p>	<p>- Aislamiento</p> <p>Pensamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida - Rumiación con eventos similares <p>Largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de estabilidad
--	--	---	--	--

Paciente 5

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
<p>Antecedente dx TOC</p> <p>Trastornos alimenticios</p> <p>Abuso sexual 6-12 años</p> <p>Dificultades con mamá</p>	<p>Des-regulación emocional (impulsividad)</p> <p>Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:</p> <p><i>"Quisiera justicia"</i> <i>"Ella no supo cuidarme"</i> <i>"Si no lo hago yo, las cosas no quedan bien"</i> <i>"No confío en delegar"</i> Dicotomía</p>	<p>Personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> -encanto superficial -necesidad de estimulación -necesidad de control y manipulación - superficialidad afectiva -exploración sexual <p>Perfeccionista</p> <p>Individualista</p> <p>Fuerte</p> <p>Independiente</p>	<p>Poca tolerancia:</p> <p>Personas (trabajo, amigos, pareja)</p> <p>Mamá (discusiones)</p> <p><i>"me gustaría no ser intolerante con las personas y no discutir tanto"</i></p>	<p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enojo - Frustración - Resentimiento - Estrés elevado por contacto físico - Depresión - Tristeza <p>Conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentarios hirientes - Altercados - Aislamiento - Inestabilidad en los trabajos - Trabajar sola - Intentar demostrar que tiene la razón - Engancharse - Distanciamiento con hija <p>Largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de paz y tranquilidad

Paciente 6

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
<p>Acompañamiento de A.</p> <p>Historial médico de enfermedades (cadera, espalda, y rodilla, tinnitus)</p>	<p>Des-regulación emocional/ impulsividad</p> <p>Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:</p> <p><i>"tengo que poder"</i></p> <p><i>"las personas me desesperan"</i></p> <p><i>"las injusticias me molestan mucho"</i></p>	<p>Personalidad:</p> <p>-TLP</p> <p>-encanto superficial</p> <p>- necesidad de estimulación</p> <p>-necesidad de control y manipulación</p> <p>- insensibilidad y falta de empatía</p> <p>-mal control conductual</p> <p>- impulsividad</p> <p>Buen sentido del humor</p> <p>Fuerte</p>	<p>Me irrito con facilidad</p> <p>Apatía</p> <p><i>"Quiero retomar alguna actividad para tener un ingreso económico"</i></p>	<p>Emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enojo - No disfrutar - Resentimiento - Frustración <p>Conductas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gritar - Contestar mal - Alejamiento - Aislamiento - No rendir - No tener dinero suficiente - Falta de organización <p>Largo Plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incomodidad general

Paciente 7

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
<ul style="list-style-type: none"> -Hija única -Muerte de abuela -Pérdida de trabajo después de 16 años -Estándares morales muy marcados (ética y profesionalismo) 	Des-regulación emocional	Personalidad: <ul style="list-style-type: none"> -TLP -tendencia al aburrimiento -necesidad de control y manipulación -falta de remordimiento y culpa -mal control conductual -impulsividad Consumo de tabaco	Ansiedad Impulsividad Conductas suicidas	Emocional: <ul style="list-style-type: none"> - Frustración - Irritabilidad - Desesperación - Angustia - Miedo - Agresividad - Inquieta Conductas: <ul style="list-style-type: none"> - Actuar sin pensar - Explotar - Dificultades en la interacción con tía - Romper cosas Largo Plazo: <ul style="list-style-type: none"> - Incomodidad general

Paciente 8

Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
Violación Intentos suicidas Situación con amiga/papá en trabajo	Des-regulación emocional Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo:	<ul style="list-style-type: none"> -TLP -encanto superficial -egocentrismo o auto-engrandecimiento -control y manipulación -impulsividad -afecto disminuido Extrovertida	Poca tolerancia	Emocional: <ul style="list-style-type: none"> -Enojo -Desesperación -Frustración Otras conductas: <ul style="list-style-type: none"> - Rumiación - Presión a los otros

Buena relación con Ernesto	-“Yo soy especial” -“No quiero quedarme sola” -“El mundo puede ser un lugar abrumador algunas veces”	Fuerte Inteligente Confiada Leal	“que queden en algo y no lo hagan”	- Permanecer en la zona de confort - Dificultad para encontrar trabajo - Discusiones
----------------------------	--	---	------------------------------------	--

Paciente 9

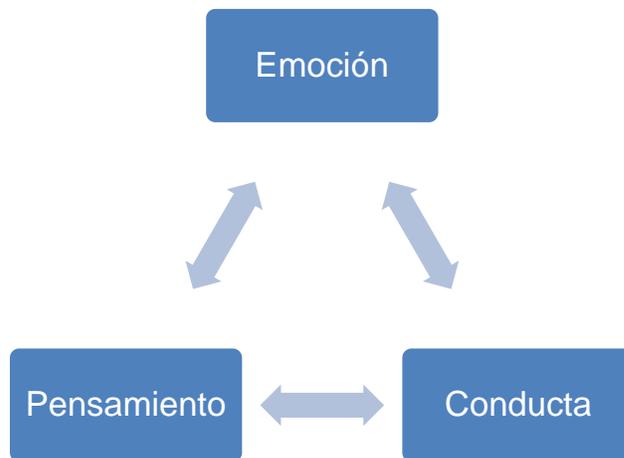
Variable Distante	Variable Antecedente	Variable Organísmica	Variable de Respuesta	Variable de Consecuencia
Hermano con diagnóstico de Trastorno por abuso de sustancias (dinámica desgastante y que engancha) Padres separados Papá volvió a casa Conducta sexual previa	Des-regulación emocional Cogniciones sobre sí mismo, los otros y el mundo: -“No es justo” -“En alguien debe haber la cordura” -“Los demás saben lo que me pasó”	Personalidad: -TLP -encanto superficial - manipulación -impulsividad -poca tolerancia a la frustración -tendencia al aburrimiento -apoyo económico Fuerte Inteligente Facilidad de palabra	Sintomatología depresiva Discusión y peleas con mi hermano “Quiero poder encontrar un trabajo para tener dinero e independizarme de casa”	Emocional: -Enojo -Desesperación -Frustración -Impulsividad -Ansiedad Conductas: - Comer mucho - Compras compulsivas - Tomar dinero de mamá - Pelear con otros - Dar órdenes/juzgar - Devaluar Largo Plazo: - Falta de estabilidad - Aislamiento - No seguir las reglas - Sensación de vacío

Anexo 6. Formato de Intervención para los pacientes

MÓDULO 1: PSICOEDUCACIÓN ¿Qué es el modelo Cognitivo-conductual?

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de intervención basado en evidencia empírica que ha mostrado ser efectivo en diversos padecimientos como ansiedad o depresión.

Se basa en la idea central de que las emociones pueden afectar la forma en que pensamos y hacemos ante una determinada situación:



- Los pensamientos o creencias que tiene una persona acerca de sí misma y del mundo, influyen en la forma en la que nos sentimos, y lo que hacemos.
- Las acciones tienen un efecto en cómo pensamos y cómo nos sentimos ante esa situación.

Como las emociones, los pensamientos y las conductas están íntimamente relacionadas, puede ser difícil confundirlas. Sin embargo, separarlas es un paso importante para manejar las emociones de una forma más efectiva.

¿Qué es la Terapia Dialéctica Conductual?

La Terapia Dialéctica Conductual es una modificación de la terapia cognitivo conductual, y existe evidencia de que sirve para el Trastorno Límite de Personalidad, los trastornos alimenticios, el uso y abuso de sustancias, la depresión crónica, el Estrés Post Traumático, la impulsividad y la violencia, el juego patológico, para las personas que tienen problemas con la ley, los trastornos de ansiedad crónicos y personas con muchos problemas de salud física.

Su característica más importante es que funciona para personas con des-regulación emocional, es decir, funciona con personas que frecuentemente sienten que están fuera de control, con emociones muy intensas a lo largo del día.

El objetivo de la Terapia Dialéctico Conductual es ayudar a las personas a crear una vida que valga la pena ser vivida. Para algunos esto puede relacionarse con terminar la escuela, conseguir un trabajo, encontrar una pareja, o incluso tener dinero para comprar cosas.

El Objetivo es modular tus sentimientos sin que te comportes reactivamente de un modo destructivo para lograr estos objetivos.

¿Qué es un “Trastorno De Personalidad”?

El “trastorno de personalidad” es un patrón constante de experiencias internas o conductas, que generalmente produce malestar y se manifiesta en algunas de las siguientes áreas:

- Pensamientos (en la forma de percibir o interpretarse a uno mismo, o a otras personas o en determinados eventos).
- Emociones (intensidad y presencia de respuestas emocionales y afectivas).
- Funcionamiento interpersonal (relación con otras personas).
- Conductas (dificultad para regular las acciones).

Casi siempre tiene alguna de las siguientes características:

- La persona es inflexible en situaciones sociales y/o personales.
- Hay un malestar significativo que afecta el funcionamiento diario.
- La persona es incapaz de regular sus emociones.

Estas características son más o menos estables a lo largo de la vida, y pueden comenzar durante la adolescencia o la edad adulta.

Relación con la regulación emocional

Las emociones son señales en el interior de tu cuerpo que te comunican lo que está pasando. Cuando pasa algo agradable para ti, te sientes bien; cuando pasa algo angustiante, te sientes mal.

Tus primeras reacciones a lo que te está ocurriendo se llaman emociones primarias. Son sentimientos poderosos que surgen rápidamente, sin pensarlo.

También es posible sentir emociones secundarias. Se trata de reacciones emocionales a tus reacciones primarias, es decir, sentimientos sobre tus sentimientos.

Las emociones son señales interiores que tienen diferentes funciones:

- Ayudan en la motivación para hacer algo: sobrevivencia, enfrentarnos a situaciones en la vida diaria.
- Nos brindan información sobre situaciones que pasan a nuestro alrededor: recordar personas y lugares, evitar dolor y buscar cosas agradables.
- Las emociones nos ayudan a comunicarnos de forma efectiva con los demás.

Cuando se tiene un trastorno de personalidad, se pueden experimentar dificultades para regular las emociones, esto es conocido como “des-regulación emocional”, y tiene que ver con sentimientos de extrañeza, inadecuación y desesperación.

Las personas con estas dificultades se perciben diferentes al resto. Sin poder sentirse realmente integrados a un grupo o a una relación.

Las siguientes son algunas frases muy comunes en pacientes con des-regulación emocional:

- *“Recuerdo que desde niño (a), cuando iba a la escuela, no me sentía parte del grupo al usar algún transporte público ni al estar con mis compañeros”.*
- *“Soy raro (a), no encajo”.*
- *“Me siento diferente a los demás, por eso creo que debo alejarme de los otros de algún modo”.*
- *“Muchos piensan que estoy siempre de mal humor, pero nadie sabe lo que siento”.*

Las habilidades de regulación emocional te ayudan a reconocer con mayor claridad lo que sientes, y de ese modo, a observar cada emoción sin sentirte agobiado (a), desbordado (a) por ella, enfrentándolas de una manera nueva y eficaz.

MÓDULO 2: REDUCCIÓN DE IMPULSIVIDAD

Atención Plena

Información general

Las habilidades que vamos a aprender pueden practicarse en cualquier momento, en cualquier lugar, mientras se hace cualquier cosa. Todo lo necesario es poner atención intencionalmente al momento, sin juzgarlo ni aferrarse a él.

Esta práctica se puede hacer mientras estás sentado (a), de pie o acostado (a), con los ojos abiertos o cerrados, silenciosamente por un periodo determinado de tiempo. Al realizarlo, vamos a enfocar la mente en el presente (por ejemplo, nos enfocamos en las sensaciones corporales, las emociones, los pensamientos o nuestra respiración).

Los objetivos de la práctica en Atención plena son:

- Reducción del sufrimiento e incremento de la felicidad: reducción del dolor, tensión y estrés.
- Incremento del control de tu mente, en vez de que tus pensamientos tomen control de ti.
- Experimentar la realidad como realmente es.

Las habilidades de Atención plena requieren de mucha práctica. Como toda nueva habilidad, es importante practicarla primero en situaciones sencillas. De esta forma, la habilidad se hará automática, y después podrás usarla cuando la necesites antes emociones intensas.

Ejercicio 1

Habilidades del "Qué"

OBSERVA

- Identifica las sensaciones corporales (a través de los sentidos).
- Presta atención intencionalmente en el momento presente.
- Controla tu atención, pero no controles lo que ves, no quites nada.

DESCRIBE

- Pon en palabras la experiencia cuando una emoción o pensamiento lleguen a ti.
- Etiqueta lo que observas. Ponle un nombre a tus emociones.
- Separa la interpretación y las opiniones de los hechos. Describe quién, qué, cuando y dónde, sólo los hechos.

PARTICIPA

- Enfócate completamente en actividades que estés realizando en el momento presente.

Habilidades del "Como"

UNA SOLA COSA A LA VEZ

- Cuando estés comiendo, come.
- Cuando estés caminando, camina.
- Cuando estés preocupado, preocúpate.
- Cuando estés planeando, planea.
- Cuando estés recordando, permítete recordar nítidamente.

SIN JUZGAR

- Observa, pero no evalúes si algo es bueno o malo. Solo enfócate en los hechos.
- Identifica tus valores, deseos, reacciones emocionales. No los juzgues.
- Cuando te identifiques juzgándote, no lo juzgues.

EFICAZMENTE

- Actúa habilidosamente como puedas, adáptate a las necesidades de la situación.
- Ten presentes tus objetivos. No hagas menos o más.
- Cambia las situaciones que te provocan daño. Cambia las reacciones perjudiciales.

Ejercicio 2

Instrucciones

Mientras respiras lenta y uniformemente, dirige tu atención hacia el lugar de tu cuerpo en el que estás sintiendo la emoción. ¿Es un sentimiento en tu pecho o estómago, en tus hombros o en la cara o cabeza? ¿lo estás sintiendo en los brazos o piernas? Percibe cualquier sensación física conctada con la emoción. Ahora, sé consciente de la fuerza del sentimiento. ¿Está aumentando o disminuyendo? La emoción, ¿es agradable o dolorosa? Intenta darle un nombre a esa emoción o describe mentalmente alguna de sus características.

Ahora, intenta ser consciente de tus pensamientos. ¿Tienes pensamientos sobre la emoción? ¿Esa emoción desencadena críticas sobre las demás personas o sobre ti mismo? Sigue contemplando tu emoción y continúa observando tus juicios.

Ahora, imagina que cada juicio tiene una de las formas siguientes:

- Una hoja flotando en una corriente, da una curva y la pierdes de vista.
- Un anuncio emergente en la pantalla de la computadora que se ilumina un momento y desaparece.
- Un vagón, de una larga fila de vagones de tren, pasa delante de ti en un paso a desnivel.
- Una nube atraviesa el cielo un día lluvioso.
- Un mensaje escrito en un anuncio de carretera al que te aproximas y que pasas de largo a toda velocidad.
- Un vehículo de una fila de camiones o coches que se te acercan y que pasa ante ti en una carretera desierta.

Elige la imagen que mejor te sirva. Lo fundamental es darse cuenta del juicio, colocarlo en un anuncio, en una hoja o en un vagón y dejar que se vaya.

Sigue observando tu emoción. En el momento en que empiece a manifestarse algún juicio sobre ti mismo, sobre ti misma, o los demás, vuelve a la visualización (hoja, nube, anuncio, etc.) y obsérvalo mientras se aleja hasta perderse de vista.

Ahora, es el momento de recordarte tu derecho a sentir cualquier cosa que estés sintiendo. Las emociones vienen y van, como las olas en el mar. Suben y bajan. Cualquier cosa que sientas, independientemente de lo fuerte o doloroso que sea, es legítimo y necesario. Haz una respiración lenta y acepta la emoción como algo que vive en ti durante un instante y que, luego, pasa.

Identifica tus pensamientos críticos. Visualízalos y déjalos marchar. Deja que tus emociones sean como son, como las olas en el mar que suben y bajan. Tú subes con tus emociones durante un instante, y luego, se alejan. Eso es natural y normal. Es lo que significa ser humano.

Termina el ejercicio con tres minutos de respiración consciente, contando tus respiraciones (1, 2, 3, 4 y repitiendo: 1, 2, 3, 4) y céntrate en el presente mientras estás respirando.

Al ver este ejercicio puede que te parezca un trabajo difícil. Observar tus juicios y dejarlos marchar puede parecer muy difícil, muy extraño. Pero estás haciendo algo importante: estás aprendiendo a observar en lugar de ser controlado (a) por pensamientos críticos. Te animamos a que hagas este ejercicio tres o cuatro veces antes de pasar al siguiente punto.

Recuerda, los pasos clave para la práctica de observar tus emociones sin juzgarlas son las siguientes:

1. Céntrate en la respiración.
2. Céntrate en la emoción (del momento o del pasado).
3. Percibe las sensaciones físicas asociadas a la emoción.
4. Ponle nombre a la emoción.
5. Date cuenta de los juicios (sobre ti mismo, los demás o sobre la propia emoción) y déjalos pasar. Utiliza las “hojas en la corriente” u otra imagen.
6. Observa la emoción; las emociones son como olas en el mar.
7. Recuerda que tienes derecho a tus sentimientos.
8. Sigue dándote cuenta y dejando marchar los juicios.
9. Termina con tres minutos de respiración consciente.

Acción opuesta

Hay seis pasos para generar una conducta opuesta:

1. Empieza por reconocer lo que sientes. Describe la emoción con palabras.
2. Pregúntate si hay una buena razón para regular o reducir la intensidad de esa emoción. ¿Te está abrumando? ¿Te está impulsando a hacer cosas peligrosas o destructivas?
3. Date cuenta del lenguaje corporal específico y de la conducta que acompañan a la emoción. ¿Cuál es tu expresión facial, tu postura? ¿Qué estás diciendo y cómo lo estás diciendo? ¿Qué haces, en concreto, como respuesta emocional?
4. Identifica la conducta inversa. ¿Cómo puedes relajar tu cara y cuerpo para que no sentirte así? Por ejemplo, cuando estás enojado, ¿cómo puedes reconocer o ignorar en lugar de atacar? Haz un plan para tu conducta inversa que incluya una descripción *específica* de tu nueva conducta.
5. Comprométete completamente con la conducta inversa y establece un marco temporal para trabajar en ello. ¿Cuánto tiempo vas a mantener la conducta inversa? Cuando pienses en hacer un compromiso, ten en cuenta por qué quieres regular tus emociones. ¿Qué ocurrió en el pasado cuando incurriste en conductas impulsadas por emociones? ¿Tuvieron alguna consecuencia negativa para ti o para otros?
6. Vigila tus emociones. Cuando realices una conducta inversa, date cuenta de cómo puede cambiar o evolucionar la emoción original. La acción inversa, literalmente, envía un mensaje al cerebro de que la antigua emoción ya no es adecuada -y eso ayuda a cambiar a otra emoción menos dolorosa-.

Ahora es el momento de hacer una planificación más avanzada. Vas a identificar algunas emociones comunes en tí y te vas a comprometer con las estrategias de acción inversa que te puedan ayudar en la regulación de la emoción relacionada.

Cubrir la “Hoja de trabajo de planificación de acción inversa” es sencillo, pero puede tener un efecto muy importante. En ella vas a identificar las emociones que puedes esperar sentir en el futuro para preparar una respuesta radicalmente distinta a la que has tenido en el pasado.

MÓDULO 3: HERRAMIENTAS COGNITIVAS

Lista de pensamientos de afrontamiento

- *“Los errores son normales, nadie es perfecto”*
- *“Esta situación no va a durar eternamente”*
- *“Ya he pasado antes por otras experiencias difíciles y he sobrevivido”*
- *“Esto también pasará”*
- *“Mis sentimientos me hacen sentir mal en este momento, pero puedo aceptarlos”*
- *“Puedo sentirme ansioso (a) y, aún así, hacer frente a la situación”*
- *“Soy lo bastante fuerte para manejar lo que me está pasando ahora”*
- *“Esta es una oportunidad para aprender a hacer frente a mis miedos”*
- *“Puedo manejar esto y no dejar que me afecte”*
- *“Puedo tomarme todo el tiempo que necesite, en este momento, para olvidarlo y relajarme”*
- *“He sobrevivido a otras situaciones parecidas antes; también sobreviviré a esto”*
- *“Mis emociones negativas no son insoportables, simplemente no son agradables en este momento”*
- *“Estos son mis sentimientos ahora y, al final, se marcharán”*
- *“Está bien sentir tristeza/ansiedad/miedo, a veces”*
- *“Mis pensamientos no controlan mi vida; la controlo yo”*
- *“Puedo pensar otros sentimientos si quiero”*
- *“En este momento no corro peligro”*
- *“La situación es molesta, pero sólo es temporal”*
- *“Soy fuerte, puedo manejar esto”*

Otros pensamientos de afrontamiento

Búsqueda de evidencias

Muchas emociones y conductas se activan por nuestros pensamientos e interpretaciones de lo que pasa, no como tal por el evento.



Analizar nuestros pensamientos y buscar evidencias puede ayudarnos a regular las emociones. Es importante que analices toda la evidencia que apoya ambos lados de un acontecimiento relacionado con emociones:

- Tu autocrítica frente a evidencias de que eres una buena persona.
- Evidencias de que solo te suceden cosas negativas frente a evidencias de que también te pasan cosas buenas.
- Evidencias de que nadie se preocupa por ti frente a evidencias de que la gente se preocupa por ti.
- Evidencias de que nunca haces nada bien frente a evidencias de tus éxitos anteriores.
- Evidencias de que la situación es horrible frente a evidencias de que no es tan malo como lo piensas.
- **En general, evidencias de lo malo frente a evidencias de lo bueno.**

Registro de evidencias del cuadro general

Preguntas	Respuestas
<p>¿Qué pasó?</p> <p><i>*Descríbelo con el mayor número de detalles</i></p>	
<p>Como resultado, ¿qué pensaste y qué sentiste?</p>	<p>Pensamientos:</p> <p>Emociones:</p> <p>Intensidad (0 -100) Antes: _____ Después: _____</p>
<p>¿Qué evidencias apoyan lo que estás pensando y cómo te estás sintiendo?</p>	
<p>¿Qué evidencias contradicen lo que estás pensando y sintiendo?</p>	
<p>Considerando todas las evidencias,</p> <p>¿qué es más exacto y justo pensar y sentir en esta situación?</p>	

Anexo 7. Formato de Integridad del Tratamiento

Registro Conductual 1 - Módulo 1, psicoeducación

Fecha: Paciente: Edad: Tipo de registro: Frecuencia Observador:		Lugar: Hora de inicio: Hora de término: Duración total (en minutos):	
	Categoría Conductual		
1	Explicación sobre modelo Cognitivo Conductual		
2	Explicación sobre Terapia Dialéctico Conductual		
3	Explicación sobre el Trastorno de Personalidad		
4	Explicación sobre regulación emocional		

Observaciones:

Definiciones operacionales:

	Conducta que realiza el terapeuta
1	El terapeuta brinda información al paciente acerca de las generalidades del modelo cognitivo-conductual a través de verbalizaciones, así como del uso del material impreso específico para este módulo.
2	El terapeuta brinda información al paciente acerca de las generalidades la terapia dialéctico conductual mediante verbalizaciones, así como del uso del material impreso específico para este módulo.
3	El terapeuta brinda información al paciente acerca de los componentes centrales del trastorno de personalidad mediante verbalizaciones, así como del uso del material impreso específico para este módulo.
4	El terapeuta expone al paciente la relación entre el trastorno de personalidad y la regulación emocional mediante el uso del material impreso. Asimismo, el terapeuta brinda algunos ejemplos relacionados con la conceptualización del caso particular del paciente.

Registro Conductual 2 - Módulo 2, reducción de impulsividad

Fecha: Paciente: Edad: Tipo de registro: Frecuencia Observador:		Lugar: Hora de inicio: Hora de término: Duración total (en minutos):	
	Categoría Conductual		
1	Explicación Atención plena		
2	Instrucciones Atención plena		
3	Explicación "Pasos clave"		
4	Explicación "Reacción Inversa"		
5	RI: emoción		
6	RI: conducta impulsada por la emoción		
7	RI: acción inversa		
8	RI: periodo		
9	RI: resultados		

Observaciones:

Definiciones operacionales:

	Conducta que realiza el terapeuta
1	El terapeuta brinda información al paciente sobre la utilización de la técnica "Atención plena" en situaciones que involucren su dis-regulación emocional.
2	El terapeuta lee en voz alta las instrucciones para realizar el ejercicio de "Atención plena" mientras retroalimenta.
3	El terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente sobre la aplicación de la técnica de "Atención plena" mediante la lista de "Pasos Clave".
4	El terapeuta brinda información al paciente sobre la utilización de la técnica "Reacción Inversa" en situaciones que involucren su dis-regulación emocional.
5	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Ejercicios de Acción Inversa" en la sección: "emoción".

	Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
6	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Ejercicios de Acción Inversa" en la sección: "conducta impulsada por la emoción". Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
7	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Ejercicios de Acción Inversa" en la sección: "acción inversa". Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
8	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Ejercicios de Acción Inversa" en la sección: "periodo". Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
9	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Ejercicios de Acción Inversa" en la sección: "resultados". Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.

Registro Conductual 3 - Módulo 3, herramientas cognitivas

Fecha:	Lugar:
Paciente:	Hora de inicio:
Edad:	Hora de término:
Tipo de registro: Frecuencia	Duración total (en minutos):
Observador:	
	Categoría Conductual
1	Explicación sobre PA
2	Lectura de la lista de PA
3	Generación de otros PA
4	Explicación sobre BE
5	RE: "¿qué pasó?"
6	RE: "¿qué pensaste y qué sentiste?"
7	RE: "¿qué evidencias apoyan lo que estás pensando y cómo te estás sintiendo?"
8	RE: "¿qué evidencias contradicen lo que estás pensando y sintiendo?"
9	RE: "¿qué es más exacto y justo pensar y sentir en esta situación?"

Observaciones:

Definiciones operacionales:

	Conducta que realiza el terapeuta
1	El terapeuta brinda información al paciente sobre la utilización de la "Lista de pensamientos de afrontamiento" en situaciones que involucren su dis-regulación emocional.
2	El terapeuta lee en voz alta cada uno de los enunciados de la "Lista de pensamientos de afrontamiento", y pide al paciente que, en cada enunciado, de un ejemplo de su aplicación en la vida diaria.
3	El terapeuta pide verbalmente al paciente que genere por si mismo nuevos pensamientos de afrontamiento y los anote en la sección correspondiente del material impreso.
4	El terapeuta brinda información al paciente sobre la técnica de "Búsqueda de evidencias", explicando la relación entre una situación determinada, los pensamientos y las emociones que genera y la importancia de buscar evidencias positivas y negativas ante dicha situación.
5	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Registro de Evidencias" en la sección de la pregunta: "¿qué pasó?". Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
6	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Registro de Evidencias" en la sección de la pregunta: "¿qué pensaste y qué sentiste?" Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
7	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Registro de Evidencias" en la sección de la pregunta: "¿qué evidencias apoyan lo que estás pensando y cómo te estás sintiendo?" Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
8	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Registro de Evidencias" en la sección de la pregunta: "¿qué evidencias contradicen lo que estás pensando y sintiendo?" Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.
9	Mediante el uso de material impreso, se pide al paciente que complete de forma escrita el cuadro de "Registro de Evidencias" en la sección de la pregunta: "¿qué es más exacto y justo pensar y sentir en esta situación?" Asimismo, el terapeuta brinda retroalimentación verbal al paciente mientras se realiza el ejercicio.