

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el
trastorno de estrés postraumático sin conductas de riesgo**
Proyecto de investigación

Alejandra Martínez

Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 19 de mayo de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno de estrés
postraumático sin conductas de riesgo**

Alejandra Martínez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Mariel Paz y Miño, PhD.

Firma del profesor

Quito, 19 de mayo de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: María Alejandra Martínez Villalba

Código: 00107265

Cédula de Identidad: 1716794555

Lugar y fecha: Quito, 19 de mayo de 2016

RESUMEN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es descrito como uno de los trastornos más difíciles de ser tratados, por lo cual, para este estudio, se eligió a una terapia encargada de trabajar con trastornos de similares características. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha sido muy estudiada con respecto a su efectividad ante los trastornos con un déficit en la regulación emocional, siendo esta la principal razón de su elección para la investigación actual. Se analizó en base a la teoría las distintas particulares de la terapia en cuestión para lograr así predecir los resultados que su aplicación tendría ante el trastorno especificado dentro de la población seleccionada de mujeres ecuatorianas. Las herramientas utilizadas para medir los síntomas serían la Escala de Diagnóstico del TEPT, el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Cogniciones Postraumáticas. La conclusión a la que se llegó es que las técnicas implementadas en la TDC pueden reducir significativamente la sintomatología encontrada en pacientes con TEPT.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual, Trastorno de Estrés Postraumático, conductas de riesgo, mindfulness, regulación emocional

ABSTRACT

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is considered to be among the most difficult disorders to be treated, therefore this paper considers a therapy that treats disorders with similar characteristics. This paper assesses the Dialectical Behavior Therapy (DBT) as an alternative treatment primarily due to the various studies that have been conducted regarding its effectiveness in disorders with an emotional regulation deficit. The analysis was based on theory pertaining to the particularities of this therapy to accurately predict the results of its use in Ecuadorian female population with PTSD. The tools used to measure the symptoms include the Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Scale (PTDS), the Beck Depression Inventory (BDI), and the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). The results suggest that techniques implemented in the DBT could significantly reduce the symptomatology observed in patients with PTSD.

Key words: Dialectical Behavior Therapy, Posttraumatic Stress Disorder, self-destructive behavior, mindfulness, emotional regulation

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Introducción al problema.....	9
Revisión de la literatura.....	14
Metodología y Diseño de la Investigación.....	33
Resultados Esperados y Discusión.....	39
Referencias.....	45
Anexos.....	49
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes.....	49
ANEXO B: Carta para cada participante.....	50
ANEXO C: Formulario de bioética.....	51
ANEXO D: Formulario de Consentimiento Informado.....	60
ANEXO E: Herramientas para levantamiento de información.....	63

INTRODUCCIÓN

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es muy común en mujeres que han pasado por varios factores de riesgo como pobreza, algún tipo de violencia doméstica, abuso sexual o físico por parte de un perpetrador dentro o fuera de la familia, problemas relacionales con la familia, entre otros (De Bellis, 2001). Estos factores suelen ser muy comunes – fundamentalmente- en las personas con escasos recursos en Ecuador, a pesar de que estos suelen encontrarse en cualquier parte de la población. Asimismo, la falta de asistencia psicológica para poder auxiliar los residuos de la experiencia traumática dejan una mayor marca del trastorno en cuestión (Pluck et al., 2015). Existe una gran variedad de tratamientos para la sintomatología del TEPT, pero la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha demostrado ser muy efectiva para una serie de trastornos basados en la desregularización emocional (Linehan, & Wilks, 2015). Esta terapia divide su metodología de tratamiento en distintas partes: etapas, destrezas, y tipos de intervenciones. Existen cuatro etapas que tiene objetivos específicos para que los pacientes puedan cumplir a lo largo del tratamiento y que el enfoque de las mismas les dirija a las personas hacia un mismo camino. Las destrezas que se enseñan son cuatro en específico: el mindfulness o plenitud de conciencia, la regulación emocional, la comunicación interpersonal y la tolerancia al malestar (Linehan, 2014). Estas destrezas son enseñadas a lo largo del tratamiento y buscan que la persona tenga herramientas para luchar con las adversidades que se le presenten a cualquier momento. Por último, las modalidades que se trabajan dentro de la TDC son las terapias individuales en donde se trabajan problemas de cada persona, terapias grupales en donde se practican las destrezas en cuestión, llamadas telefónicas que sirven para que el paciente tenga una guía en momento de crisis para la aplicación de las destrezas, y un grupo de supervisión para el

entrenamiento continuo de los terapeutas involucrados (Brodsky, & Stanley, 2013). Dentro de la investigación en cuestión se busca encontrar beneficios de la TDC para el tratamiento del TEPT sin conductas de riesgo, las cuales serán expuestas . La importancia de encontrar la relación de esta escuela de la psicoterapia en el tratamiento del TEPT será explicado a continuación.

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

Si bien la sintomatología presentada el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) suele variar en gran cantidad de un paciente a otro, en la generalidad se ha demostrado que la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es muy exitosa para el tratamiento de este trastorno (Becker & Zayfert, 2001). Si bien se ha podido observar las ventajas que se tiene al reducir la sintomatología del TEPT, muchos estudios se han basado en encontrar la relación entre este trastorno y la TDC considerando a pacientes que presenten conductas de riesgo – autolesiones, intentos de suicidio, entre otros- (Becker & Zayfert, 2001). No obstante, en muchas ocasiones el TEPT no viene acompañado de estos rasgos en cuestión, por lo cual es necesario generar una adaptación de la TDC para poder tratar a aquellas personas que no necesariamente compartan la sintomatología descrita previamente (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). La sintomatología específica del TEPT en ser tomada en cuenta para demostrar la efectividad con la TDC será mencionada más adelante.

Antecedentes

El trastorno de estrés postraumático suele ser descrito como uno de los trastornos más difíciles de tratar debido a la intensidad de los síntomas que vienen con este (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). Debido a esto, varias técnicas se han implementado para poder llegar a una reducción significativa de los síntomas en cuestión, logrando que las personas que sufren de dicho trastorno tengan una mejor calidad de vida (Becker & Zayfert, 2001). Entre los varios enfoques que existen para tratar el TEPT se encuentra la terapia dialéctica conductual (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Dicha terapia se enfoca, primordialmente, en tratar síntomas encontrados en el trastorno limítrofe de la personalidad como intentos de suicidio,

impulsividad, problemas interpersonales, entre otros. Sin embargo, no todos los casos de TEPT demuestran una sintomatología similar, ya que no siempre se llegan a tener intentos de suicidio o problemas interpersonales. Sin embargo, existen varias áreas en la cual la TDC puede ser de mucha ayuda para tratar síntomas del TEPT que no estén relacionados con los mencionados previamente; por ejemplo las técnicas de regulación emocional, el mindfulness y la tolerancia al malestar (Hayes, Follette & Linehan, 2004).

La población que se estudiará serán mujeres ecuatorianas de entre 20 y 30 años de edad que actualmente se encuentren diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático y que no estén asistiendo a una consulta terapéutica al momento del estudio. El TEPT suele tener una prevalencia de vida de aproximadamente 10% en la población en general, lo cual hace que las personas que viven con este trastorno tengan su calidad sustancialmente baja (Jorge, 2015). Si bien este trastorno afecta tanto a hombres como a mujeres, el estudio se enfoca primordialmente en mujeres ecuatorianas debido a la falta de información concerniente con este tema dentro de la población del Ecuador. El Trastorno de Estrés Postraumático afecta a muchas personas de todas las edades, pero se eligió este rango para poder tener una media que pueda servir para futuros estudios que se dirijan a otro grupo de personas que pasen por lo mismo.

El problema

La creciente importancia por la Terapia Dialéctica Conductual en el Trastorno de Estrés Postraumático todavía ha dejado ciertos aspectos sin cubrir (Becker & Zayfert, 2001). Se ha relacionado en una gran cantidad de veces a este enfoque terapéutico con el TEPT, haciendo énfasis enormemente en los rasgos compartidos con el trastorno de personalidad limítrofe. Sin embargo, como fue mencionado anteriormente, no todos los casos de personas con TEPT presentan problemas interpersonales, intentos de suicidio, autolesiones, ente otros

(Jorge, 2015). La literatura abarca muchas cuestiones relacionadas con el TEPT y las diferentes técnicas para tratar el mismo, como la Terapia de Exposición y la Exposición Prolongada de Edna Foa (McLean & Foa, 2011). El problema hallado es una brecha en la literatura concerniente al tratamiento del TEPT en la población de Ecuador, y de la Terapia Dialéctica Conductual para la mejoría de los síntomas del Estrés Postraumático que no se relacionen con los síntomas que han sido descritos previamente..

Las diversas técnicas que desarrolló Marsha Linehan durante la Terapia Dialéctica Conductual son esenciales para tratar diversos trastornos (Brodsky, & Stanley, 2013). Las técnicas empleadas en la regulación emocional son unas de las más reconocidas últimamente, lo cual trae consigo mucha investigación acerca de su eficiencia (Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel, & Znoj, 2008). A raíz de esto se puede confirmar que gran cantidad de estas técnicas pueden ser efectivas para una generalidad de trastornos, pero objetivo principal el conectarla con el Trastorno de Estrés Postraumático. No existe por el momento una adaptabilidad de TDC para solamente el trastorno en cuestión, situación que limita mucho el conocimiento de la efectividad que puede traer el mismo para las personas que sufren de TEPT (Linehan, & Wilks, 2015). Por lo cual es sumamente relevante poner en cuestionamiento qué partes de la DBT podrían ser utilizadas y qué técnicas de las cuatro habilidades que esta promueve en sus pacientes llegarán a ser de ayuda para mejorar la sintomatología de los pacientes (Linehan, 2014).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el efecto de la Terapia Dialéctica Conductual en la sintomatología de mujeres ecuatorianas entre 20 y 30 años de edad con un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático que no presentan conductas de alto riesgo?

El significado del estudio

Principalmente, la razón tras la elección de esta pregunta radica en la creciente necesidad de entender a las personas que sufren de distintos trastornos, siendo uno muy importante el de estrés postraumático. La importancia de este estudio reside en la relevancia existente acerca de la relación entre las técnicas de regulación emocional, tolerancia al malestar y el mindfulness, con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Debido a esto, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha llegado a tener una posición importante dentro de los mejores enfoques para tratar el TEPT, para que de esta manera la implementación de las técnicas trabajadas dentro de esta terapia ayuden a reducir los síntomas de las personas que padecen este trastorno, mejorando en gran cantidad su calidad de vida. Por ejemplo, existen varios estudios que indican la viabilidad de la regulación emocional para tratar una gran lista de desórdenes, siendo esta una técnica fundamental para la TDC (Amstade, 2008). De la misma manera, hay evidencia de la efectividad de varias técnicas concernientes a la TDC que reducen los síntomas de TEPT, como es la Exposición Prolongada (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007). Asimismo, el lograr saber el impacto que tiene el realizar una adaptación de la TDC para tratar el TEPT en cualquiera de sus niveles, puede ser de gran ventaja para quienes viven con este.

Resumen

Tras haber analizado la problemática que se desarrollará a lo largo de este escrito se dará paso a la Revisión de la Literatura, la cual se divide en tres partes. Seguido de esto se encuentra la metodología utilizada, así como los resultados esperados, la conclusión y discusión del estudio en cuestión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La literatura dentro de este trabajo se realizará una breve explicación de los temas más importantes para la investigación. Se buscará aclarar dudas acerca de temas que no han sido explorados a profundidad y que necesitan ser explicados. De la misma manera, se hablará acerca de lo que esta investigación quiere probar, así como de la explicación hacia la hipótesis que se planteó.

Fuentes

Este trabajo consta de muchas publicaciones tanto en revistas científicas como en una serie de libros que resaltan la importancia y la validez empírica de todos los temas tratados a continuación. La literatura fue sacada principalmente de publicaciones encontradas en ProQuest que relacionen la TDC con el TEPT. Asimismo, alguna información fue obtenida de ciertos videos de conferencias otorgadas por la Dr. Marsha Linehan, quien es una fuente muy importante para el estudio en cuestión debido a que es la fundadora de la Terapia Dialéctica Conductual.

Formato de la revisión de la literatura

Esta revisión de la literatura seguirá un modelo basado en el desglosamiento de los temas principales que se abordan dentro de este trabajo. Se cubrirá primero lo que es la Terapia Dialéctica Conductual con sus módulos respectivos, seguido por el Trastorno de Estrés Postraumático y una explicación del mismo. Por último, se hablará acerca de la relación existente entre la TDC y el TEPT y cómo una adaptación puede ser favorable para el tratamiento del mismo

Terapia Dialéctica Conductual

En primera instancia, es importante hablar acerca de las generalidades que abarca la Terapia Dialéctica Conductual. La fundadora de este enfoque terapéutico es la Dr. Marsha Linehan, quien actualmente es profesora de Psicología en la universidad de Washington, Seattle. La creadora de la TDC buscó un enfoque terapéutico que trata eficazmente a los trastornos que incluían conductas de alto riesgo, como son las autolesiones, los intentos de suicidio, entre otros (Linehan, 2011). Se definió por crear dicha terapia para tratar específicamente al Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Dicha corriente inició con esta tras darse cuenta de que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) no abarcaba puntos específicos que fueran suficientes para tratar de una manera eficiente al TLP (Linehan, 2011). A partir de esto, se buscó unir la esencia de la TCC -al esta no ser suficiente por sí misma- con una terapia de aceptación basada en la ideología Zen (Baer, 2015).

En primera instancia, es importante mencionar qué es lo que significa la “dialéctica” dentro de todo. Esto postula, principalmente, una interacción entre opuestos; más que esto, habla acerca de una coexistencia entre dos verdades que son distintas la una de la otra (Brodsky, & Stanley, 2013). El entender este enunciado es primordial para poder llegar a entender las bases que propuso Marsha Linehan para hablar acerca de la TDC; las dos verdades propuestas son, primordialmente, llegar a una *aceptación* para después lograr un *cambio* (Becker, & Zayfert, 2001). La intencionalidad que se tuvo para poder crear una terapia que fuera lo suficientemente potente para tratar una severidad tan grande se debió a un enfoque puramente basado en la teoría de la desregularización emocional. Esta misma se basó en la teoría biosocial de la explicación del Trastorno Limítrofe de la Personalidad –que después se expandió a otros trastornos, lo cual dictamina que esta desregularización se da principalmente por tres razones: las personas son emocionalmente sensibles, se vive en

ambientes que invalidan y suprimen las emociones, y se evita el desarrollo de habilidades conductuales y cognitivas necesarias para la regulación emocional (Miller, 2015).

La finalidad de la TDC es enseñar a los pacientes diversas habilidades para que puedan enfrentar sus cosas por ellos mismos y eventualmente convertirse en sus propios terapeutas. Estas destrezas en cuestión son cuatro: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal. Estas habilidades son sumamente necesarias para poder llegar a un estilo de vida más adaptable para las personas que sufran de diversos trastornos (Linehan, & Wilks, 2015).

Mindfulness.

La primera destreza es el mindfulness, esta es la primordial dentro de la enseñanza de la Terapia Dialéctica Conductual, ya que se la considera como la habilidad central para poder alcanzar las demás. Esto se debe a que la ideología Zen de la cual Marsha Linehan se basa en el estar presente en cada acción, vivir en el momento; esto es el mindfulness, también conocido como plenitud de conciencia (Hayes, Follette, & Linehan, 2004). La práctica de Mindfulness conlleva a que la persona pueda ver a las cosas que suceden en el momento sin necesidad de juzgar, sino aceptando la realidad actual. Se considera importante el observar todo lo que está pasando y describir lo que está viviendo (Linehan, & Wilks, 2015). Por lo tanto, la persona que está practicando esta plenitud de conciencia está buscando separar la parte cognitiva –de los pensamientos- con la realidad. Se busca que se observe la experiencia mental para poder ver de manera más clara lo que sucede alrededor y así entender que los pensamientos son solo pensamientos, lo cual ayudará a regular la mente, a tener una mayor capacidad de atención y una percepción de la realidad más acertada con lo que está sucediendo por el momento (Swenson, & Choi-Kain, 2015).

Regulación emocional.

La siguiente destreza es la de regulación emocional. Esta se empeña en buscar un incremento en las emociones positivas, mientras que se reducen las negativas y que no son deseadas, mediante un entrenamiento tanto cognitivo como conductual. Para esto, es importante que los pacientes comprendan que las emociones en general tienen una corta duración, son involuntarias y responden a estímulos internos y externos (Linehan, & Wilks, 2015). De la misma manera, es importante tener en consideración que las emociones tienen tres componentes fundamentales: comportamentales, fisiológicos y experienciales; es debido a la existencia de estos tres componentes que las técnicas utilizadas dentro de la TDC se enfocan en una amplia diversidad de cosas para abarcar las generalidades de las emociones (Amstadter, 2008).

La regulación emocional dentro de la Terapia Dialéctica Conductual se basa en distintos tipos de intervención. El primero se da en el principio de acción opuesta, en el cual la persona se expone ante una determinada situación que le generó malestar y tienen que realizar lo contrario a lo que la emoción le impulsa a hacer (Linehan, & Wilks, 2015). La exposición es sumamente importante porque la abundancia de emociones negativas genera en la persona una reacción instantánea de evitación. Al proponer una técnica en la cual las personas tengan que enfrentarse contra lo que les produce malestar y no recurrir a la evitación es lo que generará en ellos mayores habilidades para trabajar las emociones provenientes de la situación (Becker & Zayfert, 2001).

La siguiente técnica está enfocada hacia las habilidades enfocadas en la resolución de problemas. Después se busca llegar a una reestructuración cognitiva, en la cual se hace énfasis en poder realizar una prueba en la realidad; es decir, se busca entender los pensamientos automáticos –negativos– que llegan tras determinada situación, generar pensamientos contradictorios y maneras más adaptativas de experimentar lo que están viviendo (Johnco,

Wuthrich, & Rapee, 2014). Asimismo, la imaginación es de gran relevancia para poder desarrollar estrategias de afrontamiento por adelantado, para de esta manera estar en contacto con las futuras respuestas ante la diversa gama de situaciones que producen emociones negativas. Estas técnicas pueden lograrse mediante distintos ejercicios comportamentales y cognitivos que favorezcan el objetivo de la regulación emocional (Linehan, & Wilks, 2015).

Finalmente, es importante mencionar que la regulación emocional ha sido estudiada como un apartado muy importante para el beneficio de las personas, lo cual se hace muy valioso dentro de la Terapia Dialéctica Conductual. Weytens et. al, realizaron un estudio basándose en la regulación emocional como fuente principal para determinar el bienestar de las personas y el incremento de la felicidad en general tras haber sido expuestas a técnicas de esta destreza en cuestión (2014). Los resultados, como era de esperarse, fueron positivos. Las personas incrementaron la satisfacción que tenían acerca de la vida y la felicidad subjetiva—caracterizada por una vida con significado, una ampliación del placer y una mayor participación en la vida— dentro de la misma, lo cual demuestra la importancia del rol de la regulación emocional para que se pueda llegar a obtener una mejor calidad de vida (Weytens et al., 2014).

Tolerancia al malestar.

Siguiendo el mismo orden de lo anteriormente estipulado se encuentra la tolerancia al malestar. Esta es la habilidad que requiere de un funcionamiento más conductual que cognitivo; es decir, que algo relacionado con el pensamiento. Al ser basado en el comportamiento de las personas, se busca que estos tengan un proceder distinto ante una situación que pudo generar una crisis en la persona; el objetivo principal de la tolerancia al malestar es enseñar técnicas que demoren la gratificación y de auto-consuelo (Linehan, & Wilks, 2015). Para empezar es importante hablar sobre qué significa tener una crisis. Cuando una persona se encuentra en un momento de crisis, su lado cognitivo —es decir, sus

pensamientos, su racionalización, etc.- se paralizan en ese momento y se crea una situación en la cual sus habilidades normales de afrontamiento se interrumpen y la persona actúa en cuestión de dejar de sentir el malestar (Taruna, & Singh, 2013).

Tras saber qué es lo se refiere al decir que un paciente se encuentra en “crisis” se puede retomar el tema de la tolerancia al malestar. Ahora bien, se requiere una explicación de los pasos a seguir para poder llegar a la meta puesta en esta habilidad. Debido a que la persona se encuentra atravesando una crisis, esto ocasiona que la amígdala se active con emociones negativas que llevan a que la persona se altere. La amígdala es la parte del cerebro que se encuentra en el sistema límbico, la cual está sumamente relacionada con las emociones (Rubio, 2011). El fin que busca esta destreza es llegar a que el paciente en cuestión pueda salir de la crisis por la que está pasando, ni más ni menos; simplemente salir de este estado sin generar un malestar mayor ni un bienestar tan significativo (Linehan, & Wilks, 2015). Es importante que la persona tenga en consideración que el malestar está influyendo negativamente en sus habilidades de afrontamiento y es este el que no les deja seguir tener dichas destrezas para afrontar su situación (Carlson, 2014).

Seguramente habrán preguntas de por qué no se busca un bienestar inmediato tras esto y la respuesta es sencilla. Se busca que la persona salga de esta emoción tan fuerte que está sintiendo –se podría calificar con una escala del 1 al 10 como el puntaje más alto de emoción- porque si se mantiene en este estado, será muy complicado simplemente hablar sobre un intento de mejoría (Linehan, 2014). Esto es lo que se busca en la primera etapa de la Terapia Dialéctica Conductual; una de las cuatro que serán explicadas más adelante. Ahora bien, retomando la importancia de conseguir la destreza en cuestión es importante entenderla tal cual su nombre la describe: tolerar el malestar que se está pasando en ese momento. Si una persona intenta conseguir llegar a regular sus emociones o si quiera estar en un proceso de mindfulness, primero debe lograr bajar el nivel de emoción hacia algo más tolerable. Tras

conseguir esto, se puede proseguir a trabajar con el resto de habilidades (Brodsky, & Stanley, 2013).

Por último, la tolerancia al malestar se basa plenamente en técnicas de distracción cognitiva, mindfulness para poder mejorar el presente, así como poder ver tanto los lados buenos como los negativos del mismo, y el auto-consuelo (Taruna, & Singh, 2013). Técnicas que parecen sencillas a simple vista son utilizadas para poder lograr el objetivo de bajar la intensidad de la emoción. Entre estas técnicas se encuentran ejercicios basados en acciones cotidianas que son fáciles para el alcance de cualquier persona. Por ejemplo, se busca que la persona tome baños de agua fría, ejercicios recurrentes, control de la respiración y un proceso de relajación muscular (Linehan, & Wilks, 2015).

Efectividad interpersonal.

Por último se encuentra la efectividad interpersonal, en la cual se busca que la persona aprenda a relacionarse de una manera más saludable con los demás. Esto es sumamente importante porque como seres humanos, la sociabilidad es un factor fundamental que desde temprana edad empieza a ayudarlos a desenvolverse en un entorno en donde se haya más gente y la comunicación que existe entre adolescentes con sus pares y su familia es necesaria para un desarrollo saludable (Taruna, & Singh, 2013). Los problemas interpersonales comienzan desde la existencia de la desregularización emocional, ya que muchas de las emociones negativas pueden llevar a que las personas decidan no entrar en contactos con otros o simplemente tener relaciones dañinas (Linehan, & Wilks, 2015). Dentro de esta destreza se busca que la persona tenga una mejor comunicación con los demás a través de habilidades sociales más adaptativas como saber escuchar y decir las cosas que uno busca, y entender y aplicar en el día a día la asertividad (Taruna, & Singh, 2013). Por último, el objetivo central de lo que respecta a una efectividad interpersonal es el poder obtener los objetivos que se tiene de una relación, mientras esta se mantiene intacta. Es decir, poder

obtener lo que uno desea, poder decir “no” cuando sea necesario, y lograr manejar de una manera efectiva algún conflicto interpersonal que surja en cualquier momento (Macpherson, Cheavens, & Fristad, 2013).

Modalidades.

La Terapia Dialéctica Conductual está basada en una modalidad grupal que ayuda fuertemente a que los individuos normalicen la situación que les pasa y que puedan compartir con otras personas lo que les está sucediendo al momento de recibir la terapia. Dentro de los grupos se busca poder enseñar las cuatro habilidades esenciales mencionadas previamente para el mejor manejo de las situaciones de los pacientes (Brodsky, & Stanley, 2013). La terapia grupal es una de las cuatro modalidades que contiene este enfoque terapéutico; aquí se utilizan folletos y hojas de ejercicios para que sea más didáctica la enseñanza de las habilidades en cuestión. De igual manera, se busca que dentro de la TDC haya un tratamiento completo que no solamente abarque las destrezas fundamentales mencionadas previamente dentro de un ámbito grupal, sino también de uno individual. La primera función que tiene la terapia individual es poder manejar la crisis del paciente y aplicar las destrezas aprendidas (Linehan, 2014).

Seguido de esto, se incrementará al tratamiento un servicio telefónico en el cual los pacientes pueden llamar a sus terapeutas al momento en el que sientan que no saben cómo poner en práctica lo aprendido. Durante estas llamadas, los terapeutas entrenan a los pacientes para poder aplicar las destrezas y, al estas llamadas tener un protocolo que limita el contacto entre terapeuta y paciente, se limitan las intervenciones en crisis (Brodsky, & Stanley, 2013). Por último, se busca que los terapeutas sean parte del tratamiento como más que simplemente terapeutas. Cada semana se convoca a una reunión para poder tratar temas de fidelidad hacia el tratamiento y se busca crear una supervisión como equipo clínico para medir cualquier tipo de

contratransferencia y de ayuda hacia un mejor manejo de casos con pacientes que mantienen conductas dificultosas (Linehan, & Wilks, 2015).

Etapas 1.

Con las modalidades mencionadas previamente se busca llegar a cuatro etapas en la recuperación de los pacientes. Cada una de las etapas que sigue la Terapia Dialéctica Conductual está basada en una de las destrezas que esta misma enseña. En esta primera etapa es muy importante que se reduzcan las conductas parasuicidas y que se llegue a obtener los objetivos principales de la regulación emocional (Becker, & Zayfert, 2001). De esta manera se podrá lograr que el cliente tenga una mayor estabilidad y que se tenga por lo menos un mínimo de control conductual. Los objetivos principales dentro de esta etapa son reducir las conductas de alto riesgo en los pacientes, reducir interrupciones dentro de la terapia al igual que comportamientos que aminoren la calidad de vida –como el consumo de sustancias-, y promover en la persona conductas más funcionales (Linehan, & Wilks, 2015).

Etapas 2.

Tras haber alcanzado los objetivos principales dentro de la etapa uno, se prosigue a la segunda, la cual es conocida como “desesperación silenciosa” (Linehan, & Wilks, 2015). Se le conoce de esta manera porque en la primera etapa, si bien se controló las actitudes y los comportamientos de las personas, el dolor emocional no fue trabajado y este sigue latente. Durante esta etapa se busca incrementar las experiencias no-traumáticas, así como hallar posibles síntomas de TEPT y cómo estos podrían intervenir en el día a día de las personas (Brodsky, & Stanley, 2013). Por lo tanto, dentro de esta segunda etapa se busca que la desesperación silenciosa mencionada previamente sea reemplazada por una experimentación más adaptativa de situaciones en las cuales el trauma ya no se encuentre presente (Linehan, 2014).

Etapa 3 y Etapa 4.

La tercera etapa suele, en una gran cantidad de casos, ser la última en ser buscada y alcanzada. Sin embargo, en muchas ocasiones se busca llegar a la cuarta etapa para poder obtener una mayor ganancia con la terapia. El objetivo de ambas etapas es poder llegar a conseguir un estilo de vida más significativo junto con un incremento en el auto-respeto (Becker, & Zayfert, 2001). El objetivo principal en la tercera etapa es encontrar soluciones hacia problemas cotidianos. Asimismo, la etapa cuatro se enfoca en obtener una trascendencia en la vida y generar un mayor significado en la misma, así como una mayor sensación de totalidad y alegría (Macpherson, Cheavens, & Fristad, 2013).

Trastorno de Estrés Postraumático

El Trastorno de Estrés Postraumático se caracteriza por ser parte de los desórdenes de ansiedad y en las reacciones de estrés severas ante una situación fuertemente traumática (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). Estos dos puntos mencionados son básicos para que una persona sea diagnosticada con TEPT, sin embargo, otros puntos claves se necesitan para asegurar un diagnóstico en las personas con posible TEPT. El primero es la re-experimentación de síntomas en cualquier presentación como flashbacks –recuerdos vívidos de la situación-, recuerdos intrusivos, pesadillas acerca del evento traumático, sentimientos de malestar o respuestas fisiológicas fuertes al estar frente a un estímulo que les recuerde al trauma (Jorge, 2015). El segundo es el evitar determinadamente las situaciones que involucren recuerdos del evento traumático, así como una disminución en la reactividad ante cualquier estímulo; por ejemplo, pérdida de memoria del acontecimiento, esfuerzos físicos y psicológicos para evitar lugares o estímulos que recuerden al incidente, enajenación con los demás, pérdida de interés en actividades, así como la esperanza de un futuro desolador. Por último, las personas tienden a generar una sobre-activación, lo cual les provoca dificultad para conciliar o permanecer en

el sueño (insomnio), irritabilidad, dificultades en la concentración hipervigilancia, y respuestas con inicio intenso y exagerado (American Psychiatric Association, 2000).

La Teoría del Procesamiento Emocional estipula que el miedo está estructurado en tres partes de información relevantes; en primer lugar se encuentra el estímulo precipitante, en segundo lugar las respuestas tanto fisiológicas como psicológicas ante el mismo, y en tercer lugar está la interpretación acerca de la suma de las dos primeras –es decir, del significado que tiene el estímulo y de las respuestas ante el mismo (Foa & Kozak, 1986). Tras la teoría presentada por la Dra. Edna Foa se llevó a un conocimiento más amplio de cómo funciona Trastorno de Estrés Postraumático. Mediante este entendimiento del funcionamiento emocional, se ha podido ver que las personas con TEPT incluye estímulos excesivos y unos elementos tanto de respuesta como de significado patológico (Rauch & Foa, 2006). Las dos principales distorsiones que se tiene son creer que el mundo es un lugar peligroso y verse a uno mismo como incompetente por no poder hacer nada al respecto (Rauch & Foa, 2006).

Ahora bien, al tratarse de la prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático se puede ver que en realidad no es muy común que se origine en las personas, a pesar de haber vivido una experiencia traumática significativa. Si bien se suelen presentar varias descripciones de TEPT durante las primeras semanas tras el estresor en cuestión, a medida que pasa el tiempo los síntomas decaen y la posibilidad de diagnosticar este trastorno se anula (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). De Bellis menciona que en muestras no clínicas que ha podido observar que, tras un seguimiento de dos años, de todas las personas que habían sido diagnosticadas con TEPT, solo un tercio de las mismas todavía podía ser diagnosticada con el mismo (2001).

Sin embargo, hay que considerar las distintas presentaciones que tiene el TEPT durante su trayectoria dependiendo de su frecuencia y duración. En primera instancia se encuentra el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) que se presenta cuando los síntomas tienen

una duración de hasta un mes. Este trastorno se caracteriza por presentar síntomas disociativos, como una despersonalización (Jorge, 2015). Asimismo, el TEA se encuentra dentro del mismo espectro que el TEPT y, de hecho, es considerado un predictor para el desarrollo del mismo. Por último, el TEPT puede tener tres presentaciones; puede ser agudo – con una duración de hasta tres meses- y crónico –con una duración de más de tres meses- y puede tener un inicio demorado –los síntomas inician tras haber pasado seis meses del incidente traumático- (American Psychiatric Association, 2000).

En primera instancia, es importante determinar si la persona efectivamente ha vivido un episodio traumático que le haya ocasionado TEPT, más allá de los simples estresores que causan el mismo; esto se puede lograr al utilizar el *Traumatic Events Screening Instrument* que se encarga de determinar si la persona está atravesando por un evento traumático más allá de los estresores (Frueh, Grubaugh, & Ford, 2012). Si bien es importante el saber qué es lo que la persona padece en un momento actual, también es de gran relevancia poder tener una idea de la historia detrás del trauma, para así saber cuáles fueron los estresores que llevaron a que se genere el Estrés Postraumático, para de esta manera saber de mejor manera qué es lo que esta gente necesita; es decir, cuáles son los mejores procedimientos clínicos para tratar con los síntomas (Frueh, Grubaugh, & Ford, 2012).

TEPT en Ecuador.

Al haber identificado los estresores para el TEPT, la relación con la población dentro de esta investigación se hace más estrecha. Como se mencionó previamente, la población es la de mujeres ecuatorianas entre 20 y 30 años. Si bien se mencionó que el estatus socioeconómico es de gran importancia porque tiene una correlación positiva con el desarrollo de dicho trastorno, es importante mencionar cómo se relaciona la misma con el género y la edad seleccionados. El estudio se enfoca en mujeres, principalmente, debido a que la incidencia en este género es mayor que en los hombres. Estadísticamente hablando, las

probabilidades de que una mujer tenga Trastorno de Estrés Postraumático es el doble que el de los hombres, habiendo –actualmente- un porcentaje de existencia de dicho trastorno de 8.5% ante un 3.4%, respectivamente (McLean, Foa, 2015). En primera instancia, es necesario ver que el uno de los mayores estresores es el de abuso sexual. Las mujeres están más propensas a ser víctimas de abuso sexual; estadísticamente hablando, las mujeres suelen ser propensas a esto en una cantidad de 1 de cada 3 (Cloitre, et al., 2010).

Esto puede deberse a lo postulado previamente acerca de la tendencia que tienen las mujeres a ser víctimas de abuso sexual o de la violencia doméstica que pueden sufrir. Foa, Gillihan, & Bryant, postulan que la severidad del TEPT está correlacionada de manera positiva con la severidad del evento traumático, y asimismo que los eventos que involucran cierto tipo de violencia interpersonal son los que causarán un mayor daño psicológico en la persona (2013). Como fue mencionado previamente, las personas que fueron víctimas de abuso sexual o de violencia doméstica son muy propensas a desarrollar TEPT. En muestras clínicas se ha podido encontrar que la prevalencia de desarrollar TEPT es de 42% a 90% tras un abuso sexual, de 50% a 100% tras haber experimentado violencia doméstica sin importar si fue de manera indirecta, y de hasta 50% tras haber sido víctimas de cualquier tipo de maltrato físico (De Bellis, 2001).

Ahora bien, es importante hablar acerca del Trastorno de Estrés Postraumático en la población elegida para el estudio. En Ecuador no se han visto muchos casos de estudios en los cuales se demuestre el porcentaje de personas que sufren de TEPT, sin embargo, se puede hacer un análisis acerca de lo que se sabe sobre los factores de riesgo para tener dicho trastorno. Para empezar, se necesita haber presenciado un evento traumático con una falta de apoyo social, adversidades en la vida diaria, pobreza, maltrato familiar, problemas de funcionamiento con la familia de origen, falta de intervenciones directas para tratar con los

factores traumáticos, etc.; dichos componentes se pueden presentar antes, durante y después de la presencia del evento traumático (De Bellis, 2001).

Al tener dicha información de los precipitantes para un desarrollo de TEPT, se debe tomar en cuenta la situación actual en Ecuador. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) seis de cada 10 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia de género -psicológica, física, sexual, patrimonial-, lo cual entra dentro de los factores de riesgo de maltrato familiar mencionados previamente (2012). De igual manera, la pobreza en Ecuador es un gran predictor para la violencia mencionada previamente, ya que la mayoría de mujeres víctimas de dicha violencia tienen un estatus económico bajo. Asimismo, los índices de pobreza en el país son del 22.35%, pobreza extrema 7.43% (INEC, 2015). De los pocos datos que se encuentran dentro del ámbito del Trastorno de Estrés Postraumático en Ecuador, un estudio se hizo acerca de la incidencia de este en los niños de la calle en Quito. Aquí se encontró que el 60% de la muestra tenía TEPT según el criterio del DSM-IV-TR; por lo cual se considera que mediante los factores de riesgo y la existencia de un alto porcentaje de TEPT en la población en dicho estudio, la realidad de las mujeres en Ecuador con TEPT puede ser alta (Pluck et al., 2015).

Terapia Dialéctica Conductual para trastorno de estrés postraumático sin conductas de riesgo

Como fue postulado a lo largo de este escrito, la Terapia Dialéctica Conductual aporta con una gran cantidad de beneficios para una enorme gama de problemas clínicos. Mediante lo previamente estipulado, se puede ver que la TDC es apta para una modificación de su teoría para poder ser aplicable a cualquier trastorno (Miller, 2015). Esta terapia es muy flexible y una adaptación de la misma es muy accesible debido a que se puede eliminar muy

fácilmente ciertos aspectos de la misma que no sean necesarios para todos los trastornos; se necesitará que se evalúe qué es lo que verdaderamente se requiere de la TDC para poder aplicarla (Linehan, & Wilks, 2015). Como se pudo observar, las diferentes habilidades que se enseñan dentro de la Terapia Dialéctica Conductual pueden ser independientes la una de la otra y pueden ser utilizadas según los requerimientos del paciente en cuestión. Es por esto que cada una de las destrezas enseñadas en la TDC tiene su propio objetivo; para ser utilizadas de manera independiente (Brodsky, & Stanley, 2013).

Como fue postulado previamente, la Terapia Dialéctica Conductual fue basada en un modelo de trastornos basados en la regulación emocional deficiente, pero a lo largo del tiempo ha ido adaptándose a diversas problemáticas que van más allá de lo puramente especificado. Inevitablemente se ha hablado del papel que tiene la regulación emocional como un factor de protección ante un sinnúmero de problemáticas que aquejan a muchas personas diariamente (Jorge, 2015). Es por esto que se tomó en consideración y a profundidad del Trastorno de Estrés Postraumático, ya que este está muy relacionado con lo que es la teoría de la desregularización emocional (Foa et al., 2008). De la misma manera, existe una relación estrecha entre haber sido víctimas de un abuso sexual y una falta de regulación emocional y de efectividad interpersonal por lo cual la TDC y la adquisición de habilidades enseñadas en la misma serían de mucha ayuda en estos casos. Muchos casos de TEPT suelen ser ocasionados a un abuso sexual en la infancia o en la edad actual –como fue mencionado previamente- por lo cual las personas limitan su contacto social, hay mayor agresividad, mayor tensión, y una falta de auto-control (Cloitre et al., 2005).

En primera instancia, las personas con TEPT tienen alta probabilidad de padecer alexitima, la cual se caracteriza por ser un trastorno en el cual la persona no puede reconocer sus propias emociones, lo cual obstruye la posibilidad de poder entender y regular emociones actuales (Hervás, 2011). De la misma manera, el TEPT suele ser relacionado con una

intensidad muy elevada de emociones perturbantes para la persona, por lo que se vuelven predominantes en la vida de la persona y pueden llevar a que la persona externalice e internalice los síntomas a lo largo del tiempo (De Bellis, 2001). Por ejemplo, entre las características principales mencionadas anteriormente, los flashbacks demuestran que hubo un conflicto al procesar la situación que ocasionó el trauma, por lo cual se está repitiendo nuevamente. Eventualmente las personas tienden a evitar las situaciones que les recuerden a determinado evento y a sentir las emociones negativas por las cuales pasaron, haciendo que se dificulte llegar a unas habilidades de afrontamiento productivas que eventualmente lleven a una regulación emocional (Hervás, 2011).

Las técnicas de la Terapia Dialéctica Conductual son fundamentales para poder tratar el Trastorno de Estrés Postraumático. Las personas que viven con TEPT tienen una dificultad para poder regular sus emociones debido a la cantidad inmensurable de emociones negativas que abundan en su vida (Rauch, Foa, 2006). Mediante la aplicación de las técnicas que equilibren el manejo de dichas emociones con el incremento de unas más positivas podrá tener un beneficio significativo para superar los temores encontrados en dicho trastorno. Asimismo, son igual de necesarias las intervenciones que se realicen dentro de las áreas de aceptación emocional, ya que la evitación lleva a una sintomatología más grave (Hervás, 2011). Por lo tanto, las técnicas de Mindfulness y Regulación emocional son unas de las principales a tratar al momento de realizar intervenciones terapéuticas con pacientes que padecen de TEPT. Otra técnica que resulta muy efectiva para el tratamiento del trastorno en cuestión es la de la Efectividad Interpersonal, ya que el abundante miedo que estas personas tienen ante el contacto con el mundo exterior, provoca que estos se eviten las relaciones interpersonales (Linehan, & Wilks, 2015). La técnica sobrante tomada en consideración en la TDC es la Tolerancia al Malestar que también es esencial para este tipo de trastorno, ya que

se basa plenamente en la aceptación radical del presente, el auto-consuelo ante las emociones intensas y el superar las crisis del momento (Macpherson, Cheavens, & Fristad, 2013).

Las etapas mencionadas previamente pueden ser adaptadas hacia un enfoque puramente basado en el Trastorno de Estrés Postraumático. La primera etapa está originariamente basada en evitar las conductas autolesivas que en el caso de este trabajo investigativo no están presentes. Sin embargo, esta etapa también busca que haya un entrenamiento en las habilidades centrales de la TDC, por lo cual dentro del tratamiento de TEPT sin conductas autolesivas, la primera etapa puede centrarse solamente en la enseñanza de las mismas y el generar una buena relación terapéutica (Linehan, & Wilks, 2015). Las otras etapas se mantendrían con la misma importancia, sin embargo, se debe hacer un mayor énfasis hacia la segunda. Dentro de esta es donde se busca que los pacientes traten sus síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático y se enfoca plenamente en la regulación emocional, utilizando la técnica de exposición como principal fuente de progreso para el mismo (Brodsky, & Stanley, 2013).

Una de las técnicas más importantes para el Trastorno de Estrés Postraumático utilizadas en la Terapia Dialéctica Conductual es la técnica de exposición, la cual se utiliza al momento de requerir una regulación de emociones y es utilizada en la segunda etapa del tratamiento (Linehan, & Wilks, 2015). Como se mencionó previamente, la técnica de la Dra. Edna Foa estableció que la estructura del miedo es la que tiende a que las personas eviten la confrontación con los estímulos que crean esta emoción (Foa, & Kozak, 1986). La teoría del procesamiento emocional mencionada previamente estipula dicho argumento, llevando a la formación de la Terapia de exposición prolongada por la misma autora. La exposición prolongada tiene como finalidad involucrar a la persona hacia el evento traumático (Rauch, & Foa, 2006).

Las personas con TEPT suelen evitar determinadamente los lugares que les recuerden a la situación traumática por la que pasaron, al igual que las emociones que tuvieron en ese momento. El poder hacer exposiciones ante todo lo que normalmente ha sido evitado por las personas es fundamental para llegar a la aceptación de las emociones y a regularlas de manera efectiva para que estas no sean tan fuertes y tan dominantes en las personas (Hervás, 2011). Sin embargo, un tratamiento eficaz es poder llegar a erradicar las conexiones negativas formadas desde la estructura del miedo. Se basa principalmente en dos tipos de exposición: Imaginativa e In Vivo. La primera tiene la premisa de revivir recuerdos del evento traumático y recontar la historia, para de esta manera procesar el acontecimiento y así ganar una nueva perspectiva ante el trauma; al bajar la ansiedad con esta técnica, se puede ver una disminución en los síntomas del TEPT (Rauch, Foa, 2006). La exposición In Vivo, por su parte, es un poco más directa. Aquí se busca que las personas se acerquen paulatinamente hacia el objeto, las personas o lugares que han estado evitando. El objetivo principal de esta técnica es el poder obviar la disfuncionalidad de la estructura del miedo, para de esta manera reducir la ansiedad que mueve el miedo en el TEPT (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). Finalmente, lo que la terapia de exposición busca en general es cambiar las cogniciones de las personas atravesando un Trastorno de Estrés Postraumático. Debido a que el problema principal es la estructura del miedo, el trabajo a nivel cognitivo puede lograr una reestructuración del mismo y, por ende, una disminución en la sintomatología del TEPT (Zalta et al., 2014).

Las etapas tres y cuatro mantienen su importancia en la Terapia Dialéctica Conductual para TEPT como para cualquier otro trastorno, lo mismo que las modalidades. La única excepción se hallaría en los servicios de entrenamiento por teléfono, ya que se excluyen las conductas autolesivas. En este caso se utilizará este recurso para su finalidad de ayudar a los pacientes a poner en práctica lo que ha sido aprendido a lo largo de los talleres grupales y de las terapias individuales (Brodsky, & Stanley, 2013).

Para finalizar, se puede ver la Terapia Dialéctica Conductual es muy flexible para su aplicación dentro de cualquier ámbito, ya que permite la inclusión de pacientes con distintos grados de funcionalidad (Linehan, & Wilks, 2015). Debido al uso de la TDC para la desregularización emocional, sus beneficios ante un trastorno que se base en la misma lograrán ser tangibles (Foa et al, 2008). En el caso del TEPT, se podrían hallar un sinnúmero de beneficios a través de la TDC y de la inclusión en la misma de la Terapia de Exposición. Al esta última haber sido creada específicamente para tratar el TEPT, conjuntamente con la implementación de la TDC, el tratamiento para las personas que sufran de este trastorno podrá ser más completo (Becker, & Zayfert, 2001).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación de la metodología seleccionada

Al momento de realizar trabajos de investigación emprende la duda de qué tipo de diseño será el cual se va a llevar a cabo dentro de los mismos, siendo este diseño el tipo de plan que se utilizará para recopilar la información necesaria para poder llevar a cabo el estudio. Existen tres diferentes tipos de categorías que pueden ser utilizadas dentro de un estudio: las de un diseño cualitativo, cuantitativo y uno mixto (Hernández, Fernández, Baptista, 2010). La pregunta a responder dentro del presente trabajo investigativo está planteada para ser de origen cuantitativo y experimental. Esto se debe a que existen variables que necesitan tener un seguimiento empírico. El objetivo principal de este tipo de diseño investigativo es el de analizar los datos estadísticos que se buscan a través de una aplicación empírica con el fin de obtener los datos estadísticos ante una muestra estandarizada (Jha, 2008).

De la misma manera, siguiendo con el propósito de realizar un estudio de orden cuantitativo es necesaria la presencia de grupos de control, también conocida como un ensayo de control aleatorio (Moher, et al, 1995). La metodología se basará en tener dos grupos: el experimental y el de control. Para esto, se dividirá en la mitad a la cantidad de personas que se encuentren seleccionadas para el estudio y se las incluirá en uno de los dos grupos. A cada grupo se les entregarán las mismas herramientas de investigación al inicio y al final de la investigación; la diferencia será que el grupo experimental será sometido a la Terapia Dialéctica Conductual, mientras que el grupo de control no estará dentro de ningún tipo de ambiente terapéutico (Jha, 2008). La presencia de un grupo de control ayuda a conseguir una comparación precisa entre individuos con las mismas características para de esta manera tener

un claro entendimiento de los efectos tangibles propuestos en la pregunta de investigación. Es por esto que es el método más confiable para verificar la efectividad de un tratamiento (Moher et al, 1995).

Herramientas de investigación utilizada

Las herramientas que se utilizarán son tres principalmente que ayudan a reportar síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, las cuales serán empleadas mediante la petición de las mismas a Edna Foa y al instituto Beck con una autorización de la traducción de las mismas. La primera es el Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Scale (PTDS) – Escala de Diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático- desarrollado en primera instancia por la Dra. Edna Foa (Foa et al, 1997). En general esta es una escala que se basa en el auto-reporte de síntomas. Este incluye aspectos del diagnóstico del TEPT encontrados en el DSMIV-TR y en la severidad de los síntomas presentados. Existen varias escalas que han sido asignadas para encontrar la severidad de los síntomas, pero estas fueron normadas en un grupo de veteranos, mientras que el PTDS demuestra su validez hacia un más amplio número de personas (Foa et al, 1997).

Sin embargo, esta escala tiene algunas limitaciones, sobre todo por el hecho de ser basada en un auto-reporte de síntomas. A pesar de esto, la PTDS tiene varias ventajas, ya que toma menos tiempo realizarla y se pueden evitar sesgos por parte del paciente al tener dispositivos de detección que serán evaluados por terapeutas en un seguimiento (Foa et al, 1997). Esta escala fue escrita originariamente en inglés, pero para el propósito de esta investigación se realizará una traducción oficial de la misma. Para la realización de la misma se requiere un nivel educativo de octavo grado y puede ser utilizado en personas de entre 18 y 65 años de edad (Foa, 1995). Al ser una prueba de auto-reporte el tiempo de administración

será de entre 10 y 15 minutos y no existe un nivel de entrenamiento requerido por el terapeuta profesional para la realización del mismo (Foa, 1995).

La siguiente herramienta es el Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) –Inventario de Cogniciones Postraumáticas- realizado también por la Dra. Edna Foa. Este inventario considera tres sub-escalas importantes para el entendimiento del Trastorno de Estrés Postraumático (Foa et al, 1999). La primera mide pensamientos negativos acerca de uno mismo, la segunda evalúa de pensamientos negativos sobre el mundo, y la tercera valora la auto-culpa. Estos tres puntos son muy importantes para la evaluación del TEPT porque consideran las tres distorsiones cognitivas que abarca el trastorno en cuestión (Foa et al, 1999).

El propósito principal de la herramienta PTCI es poder medir en general los pensamientos y las creencias que están relacionadas con el trauma de personas que hayan experimentado un acontecimiento traumático (Andreu, Peña, & de La Cruz, 2016). Este inventario utiliza la modalidad Likert de siete puntos para poder medir las cogniciones de uno mismo. La validez de esta prueba psicométrica se debe a la variabilidad en cuanto a individuos que tuvieron las pruebas acerca del PTCI (Andreu, Peña, & de La Cruz, 2016). Por lo tanto, esta es una buena herramienta para medir los síntomas del TEPT, ya que existe una correlación muy extensa entre este trastorno y las cogniciones medidas en el PTCI (Foa et al, 1999).

Por último se utilizará el Beck Depression Inventory (BDI) –Inventario de Depresión de Beck-. Este fue desarrollado por Aaron Beck en el año 1991 (Beck, Steer, & Carbin 1988). Este inventario consta de 21 síntomas principales que incluyen el humor, pesimismo, sentido de fracaso, falta de satisfacción, culpa, sensación de castigo, aversión de uno mismo, acusaciones propias, deseos suicidas, llanto, irritabilidad, retraimiento social, indecisión, distorsión de la imagen corporal, inhibiciones en el trabajo, problemas de sueño, fatiga,

pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupaciones somáticas y pérdida del libido (Beck, Steer, & Carbin 1988). Los 21 ítems constan de una escala del cero al tres para que la persona elija cuál de las tres opciones es más acertada para su condición actual. Este es un instrumento que se auto-administra el paciente y tiene una corta duración de aproximadamente cinco a 10 minutos (Beck, Steer, & Carbin 1988).

El principal objetivo que tiene el Inventario de Depresión de Beck es el observar la severidad de la depresión en el individuo. Si bien el BDI no se basa en ninguna teoría en particular acerca de la depresión, sí se basa en el hecho de las distorsiones cognitivas básicas halladas en la Depresión (Jackson-Koku, 2016). Para el caso de este trabajo investigativo esta herramienta de medición es muy importante porque la depresión comparte las distorsiones cognitivas mencionadas previamente en el Trastorno de Estrés Postraumático; pensamientos negativos acerca del mundo y sobre uno mismo. Asimismo, la depresión está muy relacionada con la auto-culpa, siendo esta la tercera distorsión encontrada en el TEPT (Gilbert, 2014).

Descripción de participantes

De acuerdo al tipo de metodología que se utilizará para esta investigación, el número de la muestra será limitado. Para esto, se reclutarán 20 mujeres que actualmente tengan los síntomas para poder realizar un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático. Es sumamente importante que las personas que serán evaluadas a lo largo de esta investigación al momento no se encuentren bajo ningún tipo de terapia, ya que esto afectaría a los resultados que se obtendrán. Tras iniciar el reclutamiento de individuos para la muestra en cuestión, es imperativo que se realice una entrevista clínica con un psicólogo profesional para poder afirmar la existencia de un TEPT actual. Esto es necesario realizar a cada una de las personas en cuestión para poder generar un grupo homogéneo, por lo cual las edades de las participantes serán sometidas a un rango de entre 20 a 25 años de edad solamente. En cuanto

al estatus económico de las personas, la heterogeneidad en este campo puede ser considerada importante, sin embargo, debido a los factores de riesgo que acarrea el TEPT, las personas que se encuentran en estatus económicos más bajos podrán ser una mayoría dentro de esta investigación.

Reclutamiento de los participantes

El reclutamiento de participantes para esta investigación será a través afiches que postulen la necesidad de participantes que cumplan los determinados criterios buscados para la misma. Debido a que el propósito de esta investigación es utilizar una comparación con un grupo de control y para demostrar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual sobre los síntomas del TEPT sin conductas de riesgo, es necesario que no haya ningún sesgo al momento del reclutamiento de participantes. Para esto, lo que se requerirá es que las personas que estén interesadas en participar dentro de la investigación no hayan tenido más de dos sesiones terapéuticas dentro de la clínica en la que se encuentres al momento. Se colocarán panfletos dentro de las clínicas especializadas con este tipo de trastorno para que los pacientes interesados puedan ponerse en contacto. Tras esto, se procederá a enviar una carta a cada uno de los individuos en cuestión para hacerles una invitación para una cita en la cual se evaluará si las personas interesadas cumplen los criterios necesarios para la investigación. Se realizará una segunda entrevista solamente con aquellas personas que cumplan los requisitos para su participación en la cual se les explicará todo acerca de la investigación y se entregará a cada uno un consentimiento informado para que confirmen su participación su participación, seguido de la utilización de las herramientas mencionadas previamente.

Consideraciones éticas

Las normas éticas en una investigación son esenciales para la realización de la misma. Como fue mencionado previamente, cada individuo que será un participante activo recibirá un consentimiento informado en el cual se hablará, primeramente, acerca acerca de los objetivos que tiene la investigación, se presentará una descripción de los procedimientos que se realizarán dentro de la misma y la duración que tendrá. De la misma manera, dentro del mismo se hará saber a los participantes que su inclusión en el estudio es totalmente voluntaria, por lo cual no existe ninguna atadura hacia el mismo y pueden retirarse en el momento que deseen. Asimismo, la confidencialidad que se mantendrá será de suma importancia. Se explicará que sus nombres no serán mencionados en ningún momento y que solo el equipo clínico considerado parte del estudio estarán en contacto con la información obtenida dentro del mismo. Se utilizará un modelo de códigos para tener un seguimiento de la investigación para de esta manera continuar con el anonimato. De la misma manera, es importante prevenir daños que puedan ocurrir durante la investigación. Es por esto que se requerirá una retroalimentación después de cada terapia para poder saber cómo se encuentra cada individuo y, si existen problemas tangibles, se procederá a realizar una intervención para trabajar con las dificultades mencionadas.

RESULTADOS ESPERADOS Y DISCUSIÓN

Debido a que este trabajo investigativo fue basado en una exposición teórica, los resultados expuestos a continuación serán basados en suposiciones –basadas en la teoría exhibida- de lo encontrado. En un principio, es importante observar la relación tan estrecha que existe entre el Trastorno de Estrés Postraumático y la teoría de la desregularización emocional. La Terapia Dialéctica Conductual está, en primera instancia, enfocada en trabajar con trastornos específicos con un déficit en esta área. El resultado esperado dentro de esta investigación es que, a partir de la premisa expuesta previamente, las personas que tengan un diagnóstico que TEPT tengan una mejoría en cuando a su sintomatología a raíz de un trabajo oportuno con esta terapia.

Si bien la TDC se ha enfocado bastante en la reducción de sintomatología asociada a las conductas de alto riesgo, su flexibilidad puede ser de mucha ayuda para un sinnúmero de trastornos, así como para una cantidad significativa de personas que no presenten un desorden en específico, sino una falla al momento de hablar acerca de su regulación emocional. Según Linehan, & Wilks la relación entre la enseñanza de las distintas habilidades dentro de la Terapia Dialéctica Conductual y los trastornos con una persistente desregularización emocional (2015). Mediante una enseñanza de cada una de estas destrezas –mindfulness, regulación emocional, tolerancia al malestar y comunicación interpersonal-, las personas que han sido víctimas de eventos traumáticos y han desarrollado un Trastorno de Estrés Postraumático pueden llegar a la reducción de la sintomatología presente (Becker, & Zayfert, 2001).

Se espera que las terapias grupales y el uso de las llamadas telefónicas ofrecidas en la metodología de la aplicación de la TDC sean de gran ayuda para las personas. Como fue

mencionado anteriormente, las llamadas telefónicas son de ayuda para los pacientes en los momentos de vulnerabilidad porque requieren de una ayuda inmediata de la aplicación de las habilidades aprendidas (Brodsky, & Stanley, 2013). Esto se espera que ayude a los individuos a afrontar sus problemas –que en general podrán llegar a ser de mayor índole interpersonal porque ese es uno de los mayores déficits en el Trastorno de Estrés Postraumático- y a que se tengan mayores ganancias en la reducción de esta problemática en cuestión (Brodsky, & Stanley, 2013).

Se estima que la mejoría de los pacientes presentes en esta investigación se realice durante las dos primeras etapas de la Terapia Dialéctica Conductual. Después de la primera etapa de la terapia en cuestión se busca que el entrenamiento en las destrezas haya logrado un impacto en las personas para que empiecen a poner en práctica lo aprendido (Linehan, & Wilks, 2015). Asimismo, se espera que la segunda etapa de la terapia –basada en la regulación emocional y la reducción en general del TEPT- la mayoría de la sintomatología se haya disminuido significativamente. Para las etapas tres y cuatro se espera que las personas involucradas ya no tengan los suficientes síntomas para ser considerados con TEPT y que puedan llegar a desarrollar una mejor capacidad de afrontamiento ante problemas de la vida cotidiana y un significado trascendente acerca de la vida (Macpherson, Cheavens, & Fristad, 2013).

La pregunta de investigación expuesta fue “¿Cuál es el efecto de la Terapia Dialéctica Conductual en la sintomatología de mujeres ecuatorianas entre 20 y 30 años de edad con un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático que no presentan conductas de alto riesgo?”. Durante todo el trabajo investigativo se buscó responder a la misma mediante sustentos literarios de previas investigaciones que se asemejan a la propuesta y que fueron un gran soporte para la validación de la pregunta expuesta. Como fue expuesto anteriormente, la pregunta de investigación pudo ser respondida debido a que la sintomatología de las personas

con un diagnóstico de TEPT podría ser reducida significativamente mediante la aplicación de las técnicas TDC.

Muchas áreas que cubre la Terapia Dialéctica Conductual están estrechamente relacionadas con las áreas afectadas dentro del Trastorno de Estrés Postraumático. Para empezar, como Edna Foa lo postula, el pensamiento catastrófico de que todo el mundo es peligroso que se genera tras haber presenciado un evento traumático puede llevar a una falla en muchas áreas, sobre todo en las cuatro abarcadas por la TDC (Foa, Gillihan, & Bryant, 2013). La tolerancia al malestar es una de las principales en ser evaluadas debido a que se necesita un control ante emociones que se desbordan y que no son fáciles de ser manejadas. Para la población en cuestión puede llegar a ser muy beneficioso el encontrar esta herramienta que les ayude a combatir la intensidad de las emociones que estas acarrearán. En segundo lugar, al hablar acerca de la intensidad de las emociones, entra en consideración los beneficios que pueden haber tras la concientización de la existencia de dichas emociones (Linehan, & Wilks, 2015).

Como fue mencionado previamente, la plenitud de conciencia es la base fundamental de esta teoría realizada por Marsha Linehan. Si la población ecuatoriana estudiada durante esta investigación aprendería las bases de lo que conlleva el mindfulness, se podría tener una estabilidad mucho más acertada y en cierto aspecto más pacífica. Es decir, el llegar a una aceptación de las emociones y no el luchar contra la existencia de ellas puede bajar la intensidad de la sintomatología del TEPT, generando así más recursos en la persona (Linehan, 2014). Debido a que la plenitud de conciencia -o mindfulness- es el principal componente de la TDC y la destreza central de la misma, se va a necesitar la creación de más talleres que expliquen la importancia de esta práctica y su origen (Linehan, & Wilks, 2015). Esto no solamente se debe a su relevancia en cuanto al aprendizaje de las demás herramientas, sino a

que -debido a que la cultura ecuatoriana no está acostumbrada a una práctica Zen como estas puede parecer un tanto complicado lo que esta predica.

Otra importancia a ser cubierta para poder realizar las destrezas en la población ecuatoriana es la falta de investigación existente acerca de la Terapia de Exposición que se realiza dentro del módulo de la regulación emocional. Edna Foa ha encontrado la efectividad que tiene esta terapia, ya que ella la desarrolló para poder trabajar con la sintomatología del TEPT (Foa, & Kozak, 1986). Se ha encontrado que este tipo de terapia es muy beneficiosa en cuanto a la reducción del impacto emocional que tienen los flashbacks, los pensamientos intrusivos, entre otros, razón por la cual este enfoque terapéutico es utilizado en la enseñanza de la regulación emocional (Becker, & Zayfert, 2001). Debido a que en este módulo se enseña principalmente la reducción de la intensidad de las emociones, en ocasiones es importante enfrentar el trauma para poder quitarle el poder que este tiene sobre la persona (Linehan, & Wilks, 2015). Mediante el empleo de la Terapia de Exposición se puede llegar al objetivo planteado, pero se necesita que exista un control riguroso acerca de cómo los participantes están reaccionando hacia el empleo de estas destrezas, ya que no existen conocimientos previos acerca de cómo este tipo de terapia funciona con la población de mujeres en el Ecuador.

Es sumamente importante que se tomen en cuenta factores culturales como el mencionado previamente debido a que la gente puede responder a las distintas perspectivas de las terapias en general de una manera diferente. Si se toma en consideración las especificidades culturales existentes en Ecuador, se podrá tener un resultado todavía más favorable. Debido a que la TDC es una terapia que puede ser fácilmente adaptada hacia cualquier población seleccionada, su función en Ecuador lograría ser sumamente fructífera (Linehan, & Wilks, 2015). Si se toma en consideración los puntos abarcados previamente, la

aplicación de las destrezas podrá ser aún más sencilla y se obtendrán buenos resultados para tratar los síntomas del TEPT.

Limitaciones del estudio

La principal limitación existente dentro de este trabajo investigativo es que la mayoría de los estudios de los cuales se ha sacado información están normados en Estados Unidos. Al tener en consideración la importancia que se tiene de verificar la efectividad de una terapia ante ciertas poblaciones demuestra la gran limitación que esto representa. Entre las limitaciones también se encuentra que en Ecuador no existe mucha conciencia acerca de la importancia que tiene el rol de la psicología dentro del día a día. Esto promueve a que exista una reducción significativa de participantes, ya que para lograr que un estudio sea normado se requiere de una muestra más extensa. Asimismo, la calidad de investigación que se promovió durante este trabajo evita que se tenga una mayor muestra debido a la necesidad de un equipo clínica más extenso para poder desarrollar un mayor número de terapias tanto grupales como individuales.

Recomendaciones para futuros estudios

Es importante que existan más investigaciones acerca de la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en los distintos tipos de trastornos que tienen como eje central la desregularización emocional. Por el momento existe un sinnúmero de estudios que demuestran la validación del mismo, pero que sobreponen mucha sintomatología de conductas autodestructivas. Este tipo de terapia fue creada con el fin de reducir estas conductas, por lo cual se ha verificado en grandes cantidades su efectividad. Es por esto que puede existir un sesgo entre lo que es la efectividad dentro de un trastorno en sí si no existe una división entre la existencia de conductas auto-lesivas. Es decir, se requieren para futuras

ocasiones que se tomen en consideración los múltiples trastornos dentro de área del déficit en la regulación emocional que no presenten conductas de riesgo para de esta manera poder reducir el impacto del sesgo mencionado previamente. Si se logra alcanzar este propósito, la validez de la TDC como una terapia multifuncional para una gama extensa de trastornos será mayormente reconocida y puesta en acción.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 211-221.
- Andreu, J. M., Peña, M. E., & de La Cruz, M. Á. (2016). Psychometric evaluation of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in female survivors of sexual assault. *Women & health*, (just-accepted).
- Baer, R. A. (Ed.). (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Academic Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Becker, C. B., & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 107-122.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Brodsky, B. B., & Stanley, B. B. (2013). *Dialectical Behavior Therapy Primer : How DBT can inform clinical practice (2nd Edition)*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Carlson, M. (2014). *CBT for Chronic Pain and Psychological Well-Being : A Skills Training Manual Integrating DBT, ACT, Behavioral Activation and Motivational Interviewing*. Somerset, NJ, USA: Wiley. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-24. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/734490271?accountid=36555>
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology*, 13(03), 539-564.

- Foa, E. B. (1995). Post-traumatic stress diagnostic scale (PDS). *Minneapolis: National Computer Systems.*
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, *99*(1), 20.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological assessment*, *9*(4), 445.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment*, *11*(3), 303.
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, *14*(2), 65-111.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007) Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences: therapist guide.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Frueh, C., Grubaugh, A., & Ford, J. D. (2012). *Assessment and Treatment Planning for PTSD*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Gilbert, P. (2014). *Depression: The evolution of powerlessness*. Psychology Press.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los deficit emocionales en los trastornos clinicos. *Psicología Conductual*, *19*(2), 347.
- INEC. (2012). Encuesta nacional de Relaciones Familiares y Violencia contra las Mujeres. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- INEC. (2015). Reporte de Pobreza por ingresos, Septiembre 2015. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza/>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, *66*(2), 174-175.

- Jha, N.K.. Research Methodology. Chandigarh, IND: Abhisek Publications, 2008. ProQuest ebrary. Web. 29 March 2016.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour research and therapy*, *57*, 55-64.
- Jorge, R. E. (2015). Posttraumatic stress disorder. *Continuum: lifelong learning in neurology*, *21*(3, Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 789-805.
- Kohrt, B. A., Worthman, C. M., Ressler, K. J., Mercer, K. B., Upadhaya, N., Koirala, S., ... & Binder, E. B. (2015). Cross-cultural gene– environment interactions in depression, post-traumatic stress disorder, and the cortisol awakening response: FKBP5 polymorphisms and childhood trauma in South Asia: GxE interactions in South Asia. *International Review of Psychiatry*, *27*(3), 180-196.
- Linehan, M. (2011). Rethinking BPD: A Clinician's View [archivo de video]. <https://www.nimh.nih.gov/news/media/2011/linehan.shtml>
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® skills training manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, *69*(2), 97-110.
- Macpherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *16*(1), 59-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(8), 1151-1163.
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2013). Dissemination and implementation of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, *27*(8), 788-792.
- Miller, A. L., PsyD. (2015). Introduction to a special issue dialectical behavior therapy: Evolution and adaptations in the 21st century. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 91-95. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1710033432?accountid=36555>
- Moher, D., Jadad, A. R., Nichol, G., Penman, M., Tugwell, P., & Walsh, S. (1995). Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. *Controlled clinical trials*, *16*(1), 62-73.
- Pluck, G., Banda-Cruz, D. R., Andrade-Guimaraes, M. V., Ricaurte-Diaz, S., & Borja-Alvarez, T. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder and Intellectual Function of

- Socioeconomically Deprived 'Street children' in Quito, Ecuador. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13(2), 215-224.
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61-65.
- Rubio, L. E. (2011). Carácter, destino y emociones/Character, destiny and emotions. *Logos : Anales Des Seminario De Metafisica*, 44, 303-329. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1023284780?accountid=36555>
- Swenson, C. R., M.D., & Choi-Kain, L. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1710033631?accountid=36555>
- Taruna, & Singh, S. (2013). The role of dialectical behaviour therapy (DBT) in enhancing the distress tolerance and interpersonal effectiveness amongst adolescents. *Indian Journal of Positive Psychology*, 4(4), 551-554. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1614022080?accountid=36555>
- Weytens, F., Luminet, O., Verhofstadt, L. L., & Mikolajczak, M. (2014). An integrative theory-driven positive emotion regulation intervention. *PLoS One*, 9(4) doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0095677>
- Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., McLean, C. P., Yehuda, R., & Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 171.

ANEXOS

Anexo A: Carta para reclutamiento de participantes

A quien corresponda,

Alejandra Martínez, estudiante de Psicología Clínica, está realizando una investigación referente a la utilización de la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. se busca aplicar esta terapia por 16 meses para reducir la sintomatología del trastorno en cuestión. actualmente se están buscando mujeres que hayan tenido un previo diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y continúen con el mismo, para la participación voluntaria del presente trabajo investigativo.

si está interesado en participar en el estudio o si conoce a alguien que quiera ser parte del mismo, por favor contactarse con:

Alejandra Martínez, investigadora principal

teléfono: 0999999999

Anexo B: Carta para cada participante

Buenas tardes,

Me comunico con ustedes con respecto a la participación dentro de la investigación acerca de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático. Estamos muy interesados en tenerlos dentro del programa, por lo cual necesitaremos programar una cita con la investigadora principal de la investigación para poder evaluar los criterios requeridos para su participación dentro del mismo. Estas citas podrán realizarse por teléfono durante esta semana, por lo cual les pedimos que se comuniquen conmigo lo más pronto posible a los números siguientes:

0999999999

0222222222

Saludos cordiales,

Alejandra Martínez

Anexo C: Formulario de bioética



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
Título de la Investigación
Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno del Estrés Postraumático sin conductas de riesgo
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
María Alejandra Martínez Villalba Estudiante de Psicología Clínica en la Universidad San Francisco de Quito maria.martinez001@estud.usfq.edu.ec
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>
No aplica
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
María Alejandra Martínez Villalba 0992746801 2897419 maria.martinez001@estud.usfq.edu.ec
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>
Mariel Paz y Miño mpazymynom@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación <i>16 de febrero del 2016</i>
Fecha de término de la investigación <i>17 de mayo del 2016</i>
Financiamiento <i>Personal</i>

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>
Reducción de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático mediante la utilización de la Terapia Dialéctica Conductual para una mejoría sustancial ante este trastorno.
Objetivos Específicos
Probar la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual Encontrar la relación entre esta terapia con el Trastorno de Estrés Postraumático
Diseño y Metodología del estudio <i>Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..</i>
Este es un estudio cualitativo con un grupo de control. Se buscó la muestra en centros especializados y se reclutarán 20 mujeres que cumplan con las características requeridas. Se utilizará un muestreo aleatorio, el cual será realizado tras las consideraciones clínicas de las voluntarias.
Procedimientos <i>Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.</i>
Primero se recibirán voluntarios para el estudio tras los afiches colocados en los centros especializados. Tras esto se realizará una serie de pruebas de evaluación para estar al tanto de la gravedad de los síntomas actuales. Seguido de esto se procederá a la aplicación de un terapeuta personal para cada persona y la organización de un grupo en el cual se enseñarán cuatro distintas destrezas: plenitud de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. De la misma manera, se explicará la importancia de las llamadas de apoyo hacia los terapeutas que pueden realizarse en momentos de crisis por parte de los participantes. Al finalizar la terapia, se realizarán nuevamente las evaluaciones del inicio para comparar la incidencia de los síntomas.
Recolección y almacenamiento de los datos <i>Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación</i>
La recolección de datos se da a través de un sistema confidencial en el cual se establecerá una numeración para cada participante al momento de realizar la batería de pruebas. Los psicólogos involucrados en el estudio serán los únicos que tendrán acceso a los mismos. Los datos serán inscritos en un sistema de computadoras para mantenerlos a disposición de los involucrados en el estudio.
Herramientas y equipos <i>Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos</i>
Las herramientas que serán utilizadas serán dos cuestionarios para medir la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático; el PTCI (Posttraumatic Cognitions Inventory) que mide las distorsiones cognitivas dentro de este trastorno y el PTSD Diagnostic Scale que mide la sintomatología en general.

Asimismo se utilizará el Inventario de Depresión de Beck, el cual analiza el nivel de depresión dentro de los participantes. La base de datos será una reservada para el acceso de la clínica en la cual se pondrán las anotaciones acerca del proceso de los participantes.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

Este estudio es importante para poder conocer el impacto que tiene la Terapia Dialéctica Conductual en la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) sin conductas de riesgo porque si bien han existido investigaciones sobre el impacto del mismo, las conductas de riesgo se han sobrepuesto en distintos trastornos, por lo cual es importante enfocarse únicamente en la sintomatología general del TEPT. Asimismo, el hecho de enfocarse en la población ecuatoriana podrá ser de mucha ayuda debido a que esta es una población vulnerable ante este trastorno, tendrá un impacto importante en la población, ya que se toma en consideración todas las variables culturales.

Referencias bibliográficas completas en formato APA

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 211-221.
- Andreu, J. M., Peña, M. E., & de La Cruz, M. Á. (2016). Psychometric evaluation of the Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI) in female survivors of sexual assault. *Women & health*, (just-accepted).
- Baer, R. A. (Ed.). (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Academic Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Becker, C. B., & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 107-122.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Brodsky, B. B., & Stanley, B. B. (2013). *Dialectical Behavior Therapy Primer : How DBT can inform clinical practice (2nd Edition)*. Somerset, NJ, USA: John Wiley

- & Sons. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Carlson, M. (2014). *CBT for Chronic Pain and Psychological Well-Being : A Skills Training Manual Integrating DBT, ACT, Behavioral Activation and Motivational Interviewing*. Somerset, NJ, USA: Wiley. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K., Nooner, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry, 167*(8), 915-24. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/734490271?accountid=36555>
- De Bellis, M. D. (2001). Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology, 13*(03), 539-564.
- Foa, E. B. (1995). Post-traumatic stress diagnostic scale (PDS). *Minneapolis: National Computer Systems*.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin, 99*(1), 20.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological assessment, 9*(4), 445.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological assessment, 11*(3), 303.
- Foa, E. B., Gillihan, S. J., & Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest, 14*(2), 65-111.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007) Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences: therapist guide.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- Frueh, C., Grubaugh, A., & Ford, J. D. (2012). *Assessment and Treatment Planning for PTSD*. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons. Retrieved from <http://www.ebrary.com>
- Gilbert, P. (2014). *Depression: The evolution of powerlessness*. Psychology Press.

- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347.
- INEC. (2012). Encuesta nacional de Relaciones Familiares y Violencia contra las Mujeres. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- INEC. (2015). Reporte de Pobreza por ingresos, Septiembre 2015. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/pobreza/>
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174-175.
- Jha, N.K.. *Research Methodology*. Chandigarh, IND: Abhisek Publications, 2008. ProQuest ebrary. Web. 29 March 2016.
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour research and therapy*, 57, 55-64.
- Jorge, R. E. (2015). Posttraumatic stress disorder. *Continuum: lifelong learning in neurology*, 21(3, Behavioral Neurology and Neuropsychiatry), 789-805.
- Kohrt, B. A., Worthman, C. M., Ressler, K. J., Mercer, K. B., Upadhaya, N., Koirala, S., ... & Binder, E. B. (2015). Cross-cultural gene– environment interactions in depression, post-traumatic stress disorder, and the cortisol awakening response: FKBP5 polymorphisms and childhood trauma in South Asia: GxE interactions in South Asia. *International Review of Psychiatry*, 27(3), 180-196.
- Linehan, M. (2011). Rethinking BPD: A Clinician's View [archivo de video]. <https://www.nimh.nih.gov/news/media/2011/linehan.shtml>
- Linehan, M. M. (2014). *DBT® skills training manual*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 97-110.
- Macpherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 59-80. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>

- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder: A review of evidence and dissemination. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*(8), 1151-1163.
- McLean, C. P., & Foa, E. B. (2013). Dissemination and implementation of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of anxiety disorders*, *27*(8), 788-792.
- Miller, A. L., PsyD. (2015). Introduction to a special issue dialectical behavior therapy: Evolution and adaptations in the 21st century. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 91-95. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1710033432?accountid=36555>
- Moher, D., Jadad, A. R., Nichol, G., Penman, M., Tugwell, P., & Walsh, S. (1995). Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklists. *Controlled clinical trials*, *16*(1), 62-73.
- Pluck, G., Banda-Cruz, D. R., Andrade-Guimaraes, M. V., Ricaurte-Diaz, S., & Borja-Alvarez, T. (2015). Post-Traumatic Stress Disorder and Intellectual Function of Socioeconomically Deprived 'Street children' in Quito, Ecuador. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *13*(2), 215-224.
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *36*(2), 61-65.
- Rubio, L. E. (2011). Carácter, destino y emociones/Character, destiny and emotions. *Logos : Anales Des Seminario De Metafísica*, *44*, 303-329. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1023284780?accountid=36555>
- Swenson, C. R., M.D., & Choi-Kain, L. (2015). Mentalization and dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(2), 199-217. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1710033631?accountid=36555>
- Taruna, & Singh, S. (2013). The role of dialectical behaviour therapy (DBT) in enhancing the distress tolerance and interpersonal effectiveness amongst adolescents. *Indian Journal of Positive Psychology*, *4*(4), 551-554. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1614022080?accountid=36555>
- Weytens, F., Luminet, O., Verhofstadt, L. L., & Mikolajczak, M. (2014). An integrative theory-driven positive emotion regulation intervention. *PLoS One*, *9*(4) doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0095677>
- Zalta, A. K., Gillihan, S. J., Fisher, A. J., Mintz, J., McLean, C. P., Yehuda, R., & Foa, E. B. (2014). Change in negative cognitions associated with PTSD predicts symptom reduction in prolonged exposure. *Journal of consulting and clinical psychology*, *82*(1), 171.

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO	
Criterios para la selección de los participantes	<i>Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto</i>
Las participantes serán únicamente mujeres debido a que la incidencia de este trastorno se ve más en esta población. Los criterios a cumplir para su participación serán solamente basados en el ámbito clínico con el fin de que la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático sea estandarizada.	
Riesgos	<i>Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará</i>
Debido a que esta investigación abarca una terapia individual, los riesgos emocionales son probables. La exposición a información acerca del evento traumático puede ocasionar malestar hacia los participantes. Debido a esto se realizará un seguimiento terapéutico mediante una retroalimentación semanal para, en caso de existir un desbalance emocional ocasionado por la terapia, manejarlo de la mejor manera con el terapeuta asignado	
Beneficios para los participantes	<i>Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán</i>
Los beneficios encontrados mediante esta investigación son la mejoría de los síntomas y un bienestar psicológico tras la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual.	
Ventajas potenciales a la sociedad	<i>Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso</i>
Las ventajas tras este proyecto investigativo se dan, principalmente, tras la estandarización de este estudio en la población ecuatoriana, lo cual tiene un valor agregado de probar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual mediante las consideraciones culturales de la sociedad en cuestión.	
Derechos y opciones de los participantes del estudio	<i>Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.</i>
Todos los participantes, al ser voluntarios, tienen el derecho de retirarse de la investigación en el momento en el que deseen. De la misma manera, podrán enviar retroalimentación del estudio para poder medir su proceso dentro del mismo.	
Seguridad y Confidencialidad de los datos	<i>Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes</i>
La confidencialidad de los datos es muy importante dentro de este estudio, por lo cual todos los datos de los pacientes serán llevados por una numeración y no por sus nombres. Las únicas personas que tendrán acceso al nombre de los participantes serán la investigadora principal y los terapeutas involucrados con los mismos.	
Consentimiento informado	<i>Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario</i>
El consentimiento informado se aplicará por la investigadora principal en la segunda entrevista antes de realizarse la investigación, para que de esta manera los participantes conozcan a detalle el estudio.	
Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.	
Las responsabilidades del investigador principal de este estudio se basan, principalmente, en mantener la confidencialidad de los datos de los participantes. Asimismo, se requiere que mantengan un seguimiento cercano del procedimiento de la investigación, de la comodidad de los participantes y de los resultados que se vayan teniendo a lo largo del proceso.	

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) (si aplica y se va a incluir menores de 17 años)			
3. Herramientas a utilizar (Título de:: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)	X	X	
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

CRONOGRAMA	Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	AÑO							
		Fechas	1	2	3	4	5	6	7
	Primera entrevista con la investigadora principal	15/02/2016							
	Selección de la muestra con la que se trabajará	15/04/2016							
	Segunda entrevista en la cual se entrega el consentimiento informado	17/04/2016							
	Realizar la batería de pruebas (pre)	25/04/2016							
	Inicio del tratamiento con la Terapia Dialéctica Conductual	1/05/2016							
	Realizar nuevamente la batería de pruebas (pos)	1/05/2018							
	Análisis de datos comparando el pre-pos	29/05/2018							
	Publicación de resultados de la investigación	19/07/2018							

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No ()
No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: _____

Anexo D: Formulario de consentimiento informado



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno del Estrés Postraumático sin conductas de riesgo

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: María Alejandra Martínez Villalba

Datos de localización del investigador principal:
 0992746801/2897419/maria.martinez001@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores *(nombres completos)*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p> <p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual en la reducción de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) sin conductas de alto riesgo porque usted ha sido recomendado debido a que tiene todos los criterios sintomáticos que busca este estudio.</p>
<p>Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i></p> <p>Este estudio se realizará a 20 personas, las cuales 10 serán tratadas con esta terapia y las otras 10 no recibirán terapia alguna. Constará de la aplicación de las técnicas utilizadas dentro de la Terapia Dialéctica Conductual tanto en una modalidad grupal como individual. Este estudio tendrá una duración de ..., tomando en cuenta que durante este tiempo usted se podrá retirar en cualquier momento.</p>
<p>Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i></p> <p>Primero se realizará una serie de pruebas de evaluación para estar al tanto de la gravedad de los síntomas actuales. Seguido de esto se procederá a la aplicación de un terapeuta personal para cada persona y la organización de un grupo en el cual se enseñarán cuatro distintas destrezas: plenitud de conciencia, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. De la misma manera, se explicará la importancia de las llamadas de apoyo hacia los terapeutas que pueden realizarse en momentos de crisis por parte de los participantes. Al finalizar la terapia, se realizarán nuevamente las evaluaciones del inicio para comparar la incidencia de los síntomas.</p>

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Debido a que esta investigación abarca una terapia individual, los riesgos emocionales son probables. La exposición a información acerca del evento traumático puede ocasionar malestar hacia los participantes. Debido a esto se realizará un seguimiento terapéutico mediante una retroalimentación semanal para, en caso de existir un desbalance emocional ocasionado por la terapia, manejarlo de la mejor manera con el terapeuta asignado. Por otro lado, los beneficios encontrados mediante esta investigación son la mejoría de los síntomas y un bienestar psicológico tras la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el equipo clínico tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992746801 que pertenece a Alejandra Martínez o envíe un correo electrónico a maria.martinez001@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

<p>Consentimiento informado <i>(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)</i></p>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Anexo E: Herramientas para levantamiento de información

Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)

your name:

today's date:

We are interested in the kind of thoughts which you may have had after a traumatic experience. Below are a number of statements that may or may not be representative of your thinking. Please read each statement carefully and tell us how much you AGREE or DISAGREE with each by putting the appropriate number between 1 & 7 in the box to the right of the statement. People react to traumatic events in many different ways. There are no right or wrong answers to these statements.

1 totally disagree, 2 disagree very much, 3 disagree slightly, 4 neutral, 5 agree slightly, 6 agree very much, 7 totally agree

1. the event happened because of the way I acted
2. I can't trust that I will do the right thing
3. I am a weak person
4. I will not be able to control my anger and will do something terrible
5. I can't deal with even the slightest upset
6. I used to be a happy person but now I am always miserable.
7. people can't be trusted

8. I have to be on guard all the time
9. I feel dead inside
10. you can never know who will harm you
11. I have to be especially careful because you never know what can happen next
12. I am inadequate
13. if I think about the event, I will not be able to handle it
14. the event happened to me because of the sort of person I am
15. my reactions since the event mean that I am going crazy
16. I will never be able to feel normal emotions again
17. the world is a dangerous place
18. somebody else would have stopped the event from happening
19. I have permanently changed for the worse
20. I feel like an object, not like a person
21. somebody else would not have gotten into this situation
22. I can't rely on other people
23. I feel isolated and set apart from others
24. I have no future
25. I can't stop bad things from happening to me
26. people are not what they seem
27. my life has been destroyed by the trauma
28. there is something wrong with me as a person

29. my reactions since the event show that I am a lousy copper
30. there is something about me that made the event happen
31. I feel like I don't know myself anymore
32. I can't rely on myself

PTSD Diagnostic Scale for DSM-5

(PDS-5)

Subject ID _____

Date _____

TRAUMA SCREEN

Have you ever experienced, witnessed, or been repeatedly confronted with any of the following: (Check all that apply)

___ Serious, life threatening illness (heart attack, etc.)

___ Physical Assault (attacked with a weapon, severe injuries from a fight, held at gunpoint, etc.)

___ Sexual assault (rape, attempted rape, forced sexual act with a weapon, etc.)

___ Military combat or lived in a war zone

___ Child abuse (severe beatings, sexual acts with someone 5 years older than you, etc.)

___ Accident (serious injury or death from a car, at work, a house fire, etc.)

___ Natural disaster (severe hurricane, flood, earthquake, etc.)

Other trauma (please describe briefly):

None

*** If NONE, please STOP and return this questionnaire ***

If you marked any of the above items, which single traumatic experience is on your mind and currently bothers you the most:

(Check only one)

___ Serious, life threatening illness (heart attack, etc.)

___ Physical Assault (attacked with a weapon, severe injuries from a fight, held at gunpoint, etc.)

___ Sexual assault (rape, attempted rape, forced sexual act with a weapon, etc.)

___ Military combat or lived in a war zone

___ Child abuse (severe beatings, sexual acts with someone 5 years older than you, etc.)

___ Accident (serious injury or death from a car, at work, a house fire, etc.)

___ Natural disaster (severe hurricane, flood, earthquake, etc.)

Other trauma (please describe briefly):

Instructions: Below is a list of problems that people sometimes have after experiencing a traumatic event. Write down the most distressing traumatic event that you checked on the last page:

Please read each statement carefully and circle the number that best describes how often that problem has been happening and how much it upset you over THE LAST MONTH. Rate each problem with respect to the traumatic event that you wrote above.

For example, if you've talked to a friend about the trauma one time in the past month, you would respond like this: (because one time in the past month is less than once a week)

Talking to other people about the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

1. Unwanted upsetting memories about the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

2. Bad dreams or nightmares related to the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

3. Reliving the traumatic event or feeling as if it were actually happening again

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

4. Feeling very EMOTIONALLY upset when reminded of the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

5. Having PHYSICAL reactions when reminded of the trauma (for example, sweating, heart racing)

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

6. Trying to avoid thoughts or feelings related to the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

7. Trying to avoid activities, situations, or places that remind you of the trauma or that feel more dangerous since the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

8. Not being able to remember important parts of the trauma

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

9. Seeing yourself, others, or the world in a more negative way (for example "I can't trust people," "I'm a weak person")

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

10. Blaming yourself or others (besides the person who hurt you) for what happened

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

11. Having intense negative feelings like fear, horror, anger, guilt or shame

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

12. Losing interest or not participating in activities you used to do

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

13. Feeling distant or cut off from others

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

14. Having difficulty experiencing positive feelings

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

15. Acting more irritable or aggressive with others

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

16. Taking more risks or doing things that might cause you or others harm (for example, driving recklessly, taking drugs, having

unprotected sex)

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

17. Being overly alert or on-guard (for example, checking to see who is around you, being uncomfortable with your back to a door)

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

18. Being jumpy or more easily startled (for example when someone walks up behind you)

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

19. Having trouble concentrating

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

20. Having trouble falling or staying asleep

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

DISTRESS AND INTERFERENCE**21. How much have these difficulties been bothering you?**

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

22. How much have these difficulties been interfering with your everyday life (for example relationships, work, or other important activities)?

0-Not at all *1*-Once a week or less/a little *2*-2 to 3 times a week somewhat
3-4 to 5 times a week/very much *4*-6 or more times a week

SYMPTOM ONSET AND DURATION**23. How long after the trauma did these difficulties begin? [circle one]**

- a. Less than 6 months
- b. More than 6 months

24. How long have you had these trauma-related difficulties? [circle one]

- a. Less than 1 month
- b. More than 1 month

Beck's Depression Inventory (BDI)

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.

- 0 I do not feel sad.
- 1 I feel sad
- 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
- 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.

2.

- 0 I am not particularly discouraged about the future.
- 1 I feel discouraged about the future.
- 2 I feel I have nothing to look forward to.
- 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.

3.

- 0 I do not feel like a failure.
- 1 I feel I have failed more than the average person.
- 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
- 3 I feel I am a complete failure as a person.

4.

- 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
- 1 I don't enjoy things the way I used to.
- 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
- 3 I am dissatisfied or bored with everything.

5.

- 0 I don't feel particularly guilty
- 1 I feel guilty a good part of the time.
- 2 I feel quite guilty most of the time.
- 3 I feel guilty all of the time.

6.

- 0 I don't feel I am being punished.
- 1 I feel I may be punished.
- 2 I expect to be punished.
- 3 I feel I am being punished.

7.

- 0 I don't feel disappointed in myself.
- 1 I am disappointed in myself.
- 2 I am disgusted with myself.
- 3 I hate myself.

8.

- 0 I don't feel I am any worse than anybody else.

1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.

2 I blame myself all the time for my faults.

3 I blame myself for everything bad that happens.

9.

0 I don't have any thoughts of killing myself.

1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.

2 I would like to kill myself.

3 I would kill myself if I had the chance.

10.

0 I don't cry any more than usual.

1 I cry more now than I used to.

2 I cry all the time now.

3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

11.

0 I am no more irritated by things than I ever was.

1 I am slightly more irritated now than usual.

2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.

3 I feel irritated all the time.

12.

0 I have not lost interest in other people.

1 I am less interested in other people than I used to be.

2 I have lost most of my interest in other people.

3 I have lost all of my interest in other people.

13.

0 I make decisions about as well as I ever could.

1 I put off making decisions more than I used to.

2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.

3 I can't make decisions at all anymore.

14.

0 I don't feel that I look any worse than I used to.

1 I am worried that I am looking old or unattractive.

2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive

3 I believe that I look ugly.

15.

0 I can work about as well as before.

1 It takes an extra effort to get started at doing something.

2 I have to push myself very hard to do anything.

3 I can't do any work at all.

16.

0 I can sleep as well as usual.

1 I don't sleep as well as I used to.

2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.

3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.

17.

0 I don't get more tired than usual.

1 I get tired more easily than I used to.

2 I get tired from doing almost anything.

3 I am too tired to do anything.

18.

0 My appetite is no worse than usual.

1 My appetite is not as good as it used to be.

2 My appetite is much worse now.

3 I have no appetite at all anymore.

19.

0 I haven't lost much weight, if any, lately.

1 I have lost more than five pounds.

2 I have lost more than ten pounds.

3 I have lost more than fifteen pounds.

20.

0 I am no more worried about my health than usual.

1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.

2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.

3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.

21.

0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.

1 I am less interested in sex than I used to be.

2 I have almost no interest in sex.

3 I have lost interest in sex completely.