

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) disminuye la conducta impulsiva y permite generar habilidades de regulación emocional en personas privadas de libertad, como un proceso de reinserción social?

Proyecto de investigación

Leslye Daniela Llerena Velasco

Psicología Clínica

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

Quito, 25 de abril de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) disminuye la conducta impulsiva y permite generar habilidades de regulación emocional en personas privadas de libertad como un proceso de reinserción social

Leslye Daniela Llerena Velasco

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico: Ana Francisca Trueba , Ph.D.

Firma del profesor :

Quito, 25 de abril de 2019

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: Leslye Daniela Llerena Velasco

Código: 00123234

Cédula de Identidad: 1725888323

Lugar y fecha: Quito, 25 de abril de 2019

RESUMEN

La Terapia Dialéctica Conductual es comúnmente usada en contextos clínicos. Sin embargo, recientemente ha sido aplicada a otros contextos como en población carcelaria. Varios estudios han demostrado la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para reducir conductas impulsivas y mejorar habilidades de regulación emocional a través del entrenamiento en sus cuatro técnicas principales: *Mindfulness*, Efectividad interpersonal, Regulación emocional y Tolerancia al malestar.

El presente estudio busca determinar la influencia de la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual como un método para reducir niveles de impulsividad y aumentar habilidades regulación emocional en personas privadas de libertad con el objetivo de mejorar el proceso de reinserción social en el Ecuador.

Los resultados serán obtenidos a través de la aplicación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). Finalmente a través de los resultados obtenidos se comprobará si existe influencia entre Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la reducción de niveles de impulsividad y aumentar regulación emocional, dado a que varios componentes de las conductas impulsivas en la población carcelaria se atribuyen a la falta de habilidades de regulación emocional.

Palabras clave: Terapia Dialéctica Conductual, habilidades TDC, Marsha Linehan, personas privadas de libertad, TDC en personas privadas de libertad, reinserción social, regulación emocional, impulsividad.

ABSTRACT

Dialectic behavior therapy is commonly used in a clinical context. Even though, it also can be used in other contexts like offenders. Many journals focused in the application of (Dialectic Behavior Therapy (DBT) in forensic settings and how it influences in the rehabilitation process. The results of the studies showed that DBT helps in reduction of impulsive behavior and improve the emotional regulation process. The fourth principal skills in DBT are: Mindfulness, interpersonal effectiveness, emotional regulation and distress tolerance.

This study focuses in how the application of DBT helps to improve emotional regulation abilities and the reduction of impulsive behavior in offenders of Ecuador, with the goal to improve the rehabilitation system in the country.

The results are obtained through the application of the difficulties in emotional regulation scale (DERS) and the BIS-11 scale, of impulsivity pre and post the application of the dialectic behavior therapy.

Key words: DBT, Marsha Linehan, offenders, DBT in forensic settings, rehabilitation process, impulsivity in offenders, emotional regulation, dysregulation, emotional regulation.

TABLA DE CONTENIDO

Planteamiento del Problema.....	7
Justificación.....	10
Objetivo de Investigación.....	10
Marco Teórico.....	11
Terapia Dialéctica Conductual	11
<i>Personas Privadas de Libertad e Impulsividad.....</i>	<i>12</i>
<i>Personas Privadas de Libertad y Regulación Emocional.....</i>	<i>14</i>
TDC como Tratamiento para Reducir Impulsividad y Regulación Emocional	15
Habilidades de TDC para Aumento de Regulación Emocional y Reducción de Impulsividad...	17
TDC como Tratamiento en el Ámbito Forense	20
<i>Reinserción Social en el Ecuador.....</i>	<i>21</i>
Diseño y Metodología.....	22
Diseño.....	22
Población.....	24
Instrumentos.....	25
Procedimiento de Recolección de Datos.....	27
Análisis de Datos.....	28
Consideraciones Éticas.....	29
Discusión.....	30
Fortalezas y Limitaciones de la Propuesta.....	30
Recomendaciones para Futuros Estudios.....	30
Referencias	31
ANEXO A: Instrumentos.....	40
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	42

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

CÓMO Y HASTA QUÉ PUNTO LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL (TDC) DISMINUYE LA CONDUCTA IMPULSIVA Y PERMITE GENERAR HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD COMO UN PROCESO DE REINSERCIÓN SOCIAL

Planteamiento del problema

Existen diferentes tipos de intervenciones y sanciones para personas que han infringido la ley. Los sistemas de justicia penal incluyen sanciones de base comunitaria, libertad condicional, justicia restaurativa y prisión. El objetivo del sistema penitenciario es que se dé una reforma en la conducta del recluso para que este pueda ser reinsertado a la sociedad conforme a la ley. Es necesario que los delincuentes al ser liberados, re organicen sus vidas y desarrollen nuevas aptitudes y destrezas frente a los déficits anteriores, en cuestión a respuestas sociales aceptables, manejo del conflicto y control emocional. La reinserción a la sociedad de los delincuentes busca que estos mejoren su funcionamiento a través de la reducción de conductas violentas, organización terapéutica y la restructuración de su vida cotidiana (UNDOC, 2013).

Existe una crisis penitenciaria a nivel global dado que los sistemas penitenciarios de diferentes países se han enfocado en castigar a las personas privadas de libertad mas no que se dé su reforma y rehabilitación social. Para el 2013, 10,2 millones de personas se encontraban detenidas en diferentes penitenciarias a nivel mundial. Las condiciones a las que se enfrentan las personas privadas de libertad son inadecuadas dado que existe una falta de control e implementación de reglas. Por ejemplo, en el Ecuador se ha encontrado que existen diversas dificultades para una verdadera rehabilitación, dado que la logística es limitada, la

alimentación es inadecuada y no existe un protocolo de intervención psicológica y psiquiátrica apropiada. Se han encontrado otros problemas como la sobrepoblación, la violencia intra carcelaria y el hacinamiento (Carrión, 2006).

Se ha evidencia que existen diferentes problemas de salud mental en las prisiones a nivel nacional e internacional. A partir de un estudio a reclusos holandeses, se demostró que dentro de la población carcelaria son prevalentes diferentes desórdenes psicológicos. A partir de un meta análisis se ha encontrado que el 10% sufren de depresión mayor, 65% presenta un desorden de personalidad y el 9 % presenta TOC, el porcentaje restante no presenta un diagnóstico. Los datos fueron obtenidos a través de psicólogos clínicos que aplicaron diferentes cuestionarios . Se pudo demostrar a partir de los resultados cuan importante es la necesidad de una intervención psicológica en la cárcel, siguiendo un estándar adecuado (Bulten, Nijman & Van der, 2009).

Una de las formas de ayudar a los reos a mejorar su situación fuera de la cárcel es la Terapia Dialéctica Conductual, la cual es un tipo de terapia generalmente usado para el tratamiento de personas con trastorno *borderline*. Sin embargo, esta ha tenido diferentes adaptaciones como es el caso de personas reclusas (Berzins & Trestman, 2004). La Terapia Dialéctica Conductual es comúnmente usada para el control de impulsividad, inestabilidad emocional y rigidez cognitiva (Shelton, 2011). Este tipo de terapia trabaja con los déficits de habilidades de regulación emocional como es la abuso de sustancias e impulsividad (Moore, et al., 2016).

El modelo TDC es una teoría bio social que se enfoca en el tratamiento de comportamiento mal adaptativo e impulsivo resultado de la desregulación emocional. Dentro de la teoría se trabaja con herramientas como la efectividad interpersonal, *mindfulness*, regulación emocional, comunicación efectiva y habilidades de tolerancia a la frustración. Una de las características principales de TDC es en la aceptación del paciente y al mismo tiempo

el interés de que sus comportamientos y pensamientos se vuelvan adaptativos. La Terapia Dialéctica Conductual permite mejorar la calidad de vida de las personas, reduce los comportamientos mal adaptativos y su implementación ayuda a la buena regulación emocional (Moore, et al., 2016).

Aproximadamente del 64% al 83% de reclusos en Estados Unidos no recibe un tratamiento psicológico regular y adecuado (Moore, et al., 2016). Generalmente los presos no tienen un acceso apropiado a sistemas de salud, en especial a sistemas de salud mental dado que esto representa un costo extra para los sistemas penitenciarios (Hopkin, et., al 2018). Los reclusos que padecen una enfermedad mental generalmente son una población altamente conflictiva uno de sus principales problemas es el daño a los demás y la posibilidad de daño a ellos mismos (Martín, 2018).

Existen diferentes limitaciones para la integración de tratamientos de rehabilitación psicológica en prisión, una de esas es el tiempo dado que la estadía es fluctuante y varía dependiendo del tipo de condena (Sung, Mellow & Mahoney, 2010). Otra de las limitaciones con la población carcelaria es la falta de financiamiento por las instituciones. Sin embargo, se demostró que la población carcelaria pone varias barreras para el tratamiento. La cooperación del personal carcelario es escasa dado que observan la investigación como una distracción a su trabajo. Una de las principales limitaciones es que los administradores carcelarios no autorizan la publicación de la investigación, dado que puede afectar a posibles colaboraciones con las instituciones privadas y las prisiones (Appelbaum, 2008).

La intervención psicológica dentro del sistema penitenciario en el Ecuador es escasa, a pesar de los cambios desde la reforma al código penal del, aún presenta falencias las cuales son evidentes en los procesos de reinserción social (Gómez, 2014). Los servicios de salud mental en el Ecuador no satisfacen las necesidades de los reclusos. Si los carcelarios no reciben un tratamiento de rehabilitación adecuado, es común que estos reincidan en el delito

(Mundt, et al., 2013). La falta de intervención psicológica es pertenece a la crisis penitenciaria global (UNODC,2013).

Es por eso que se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) disminuye la conducta impulsiva y permite generar habilidades de regulación emocional en personas privadas de libertad, como un proceso de reinserción social?

Justificación

El tratamiento psicológico a través de Terapia Dialéctica Conductual, para personas con impulsividad y falta de regulación emocional ha demostrado ser eficaz. Trabajar en la regulación emocional y reducción de impulsividad en reclusos es fundamental, para que al ser reinsertados a la sociedad hayan adquirido destrezas que les permitan mejorar el estilo de vida dentro de esta y sus relaciones interpersonales. El estudio puede beneficiar no solo a los reclusos, sino también a sus familiares más cercanos dado que mejoraran a través de estas técnicas sus relaciones interpersonales. Existen pocos estudios de tratamiento con DBT para prisioneros por las limitaciones presentes en el campo de estudio.

A través del estudio, se busca recopilar información que nos permita conocer los beneficios de la implementación de la Terapia Dialéctica Conductual, como un tratamiento que permita la reinserción social de personas privadas de libertad a través de la reducción de conductas impulsivas como agresividad, ansiedad y consumo de sustancias en conjunto del aprendizaje de técnicas de regulación emocional. Logrando así a través de la Terapia Dialéctica Conductual, reducir síntomas de impulsividad y desregulación emocional para una reinserción adecuada a través de la cual las personas privadas de libertad puedan aprender destrezas que permitan mejorar su calidad de vida dentro de la sociedad.

Marco teórico

La información a tratar en el marco teórico proviene principalmente de revistas científicas, libros de psicología y manuales de diagnóstico. Se accedió a la siguiente información a través de la búsqueda de palabras claves como: Terapia Dialéctica Conductual, prisioneros, tratamientos dentro de prisión, reinserción social. La información se encontró en buscadores como: *Research Gate*, *Behavioral Tech*, *Sciencedirect* y Google Académico. *Springer link*, y Taylor and Francis.

La revisión de literatura se realizará por temas empezando por la Terapia Dialéctica Conductual, prisioneros, regulación emocional, impulsividad. Finalmente se expondrá cómo estas técnicas permiten la reinserción social de estos prisioneros.

Terapia Dialéctica Conductual

La Terapia Dialéctica Conductual es un estilo de terapia de tercera generación, la cual se basa en el modelo cognitivo conductual sin embargo incluye elementos como la aceptación, los valores y la atención plena (Vega & Sánchez, 2013). Generalmente esta terapia se usa para el tratamiento de trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, se puede usar también para el tratamiento de síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional (Vega & Sánchez, 2013). Las raíces de la TDC se basan en la aceptación y el cambio a través de la relación colaborativa entre el paciente y el terapeuta. Como estrategias principales se usa la validación y la resolución de problemas usando un lenguaje cálido y recíproco (Robins, Zerubavel, Ivanoff & Linehan, 2018).

Esta terapia fue diseñada por Marshall Linehan alrededor de los años 80's basada en la enseñanza de habilidades psicosociales. La terapia ha sido adaptada a diferentes edades y condiciones clínicas como abuso de sustancias, otros trastornos de personalidad, conductas suicidas, trastornos alimenticios, depresión y también a poblaciones no clínicas (Wilks,

Korslund, Harned, & Linehan, 2016). La terapia combina ciertas técnicas de terapia cognitivo conductual con técnicas de regulación emocional, relaciones interpersonales y conciencia plena las cuales son empleadas por un terapeuta que recibe constantemente el apoyo de un equipo clínico para la supervisión de cada caso (Gempler, 2008).

Como estrategias terapéuticas la TDC a integrado un modelo de cambio comportamental y aceptación vivencial como emocional. Generalmente las estrategias dialécticas buscan un equilibrio entre la irreverencia y la comunicación empática, junto con la técnica de "*self disclosure*" trabajando así la necesidad del paciente a través de sus emociones, pensamientos y acciones. Teniendo resultados en la disminución de tendencias a la acción ineficaces, vinculadas y relacionadas a emociones desreguladas (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006).

Personas privadas de libertad e impulsividad

La impulsividad está ligada a la búsqueda de sensaciones como método de autorregulación. Sin embargo, estas conductas auto reguladoras son conductas disruptivas, generalmente las personas con niveles altos de impulsividad tienden a externalizar sus problemas (Ireland & Archer 2008). Es así como puede afectar de manera significativa la vida del paciente dado que limita sus habilidades de tomar decisiones funcionales que les permitan mantener un estilo de vida saludable. Varias funciones se pueden ver afectadas dentro de esta condición como la atención, la memoria de trabajo, el lenguaje y también el proceso de toma de decisiones que afectan al paciente tanto de forma individual como grupal (Cáceda, Nemeroff & Harvey, 2014).

Algunas condiciones psicológicas presentan altos niveles de impulsividad como las adicciones, bipolaridad, trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial y otros trastornos de personalidad las cuales prevalecen en la población carcelaria de (Hamilton,

Wing, Mitchel & Bucket, 2015). En la población carcelaria, a través de varios estudios se han mostrado altos niveles de impulsividad teniendo como resultado actos delincuenciales, abuso de sustancias, angustia y agresión. Es así como los comportamientos mal adaptativos son entendidos desde el componente de la impulsividad (Ireland & Archer 2008).

Los comportamientos violentos presentes en la población carcelaria son atribuidos a los niveles altos de impulsividad que presentan los reos, estos niveles también están asociados a niveles altos de hostilidad e ira (Smith, & Waterman, 2006) . En población carcelaria reincidente los niveles de impulsividad son más altos que la población no reincidente, lo cual predispone a los presos a reincidir en actos delictivos dado que presentan pocas habilidades de control de impulso y abuso (Cuomo, Di Giannantonio, Mancini & Roy 2008).

A través de un estudio realizado por la Universidad de Leeds en Reino Unido se ha podido concluir que la impulsividad es una principal para diferenciar a las personas que han cometido infracciones hacia la ley de las que no, inclusive los niveles de agresividad mientras más altos se encuentren las infracciones hacia el sistema penal suelen ser inclusive más violentas y agresivas (Smith, & Waterman (2006). Es decir que el nivel de infracciones por el delincuente puede variar dependiendo de su nivel de agresividad.

También por estudios se ha podido predecir que los delincuentes que han realizado delitos graves tienen más probabilidades de reincidir que los otros, dado su alto nivel de impulsividad en las pruebas aplicadas "Barratt Impulsivity Scale" (Smith & Waterman, 2006). Dentro del estudio también se demostró que la prisión es un ambiente donde se incrementan los niveles de impulsividad. La impulsividad se midió en tres componentes: motora, planificadora y cognitiva. Estos tres tipos de impulsividad se midieron a través de escalas, demostrando que los delincuentes tienen altos niveles de impulsividad no planificadora, la cual se relaciona con conductas delictivas (Smith & Waterman, 2006).

Personas privadas de libertad y regulación emocional

La falta de regulación emocional puede deteriorar el bienestar psicológico, físico y social de las personas. La regulación ineficaz de emociones puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos especialmente relacionados al estado de ánimo y viceversa. Se destaca que la falta de regulación emocional en trastornos viene asociada a la falta de estrategias reguladoras adaptativas debido a la incapacidad de regulación del grupo clínico (Sheppes, Suri, & Gross, 2015).

La regulación emocional tiene tres principales características: está ligada a un objetivo, se manifiesta a través de una estrategia y busca resultados. Generalmente el objetivo de la regulación emocional es disminuir las emociones no deseadas y aumentar las deseadas pero esto puede ser expresado de forma mal adaptativa usando estrategias que logren los resultados contrarios al objetivo deseado. Actualmente la regulación emocional es vista como el proceso de conocer las emociones, entender y direccionar su funcionamiento a través de un comportamiento adaptativo (Gross, 2014). Es decir el ser humano experimenta una emoción deseable o no deseable, esta emoción moviliza a la acción y permite que el individuo a través de esta consiga un objetivo (Gómez & Calleja, 2019).

Algunas técnicas psicoterapéuticas que permiten una mejor regulación emocional son la psicoeducación, PMR (relajación y respiración), tolerancia y aceptación, *mindfulness*, aprender a estar consciente de las emociones sin juzgarlas y la modificación conductual. Se ha podido observar que la aplicación de estas técnicas en pacientes que presentan una psicopatología permitió que los pacientes incrementan los niveles de resiliencia, aceptación y elijan estrategias adaptativas al momento de experimentar emociones no deseadas (Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel, & Znoj, 2008)

Se ha realizado un estudio a 268 hombres en prisión que cometieron un delito violento, como resultado se obtuvo que los participantes con mayor falta de regulación emocional tienen mayores rasgos de psicopatía. A través de este estudio se busca encontrar la relación que tiene la falta de regulación emocional y los rasgos psicopáticos en delincuentes dado que varios teóricos consideran que la desregulación emocional es una característica fundamental de ese desorden.(Garófalo, Neumann, & Velotti, 2018).

La falta de regulación emocional puede predisponer a que las personas comenten actos riesgosos, esto se debe a que existen deficiencias tanto en la respuesta hacia las emociones negativas como a la falta de procesamiento de las funciones ejecutivas causando así un problema de conducta como agresión, actos delincuenciales, abuso de sustancias y también trastornos de conducta (Fishbein, et al., 2009). En población carcelaria se ha podido observar que existe falta de regulación emocional especialmente en el área de comportamiento, pocas estrategias saludables para manejar la intensidad emocional y poca planificación (Ireland, & Archer, 2008).

TDC como tratamiento para reducción impulsividad y regulación emocional

La Terapia Dialéctica Conductual ha sido adaptada para trabajar con personas que presenten desregulación emocional e impulsividad, apoyada con diferentes ensayos clínicos. Por ende la TDC, tiene resultados exitosos en el control cognitivo emocional y en la estabilidad del humor en pacientes desregulados emocionalmente e impulsivos (O'Connell & Dowling, 2013).

Un factor importante relacionado a la impulsividad es la falta de habilidad para regular emociones negativas, esta habilidad se relaciona al deseo de recompensa inmediata y la poca tolerancia a la frustración. Los estudios muestran que ciertas áreas del cerebro están asociadas a comportamientos impulsivos, entre estas está la corteza prefrontal, la cual está

involucrada en el funcionamiento de funciones ejecutivas como control, planificación y toma de decisiones. Otra de las áreas involucradas es la corteza orbito frontal la cual está involucrada en moderar la sensibilidad a la acción.

Las terapias cognitivas son importantes para el tratamiento al igual la medicación si es necesaria; sin embargo, las terapias de tercera generación buscan que el tratamiento se enfoque primero en las habilidades auto reguladoras de la persona para así mejorar estrategias cognitivas que permitan un cambio psicofisiológico en el paciente (Neto & True, 2011). Es así como se ha visto la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de desregulación emocional. La regulación emocional es el componente central para la intervención de trastornos caracterizados por impulsividad como el trastorno límite de la personalidad. Las técnicas de Terapia Dialéctica Conductual permiten que el paciente y el terapeuta evalúen conjuntamente sus necesidades y sus emociones a través de proveer al cliente habilidades de regulación emocional ordenadas por pasos que duran alrededor de un año o seis meses (Neto & True, 2011).

Las técnicas de Terapia Dialéctica Conductual como *mindfulness*, técnicas de tolerancia a la frustración, regulación emocional y efectividad interpersonal, generan cambios no solo a nivel cognitivo y conductual, también permite la activación neural de áreas cerebrales involucradas en las funciones de autorregulación (Neto & True, 2011). Otras técnicas que se utilizan dentro del tratamiento de Terapia Dialéctica Conductual son el entrenamiento grupal semanal en habilidades de TDC, consultas telefónicas abiertas, psicoterapia individual y supervisión para el terapeuta encontrando beneficios a través de la consolidación de relación entre el paciente y el terapeuta (Gratz, Tull, & Wagner, s/f).

Estas técnicas tienen soporte empírico y han sido respaldadas efectivamente por la Sociedad Americana de Psiquiatría y el Instituto de Salud Mental de Inglaterra, asociándola con resultados positivos sobre sus aplicaciones, especialmente en el tratamiento de trastorno

límite de la personalidad (O'Connell & Dowling, 2013). Mediante estudios longitudinales que han comparado pacientes que asisten a Terapia Dialéctica Conductual y pacientes de grupo control que no asisten a terapia se han obtenido los resultados, que los participantes que asisten a TDC han mejorado sus habilidades comportamentales a través del tiempo (Neacsu, Rizvi, & Linehan, 2010).

Habilidades de Terapia Dialéctica Conductual para aumento regulación emocional y reducción de impulsividad.

Como se mencionó anteriormente, las técnicas de la TDC permiten incrementar los niveles de regulación emocional y reducir la impulsividad (O'Connell & Dowling, 2013). Las técnicas usadas en la Terapia Dialéctica Conductual buscan asegurar que el paciente mejore su calidad de vida a través de actividades orientadas a objetivos. La TDC se caracteriza por enseñar habilidades a los pacientes las cuales les permitan sentirse empoderados de su tratamiento y lo puedan aplicar en su día a día (Robins, Zerubavel, Ivanoff & Linehan, 2018). El entrenamiento en estas habilidades se basa en la teoría bio social, la cual explica cómo cada persona puede reaccionar de manera diferente frente a diversos eventos, teniendo así algunas personas mayor sensibilidad emocional dado que experimentan los eventos de forma más intensa lo cual como consecuencia puede generar desregulación emocional, debido a que la activación del estado emocional puede ser rápido pero lento al momento de regular esa activación (Robins, Zerubavel, Ivanoff & Linehan, 2018).

El principal objetivo de enseñar habilidades al paciente es cambiar el comportamiento, el pensamiento, la forma de manejar emociones junto con el cambio de patrones interpersonales que se asocian al estilo de vida por medio de la mejora de la regulación emocional (Robins, Zerubavel, Ivanoff & Linehan, 2018). La Terapia Dialéctica

Conductual se enfoca en cuatro módulos : mindfulness, tolerancia a la frustración, efectividad interpersonal y regulación emocional. Las cuales se enfocan en enseñar al paciente habilidades como la aceptación y el cambio (Carmona, et al., 2018).

La técnica de *mindfulness* o atención plena, permite que el paciente genere la habilidad de focalizar su atención en el presente, busca que el paciente esté consciente en el momento tanto de su exterior como su interior. La atención plena permite es el proceso mediante el cual el paciente de forma intencional puede describir, observar y participar del momento presente sin realizar juicios. Las técnicas de *mindfulness* permiten apreciar el momento como un espacio único, nuevo, un comienzo: es decir es lo contrario a pensar en el pasado y en el futuro emitiendo juicios.

Es un proceso que permite tomar conciencia del todo y funcionar desde ésta, aplicándolo a la atención diaria (Linehan, 2015). Las técnicas de *mindfulness* se pueden enseñar a través de experimentar y observar la realidad tal cual se presenta, siendo este un objetivo central en el momento de practicar la técnica de *mindfulness*. Otras técnicas dentro del *mindfulness* pueden ser la meditación o el *mindfulness* desde una perspectiva oriental , sin dejar a un lado que el *mindfulness* es una práctica universal (Linehan, 2015).

La segunda técnica desarrollar propuesta por la TDC es la efectividad interpersonal, la cual se centra en mejorar las relaciones sociales tanto con cercanos como con desconocidos. Para esta técnica es importante que el paciente logre manejar situaciones en la que se presente un conflicto, conociendo sus necesidades y demandas a través del respeto con el otro y consigo mismo (Haeyen, 2018). A través de la implementación de técnicas de efectividad interpersonal se logra que el paciente direcciona su vida hacia objetivos específicos y fomente su auto respeto como su autocuidado en el ámbito personal y social .

Dentro de esta técnica se busca crear relaciones sanas que le permitan al individuo desenvolverse y desarrollarse en un ambiente adecuado, también ayuda a terminar relaciones

destructivas para el paciente junto con esto le permite al paciente encontrar un balance y aceptación en sus relaciones (Linehan, 2015). Un proceso central dentro de la efectividad interpersonal es la asertividad la cual consiste en saber expresar las necesidades no de forma pasiva ni agresiva sino a través de la negociación, evitando dañar las relaciones interpersonales (Haeyen, 2018).

La tercera técnica es la regulación emocional, esta permite ser consciente de las emociones manteniendo el control de estas a través de la aceptación. Como parte de regulación emocional está el entender y nombrar las emociones para que el paciente identifique sus propias emociones y reduzca sentimientos como ansiedad. Por otro lado, se enseña habilidades que permitan reducir la intensidad de emociones no deseadas como culpa, ira, dolor y tristeza, logrando así incrementar la resiliencia emocional hacia las emociones mencionadas. Generalmente los pacientes tienen problemas en regular emociones dolorosas y recurren a diferentes métodos compensatorios de estas no tan eficientes como consumo de drogas, sobre control, problemas alimenticios y también conductas suicidas, encontrar una alternativa a estas conductas les puede beneficiar a través de la validación (Linehan, 2015).

Es decir regulación emocional es la habilidad para controlar diferentes emociones por ejemplo cuando expresarlas, como experimentarlas y dónde hacerlo. Es importante que el paciente logre entender que no se pueden evitar las emociones dolorosas sin embargo con técnicas de regulación emocional como nombrar cada emoción y entenderlas los pacientes pueden reducir la frecuencia de que estas emociones se expresen de forma mal adaptativa (Linehan, 2015). Se pueden mejorar las capacidades individuales de autorregulación a partir de técnicas como el ejercicio, una buena alimentación, la práctica de actividades que fomenten la autonomía y el sentimiento de competitividad, planes de acción y disminuir las experiencias evitativas como el consumo de drogas (Berking, et al., 2008)

La cuarta técnica, tolerancia al malestar, busca generar habilidades que permitan al paciente entender que el dolor y los momentos difíciles son parte real de la vida, no se pueden evitar debido a que son impredecibles. Esta habilidad busca la aceptación del ambiente y de los hechos sin poner expectativas sobre los eventos o personas. Como resultado del entrenamiento en esta habilidad, logra que el paciente sepa cómo sobrellevar una crisis y tolere el malestar sin escalar a un peor desenlace (Linehan, 2015). Es importante destacar al paciente que no se puede controlar el dolor que se presenta en la vida sin embargo los pacientes pueden controlar el sufrimiento como respuesta a este dolor (Zvolensky, M., Vujanovic, A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010).

Terapia Dialéctica Conductual como tratamiento en el ámbito forense

El ámbito forense en la primera extensión de TDC fuera del ámbito clínico, la Terapia Dialéctica Conductual fue implementada en cárceles, centro de reclusión social, prisiones y hospitales forenses de Reino Unido y Estados Unidos. Generalmente la terapia es utilizada como parte de la penitencia jurídica o para evitar el ingreso a la prisión dependiendo del caso.

La adaptación en ámbitos forenses de la Terapia Dialéctica Conductual se reduce a implementar técnicas que permitan enseñar habilidades que disminuyan los factores de riesgo criminológicos y habilidades de adaptación (Ivanoff & Marotta, 2018). La TDC ha demostrado resultados favorables en el área de delincuentes, a través de investigaciones, se ha posicionado como uno de los tratamientos más efectivos para reducir las conductas inadaptadas y para aumentar las conductas adaptativas en ámbitos forenses en relación con violencia, hostilidad informada, expresión de emociones mal adaptativa y experiencia de enojo en pacientes forenses (Linehan y Wilks, 2015).

La TDC trabaja en el ámbito forense proveyendo habilidades que disminuyan los déficits de regulación emocional, como sensibilidad e intensidad emocional y se busca eliminar conductas mal adaptativas usadas para reducir el malestar emocional, provocado por la invalidación ambiental (Ivanoff & Marotta, 2018). Sin embargo, aún se considera que existe falta de evidencia científica en la aplicación de la TDC como un tratamiento de rehabilitación psicosocial, debido a que la población carcelaria presenta a algunas limitaciones como un perfil de historia clínica de comportamiento antisocial y presencia de trastornos de personalidad que presentan resistencia a medicamentos para su condición, limitando así la aplicación de la intervención psicoterapéutica (Bianchini, et al., 2019).

Reinserción Social en el Ecuador

En el Ecuador según el código integral abarcando los Art, 8, 9, 59 y 60, se establece que el tratamiento de rehabilitación social busca que se tome a consideración las capacidades, necesidades y habilidades de las personas privadas de libertad. Sin embargo, esta participación dentro del tratamiento empleado en el centro de rehabilitación social es voluntario. Los tratamientos psicológicos son parte de la pena no privada de libertad sin embargo dentro de los centros se proveerá de este servicio (COIP, 2014).

Por otro lado, según el Reglamento del sistema nacional de rehabilitación social según los artículos 5, 42,48, 49 y 51, el sistema nacional de rehabilitación social velará por el bienestar del paciente proveyendo información, diagnóstico, desarrollo integral inclusión social personalizado como parte del régimen de rehabilitación social. Se busca que la persona privada de libertad esté acompañado de tratamiento terapéutico durante el cumplimiento de su pena.

El tratamiento es visto como un proceso terapéutico individual y psicosocial por el cual la persona privada de libertad mediante su participación activa descubrirá herramientas

para su rehabilitación y reinserción social . El tratamiento será implementado según los niveles de seguridad (Reglamento del sistema nacional de rehabilitación social, 2016) .

Diseño y Metodología

Diseño

El estudio a realizar es de carácter cuantitativo debido a que a través de este se busca analizar mediante métodos estadísticos y recolectar datos que permitan medir las variables de la pregunta de investigación para así comprobar la hipótesis planteada. Está orientado hacia la predicción de una teoría (Hernández, Fernández & Baptista, 2014) .

Se planteó la siguiente pregunta: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) disminuye la conducta impulsiva y permite generar habilidades de regulación emocional en personas privadas de libertad, como un proceso de reinserción social?, en la cual se puede observar que la variable independiente es la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual y las variables dependientes son la conducta impulsividad y los niveles de regulación emocional.

El estudio tiene un enfoque experimental de carácter transversal con el fin de encontrar el efecto de la Terapia Dialéctica Conductual en los niveles de impulsividad y regulación emocional de la población carcelaria, por lo cual es necesario manipular la variable independiente con dicho propósito se tendrá dos grupos usando la metodología del grupo control y pruebas pre y post de intervención, dadas estas circunstancias es considerado un experimento. Para la obtención de la respuesta a la pregunta de investigación se analizarán los resultados a partir de la aplicación de pruebas psicológicas (DERS y BARRAT) pre y post intervención a los participantes del grupo experimental, al igual que los resultados obtenidos por el grupo control, cada grupo será asignado de forma aleatoria.

La aplicación de la terapia al grupo experimental tendrá una duración de 26 semanas, 24 semanas (6 meses), 45 minutos por semana donde cada individuo recibirá Terapia Dialéctica Conductual, dividirá en 4 módulos que tienen un tiempo de duración de 6 semanas cada módulo. Los módulos están divididos por habilidades de Terapia Dialéctica Conductual.

Primer módulo: *mindfulness*, segundo módulo: regulación emocional, tercer módulo: tolerancia al malestar y como cuarto módulo: efectividad interpersonal. En el primer módulo se trabajará las dos primeras semanas sobre conceptos básicos de TDC que permitan orientar al participante a lo que será su tratamiento. El tratamiento estará basado en el libro de Marsha Linehan "Skill Training Manual". Las dos semanas restantes se utilizarán para recolectar datos a través de los test psicométricos, la primera semana intervención y la última semana se evaluará el post.

Población

De los centros de rehabilitación social regionales, se escogió el centro de rehabilitación Social Sierra Centro Norte, ubicado en Cotopaxi - Latacunga. Se tomará como población los reclusos de mínima seguridad de dicho centro. Dentro de la sección de mínima seguridad prima el trabajo y la educación, dado que son instancias obligatorias como parte de su penal al igual que la salud y el tratamiento permanente. La población de mínima seguridad recibe cursos de capacitación continua en diferentes áreas del conocimiento, al igual que capacitación en el trabajo que realizan que les permita llegar a un sujeto social, familiar y colectivo adecuado (Cornejo, 2015). Los delitos considerados de mínima seguridad son: consumo y venta de drogas, extorsión, asociación ilícita, hurto, etc.

Los criterios de exclusión para la población de estudio son que no hayan cometido crímenes como narcotráfico, peculado, lavado de activos, delitos sexuales incluyendo violación, homicidio, asesinato que pertenecen a características de mediana y

máxima seguridad. El segundo criterio de exclusión es que no tengan nacionalidad ecuatoriana. Como tercero, que sean menores a 25 años y mayores a 40 años y como último que no hayan recibido un diagnóstico psicológico o psiquiátrico relacionado a trastornos de la personalidad durante su estancia en el centro o anteriormente a su reclusión. Se excluye a los reclusos que mantengan medicación psiquiátrica como antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos durante un periodo previo de seis meses al tratamiento.

Los participantes serán 50 hombres (n=50) entre 25-40 años de origen ecuatoriano por selección aleatoria que pertenezcan a la sección de mínima seguridad del Centro de Rehabilitación Social Cotopaxi que aprueben el consentimiento informado, que cumplan los criterios de exclusión mencionadas.

Instrumentos

Para la medición de variables dependientes dentro del experimento se utilizarán dos test psicométricos. El de escala de dificultades en regulación emocional diseñado para medir niveles de desregulación emocional y el Barrat para medir impulsividad.

DERS, Escala de dificultades en regulación emocional.

Es un instrumento psicométrico el cual mide desregulación emocional, es conocido como *The Difficulties in Emotion Regulation Scales* (DERS) diseñada por Gratz y Roemer en el año 2004 (Gratz, & Roemer, L.2004). Su versión adaptada al español es conocida como DERS- E y se realizó en el año 2008 por Hervás y Jodar para España. La escala también ha sido adaptada para Latinoamérica, México y Colombia. Es una medida usada comúnmente en contextos clínicos. Sin embargo, ha sido adaptada para contextos no clínicos (Medrano & Trologo, 2016). El DERS está compuesto por seis componentes de evaluación referentes a regulación emocional: no aceptación, metas, impulsividad, estrategias, consciencia, y

claridad. Es una medida de auto reporte, está conformada por 36 ítems que miden deficiencias en regulación emocional, se evalúan a partir de una escala de Likert de 5 puntos, siendo 5 casi siempre y 1 casi nunca (Fowler, et al.,2014).

La escala de DERS muestra tener buena consistencia interna dado que presenta un alfa de Cronbach alto ($\alpha = 0,88$), sus sub escalas presentan un nivel de consistencia bueno ya que oscila entre 0,76 y 0,86. Sin embargo, la sub escalas que no presentan una consistencia interna significativa son la de conciencia y claridad con un coeficiente menor a 0,70. La prueba indica que a mayor puntuación la persona presenta mayores dificultades para regulación emocional es decir mayor desregulación. La escala también presenta alta confiabilidad y validez demostrando alta sensibilidad y especificidad para identificar niveles de suicidio (Fowler, et al.,2014) . El test no presenta un punto de corte sin embargo mientras más altos son los puntajes más alta es la falta de regulación emocional.

BIS - 11 (BARRATT)

La escala de Barratt busca medir los niveles de impulsividad en las personas, es una escala muy usada en el campo clínico como en la psicología forense dado que se ha buscado relacionar los niveles de impulsividad con conductas delictivas. La prueba ha sido adaptada a la población latinoamericana (Urrego, Valencia & Villalba , 2017). La escala está compuesta por tres sub escalas que buscan medir impulsividad motora, cognitiva y no planeada, refiriéndose a impulsividad motora como el accionar sin pensar, cognitiva como déficit para circunstancias que requieran atención y no planeada como, el accionar sin pensar en consecuencias y acciones futuras. Actualmente el BIS-11 es la escala psicométrica más usada a nivel de Latinoamérica y otras poblaciones para medir impulsividad por su alta validez y confiabilidad en adultos (Salvo & Castro, 2013) .

La prueba está compuesta por 24 ítems , con un formato de respuesta tipo Likert evaluando de 0-4 siendo, 0 nunca y 4 siempre los patrones de evaluación. BIS-11 ha demostrado tener consistencia interna alta, en los estudios realizados en USA el coeficiente de Cronbach indica una buena consistencia interna ($\alpha = 0,80$), en países latinoamericanos como Chile y Brasil es considerada aceptable con un coeficiente mayor a 0,76 ($\alpha = 0,77$ y $\alpha = 0,79$) correspondientemente (Urrego, Valencia & Villalba , 2017).

El BIS-11 se ha usado extensamente en la población forense debido a su alta validez y confiabilidad con los resultados obtenidos en delincuentes, la escala es considerada de las medidas más válidas para medir el constructor de impulsividad. Las muestras donde se ha aplicado el test en el campo penitenciario han sido altamente significativas demostrando confianza en los resultados obtenidos en cuanto a impulsividad y variables como rasgos de personalidad y consumo de sustancias. A través de la aplicación de Barratt se ha podido comprender de manera más profunda la impulsividad en el contexto forense que han permitido desarrollar intervenciones para el tratamiento del comportamiento impulsivo en prisioneros (Ruiz, Poythress, Douglas & Lilienfeld 2010).

Procedimiento de recolección de datos

Como parte del reclutamiento de participantes se tomará a consideración los siguientes pasos. Primero se solicitará permiso al centro de rehabilitación Cotopaxi para realizar la investigación y se planteará la importancia del propósito de estudio. Obteniendo dicha autorización para implementar la investigación se procederá a tomar la muestra para el estudio, prisioneros de mínima seguridad con pena restante de mínimo seis meses entre 25-40 años que deseen participar en el estudio. A continuación se procederá a explicar que se realizará un estudio experimental el cual busca medir cuánta influencia tiene la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual para reducir niveles de impulsividad y aumentar niveles de

regulación emocional y en qué consiste este experimento, tiempo, implementación, grupos. Los carceleros que desean continuar con el estudio procederán a firmar el consentimiento informado donde se detalla exactamente lo mencionado.

Al tener los participantes interesados en la participación, se les reclutará en el patio de la institución penitenciaria se les otorgará un código único y tras esto se aplicarán las dos escalas de medición DERS y BIS-1, tras tomar todas las dos pruebas se procederá a revisar que no falte ningún ítem por responder, se realizará la recolección de datos. Se dividirá después la obtención de datos aleatoriamente en dos grupos, grupo control y grupo experimental, 25 reos en cada grupo.

Los grupos del grupo control mantendrán sus actividades diarias dentro de la institución penitenciarias como trabajo, educación y actividades de limpieza durante 24 semanas. Sin embargo el grupo experimental, recibirá TDC durante el tiempo estimado, se asignará un Psicólogo Clínico a cada participante del grupo control y se le otorgará 45 min por semana una sesión. Finalmente en la semana 25 del estudio se volverán a tomar las pruebas mencionadas a cada participante para terminar la recolección de datos del experimento usando el código asignado, recolección de datos pos intervención. Se entregará un incentivo alimenticio a cada participante y agradecerá por su participación.

Análisis de los datos

Los datos se van a analizar a través del programa estadístico IBM* SPSS (*Statistical Package for the Social Science*). El experimento tiene dos variables dependientes y una independiente donde se comparan los resultados de dos grupos, atribuyendo los resultados diferentes a la falta o no de tratamiento, se realizará un *T- test* para muestras independientes. Se busca a partir de la aplicación del *T - test* para muestras independientes evaluar la

diferencia significativa entre la media de cada grupo, que se encuentran dentro de una variable dependiente.

A través de la interpretación del *valor p* podemos observar que los datos obtenidos rechacen o acepten la hipótesis nula (H_0), es decir que siendo $p > 0,05$ se acepta la hipótesis nula (H_0), si el valor $p < 0,05$ es probable que se rechace la H_0 . La hipótesis nula H_0 es aquella que plantea lo contrario de lo que busca la investigación, por ende se busca rechazar la hipótesis nula con un valor $p < 0,05$. Por ende a través de los resultados obtenidos se espera rechazar la hipótesis nula.

Consideraciones Éticas

La investigación seguirá rigurosamente las normas éticas implementadas nacional e internacionalmente al igual que las planteadas por el Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito, quién será el organismo en aprobar la aplicación del experimento es individuos. Las normas éticas del experimento garantizaran los derechos de los participantes para una buena práctica clínica. Es fundamental que dentro del experimento se guarde confidencialidad y privacidad de los participantes de investigación en este caso personas privadas de libertad dado que son considerados como parte de sujetos vulnerables. Se busca a través del cumplimiento de las consideraciones éticas que el estudio sea poco riesgoso para los participantes, que los beneficios obtenidos para la contribución científica tengan mayor peso que los riesgos hacia el ser humano y que se resguarde el bienestar de cada individuo a participar.

Se seguirá un procedimiento adecuado para guardar confidencialidad y proteger la identidad de cada sujeto de estudio, por lo cual tendrán un código para asegurar anonimato, el cual se asignará a cada sujeto para la obtención de datos. Es importante recalcar que el experimento será de manera voluntaria y si el participante desea retirarse como sujeto de

estudio lo podrá hacer libremente en cualquier momento de la investigación. Todos los participantes firmarán el consentimiento informado del estudio (Anexo B) de forma voluntaria. Los datos obtenidos por los participantes serán manipulados únicamente por los investigadores.

Se verificará también que los profesionales escogidos para realizar la intervención psicológica sean debidamente capacitados anteriormente y cumplan con los requisitos esperados tanto de forma profesional como la personal, se pedirá ayuda de un docente en el tema de TDC para discernir los mejores candidatos. Cada profesional deberá leer el "DBT Skill Training Manual" de Marsha Linehan para asegurar un tratamiento de calidad a los participantes quienes se benefician de técnicas probadas científicamente que permitirán desarrollar habilidades para un mejor estilo de vida.

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

El trabajo con personas privadas de libertad es un reto el cual presenta algunas limitaciones. La primera limitación del estudio es la infraestructura, no existen suficientes recursos como consultorios psicológicos que abastezcan las necesidades de los reclusos, sin embargo se realizará un cronograma donde el uso de consultorios sea adecuado.

Por otro lado, la muestra del estudio no es altamente significativa por la delimitación de esta debido a que deben ser reclusos de mínima seguridad con pena mínima de seis meses que es el tiempo que dura el tratamiento, sin embargo la población de mínima seguridad puede tener penas menores. Otra limitación importante es que al ser un estudio transversal y no longitudinal no se podrá medir cuanto la aplicación de la terapia ayudó a su reinserción social.

Como fortalezas se destaca que fue importante delimitar la muestra dado que una intervención con personas de alta seguridad y mediana puede requerir más tiempo de implementación y más recursos clínicos. Se destaca dentro del estudio la evidencia científica de la Terapia Dialéctica Conductual y la implementación de esta en el contexto carcelario. El estudio es visto como una oportunidad para mejorar la situación penitenciaria en el país que es una obligación de carácter institucional.

Recomendaciones para Futuros Estudios

El propósito principal del trabajo de investigación fue trabajar con la problemática que presentan actualmente las cárceles en el país refiriéndonos al ámbito psicológico y social de los individuos. Se recomienda que futuras investigaciones continúen con diferentes variables que pueden mejorar la calidad de vida de la población carcelaria como acoso sexual dentro de prisión, estrategias cognitivas, prevención de reingreso a través de un tratamiento con evidencia científica y comprobable como la Terapia Dialéctica Conductual o cognitiva conductual.

Es fundamental que no solo se trabaje con la población carcelaria sino también con los encargados de su seguridad y bienestar como son el personal policial y trabajadores internos como psicólogos, trabajadores sociales y administrativos dado que es una población aún no estudiada e influencia mucho en el funcionamiento del sistema penitenciario.

Es importante considerar el diagnóstico clínico para mejorar la intervención psicológica dado que muchos de los problemas de impulsividad pueden estar relacionados a otros trastornos, es importante considerar una evaluación previa de rasgos de personalidad y consumo de sustancias para garantizar un tratamiento eficaz.

REFERENCIAS

- Appelbaum, K. L. (2008). Correctional Mental Health Research: Opportunities and Barriers. *Journal of Correctional Health Care*, 14(4), 269–277. doi:10.1177/1078345808322607
- Berzins, Lisa & L. Trestman, Robert. (2004). The Development and Implementation of Dialectical Behavior Therapy in Forensic Settings. *International Journal of Forensic Mental Health*. 3. 93-103. 10.1080/14999013.2004.10471199.
- 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. doi:10.1016/j.brat.2008.08.005
- Bianchini, V., Cofini, V., Curto, M., Lagrotteria, B., Manzi, A., Navari, S., ... Nicolò, G. (2019). *Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. Criminal Behaviour and Mental Health*. doi:10.1002/cbm.2102
- Bulten, E., Nijman, H., & van der Staak, C. (2009). Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(2), 115–119. doi:10.1016/j.ijlp.2009.01.007
- Cáceda, R., Nemeroff, C. B., & Harvey, P. D. (2014). *Toward an Understanding of Decision Making in Severe Mental Illness. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 26(3), 196–213. doi:10.1176/appi.neuropsych.12110268
- Carmona, C., Elices, M., Soler, Joaquim., Domínguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R & Pascual, J. (2018). Effects of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: Impulsivity Versus Emotional Dysregulation. *Mindfulness*. 10.1007/s12671-018-1071-4.

- Carrión, F. (2006). La recurrente crisis carcelaria en Ecuador. Obtenido el 20 de noviembre 2018 de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2355/1/BFLACSO-CS1.pdf>
- Código Orgánico Integral Penal. (2014). Registro oficial. Obtenido 26 de marzo 2019 de https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- Cornejo, José. (2015). Centros de rehabilitación social ; clasificación y principios de tratamiento penitenciario. Obtenido el 26 de marzo 2019 de <https://www.derechoecuador.com/centros-de-rehabilitacion-social-clasificacion-y-principios-del-tratamiento-penitenciario>
- Cuomo, C., Sarchiapone, M., Di Giannantonio, M., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, Impulsivity, Personality Traits, and Childhood Trauma of Prisoners with Substance Abuse and Addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 339–345. doi:10.1080/00952990802010884
- Fishbein, D., Sheppard, M., Hyde, C., Hubal, R., Newlin, D., Serin, R., Chrousos, G & Salvatore, A. (2009) Deficits in Behavioral Inhibition Predict Treatment Engagement in Prison Inmates. *Law and Human Behavior*, 33 (5), 419-435 , Obtenido el 4 de marzo de 2019 de <http://www.jstor.org/stable/40540135>
- Fowler, J. C., Charak, R., Elhai, J. D., Allen, J. G., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2014). Construct validity and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 175–180. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.07.029

- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2018). *Difficulties in emotion regulation and psychopathic traits in violent offenders. Journal of Criminal Justice, 57, 116–125*.doi:10.1016/j.jcrimjus.2018.05.013
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría, 37*(1).Obtenido el 6 de mayo 2019 de <https://www.redalyc.org/html/806/80615420011/>
- Gómez, E.(2015). “Determinar las dificultades psicosociales más frecuentes que enfrentan las mujeres privadas de libertad para lograr su reinserción social”. Obtenido el 24 Noviembre 2018 de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7042/1/T-UCE-0007-209c.pdf>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Wagner, A. W. (s/f). Applying DBT Mindfulness Skills to the Treatment of Clients with Anxiety Disorders. *Series in Anxiety and Related Disorders, 147–161*. doi:10.1007/0-387-25989-9_6
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26, 41-54*.
- Gross, J.J. (2014). Handbook of Emotion Regulation. En Gross, J (Ed.) . New York, Estados Unidos: Guilford,
- Hamilton, K. R., Mitchell, M. R., Wing, V. C., Balodis, I. M., Bickel, W. K., Fillmore, M., ... Moeller, F. G. (2015). *Choice impulsivity: Definitions, measurement issues, and clinical implications. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(2), 182–198.doi:10.1037/per0000099
- Haeyen, Suzanne. (2018). Interpersonal Effectiveness Module: Theory and Workbook. 10.1007/978-3-319-96773-8_10.

- Hopkin, G. and Evans-Lacko, S. and Forrester, A. and Shaw, J. and Thornicroft, G. (2018) Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. ISSN 0894-587X
- Ireland, J. L., & Archer, J. (2008). *Impulsivity among adult prisoners: A confirmatory factor analysis study of the Barratt Impulsivity Scale*. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 286–292. doi:10.1016/j.paid.2008.04.012
- Ivanoff, A., & Marotta, P. L. (2018). *DBT in Forensic Settings*. *Oxford Handbooks Online*. doi:10.1093/oxfordhb/9780198758723.01
- Kim, M. Y., Bigman, Y., & Tamir, M. (2015). *Emotional Regulation*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 452–456. doi:10.1016/b978-0-08-097086-8.25055-1
- Linehan, M. *DBT Skill Training Manual*. (2015). New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., & Wilks, C. R. (2015). The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 97–110.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459–480. doi:10.1002/jclp.20243
- Martin, M. S., Wells, G. A., Crocker, A. G., Potter, B. K., & Colman, I. (2018). Mental Health Screening, Treatment, and Institutional Incidents: A Propensity Score Matched Analysis of Long-Term Outcomes of Screening. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(2), 133–144. doi:10.1080/14999013.2018.1451415

- Moore, K., Folk, J., Boren, E., Tangney, J., Fischer, S., & Schrader, S. (2016). Pilot Study of a Brief Dialectical Behavior Therapy Skills Group for Jail Inmates. *Psychological Services*, 15. 10.1037/ser0000105.
- Mundt, A., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S. & Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PloS One*, 8(7), 1-8. Obtenido el 2 de marzo de 2019 de journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0069109.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). *Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839. doi:10.1016/j.brat.2010.05.017
- Neto, Roque & True, Mary. (2011). The development and treatment of impulsivity. *Psico*, 42. 134. Obtenido el 20 de marzo de https://www.researchgate.net/publication/313791804_The_development_and_treatment_of_impulsivity
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2013). *Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518–525. doi:10.1111/jpm.12116
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). (2013). Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. Serie de guías de justicia penal. Obtenido el 21 de noviembre del 2018 de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_SocialReintegration_ESP_LR_final_online_version.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). (2013). Abordando la crisis penitenciaria a nivel global. Obtenido el 21 de noviembre de 2018 de

https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Prison_Crisis_Strategy_Brochure_Spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). (2010). Medidas privativas y no privativas de la libertad: El sistema penitenciario. Obtenido el 21 de noviembre de 2018 de https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/The_Prison_System_Spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC). (2010). Manual de principios básicos y prácticas prometedoras en la aplicación de Medidas sustitutivas del encarcelamiento Obtenido el 21 de noviembre de 2018 de https://www.unodc.org/documents/ropan/Manuales/MANUAL_DE_MEDIDAS_SUSTITUTIVAS_AL_ENCARCELAMIENTO_-_UNODC.pdf

Reglamento del sistema nacional de rehabilitación social. (2016) .Registro Oficial Suplemento 695 . Obtenido Obtenido el 5 de febrero de <https://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/2017/12/4-Reglamento-del-Sistema-Nacional-de-Rehabilitacion-Social.pdf>

Robins, C., Zerubavel, N., Ivanoff, A & Linehan, M. (2018). Dialectical Behavior Therapy. Chapter 29 (pp.527- 540). Obtenido el 20 de febrero de 2018 de https://www.researchgate.net/publication/324485192_Dialectical_Behavior_Therapy?enrichId=rgreq-3ed597cf84bbf4f5b8d375ef8f5744bf-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMyNDQ4NTE5MjtBUzo2MTQ2NjY0MTM4MjE5NTJAMTUyMzU1OTMwMTM1NA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

Ruiz, M. A., Skeem, J. L., Poythress, N. G., Douglas, K. S., & Lilienfeld, S. O. (2010). Structure and Correlates of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) in Offenders:

- Implications for Psychopathy and Externalizing Pathology. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(3), 237–244. doi:10.1080/14999013.2010.517258
- Salvo G., Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>
- Shelton, D., Kesten, K., Zhang, W., & Trestman, R. (2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy-Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(2), 105–113. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00275.x
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 379–405. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739
- Sirotich, F. (2009). The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 37(4), 461-472.
- Smith, P., & Waterman, M. (2006). Self-Reported Aggression and Impulsivity in Forensic and Non-Forensic Populations: The Role of Gender and Experience. *Journal of Family Violence*, 21(7), 425–437. doi:10.1007/s10896-006-9039-x
- Sung, Hung-En & Mellow, Jeff & M. Mahoney, Annette. (2010). Jail Inmates with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Problems: Correlates and Service Needs. *Journal of Offender Rehabilitation*. 49. 126-145. 10.1080/10509670903534811.

- Urrego, S., Valencia, O & Villalba, J. (2017). Validación de la escala barratt de impulsividad (bis-11) en población bogotana. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(2). doi: 10.15332/s1794-9998.2017.0002.01
- Wilks, C. R., Korlund, K. E., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162–169. doi:10.1016/j.brat.2015.12.013
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., & Leyro, T. (2010). *Distress Tolerance. Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406–410. doi:10.1177/0963721410388642

ANEXO A: INSTRUMENTOS

ESCALA DE MEDICIÓN DERS

CUESTIONARIO DERS-E

(Guzmán, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L. & Leiva, J.)

Instrucciones: A continuación, le pedimos que indique la frecuencia con que se aplican estas afirmaciones según la escala que aparece a continuación.

Casi Nunca	Algunas Veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi Siempre	
1	2	3	4	5	
1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos.	1	2	3	4	5
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5
16. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
21. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
22. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
23. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
25. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

ESCALA DE IMPULSIVIDAD DE BARRAT

16. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Nombre	Fecha			
<p><i>Instrucciones.</i> Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plántela de la forma que está entre paréntesis.)</p>				
	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos periodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurarme de que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos periodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Termino lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24	Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total: _____ I. cognitiva: _____ I. motora: _____ I. no planeada: _____					

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código 201



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: El moldeamiento de comportamiento utilizado por la Terapia Dialéctica Conductual como herramienta para disminuir la conducta auto-lesiva en niños con Autismo

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Andrea Karina Figueroa Domínguez

Datos de localización del investigador principal 2337774, 0999916755, afigueroad@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores: N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción *(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)*

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.

Usted y su hijo/a han sido invitados a participar en un investigación sobre el efecto del moldeamiento de comportamiento utilizado por la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), en la conducta auto-lesiva en niños con Autismo; porque su hijo cumple con los criterios diagnósticos del DSM-5 de Trastorno del Espectro del Autismo, y también cumple con los criterios de Autismo dados a partir de la prueba de observación EVAI. Además, porque su hijo/a cumple con los ítems de conducta auto-lesiva, encontrados en el instrumento RSB-R.

Propósito del estudio *(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)*

La investigación posee una muestra de 30 niños con Autismo que serán participantes, los mismos que se ubicaran en un grupo experimental y en un grupo control. Los niños que formen parte del grupo experimental, serán administrados el tratamiento de moldeamiento de comportamiento de la TDC, por un periodo de 12 sesiones y serán seleccionados de manera aleatoria. Mientras que, los integrantes del grupo control no recibirán el tratamiento.

Descripción de los procedimientos *(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)*

1. corroborar que posean un diagnóstico de Autismo.
2. Al mismo tiempo, se les aplicara a los padres de los niños un cuestionario de conductas, para verificar que el niño posea conductas auto-lesivas.

Código 201

3. Se les aplicara una prueba de conducta auto-lesiva a los niños, para conocer acerca de: el tipo de conducta, la duración y como se presenta.
4. A la par, se les hará una prueba de tiempo de la conducta auto-lesiva, para saber con qué frecuencia se da esta conducta.
5. Se les dará el tratamiento a los niños que formen parte del grupo control (12 sesiones).
6. Una vez terminado el periodo de tratamiento, se volverá a aplicar la prueba de conducta auto-lesiva.
7. También, se administrara la prueba cronometrada de conducta auto-lesiva.
8. Análisis de los datos.

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)

Los riesgos de este estudio son los siguientes: riesgo de que el niño no deje de auto-lesionarse, riesgos de ansiedad y frustración. Si el niño llegara a experimentar cualquiera de los aspectos mencionados arriba, se procederá a tomar las acciones necesarias para calmarlo y ayudarlo a que se sienta seguro; proporcionándole algún objeto o imagen que le de calma.

Por otro lado, en torno a los beneficios del estudio, los niños participantes pueden beneficiarse de que la conducta auto-lesiva que tenían, deje de presentarse. Además, aprenderían a auto-regularse y a actuar de manera distinta en situaciones que antes les generaba estrés.

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 tendrá acceso.

2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

3) 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 0999916755 que pertenece a Andrea Figueroa, o envíe un correo electrónico a afigueroad@stud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos 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 tuvieran 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