

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**¿Cómo el emplear estrategias de la terapia dialéctica
conductual permite la remisión de síntomas del trastorno
desafiante oposicional en niños ecuatorianos de entre 8 a
11 años de edad?**

Proyecto de investigación

Isabel Pamela Brito Rovalino

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito

para la obtención del título de

Psicóloga Clínica

Quito, 14 de mayo de 2019

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

HOJA DE CLAIFICACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**¿Cómo el emplear estrategias de la terapia dialéctica conductual permite la
remisión de síntomas del trastorno desafiante oposicional en niños
ecuatorianos de entre 8 a 11 años de edad?**

Isabel Pamela Brito Rovalino

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico: Esteban Utreras, Ph.D.

Firma del profesor:

Quito, 14 de mayo 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: Isabel Pamela Brito Rovalino

Código: 00125164

Cédula de Identidad: 1723427512

Lugar y fecha: Quito, 14 de mayo de 2019

RESUMEN

Introducción: El trastorno desafiante oposicional es una de las psicopatologías que se puede encontrar en menores de edad y la cual está vinculada aquellos trastornos disruptivos, de problemas en el control de impulsos y de conducta (American Psychiatric Association [DSM-V], 2013). Este afecta a la población en un 2% al 16% en población general la cual depende de los métodos empleados para su medición. Por otro lado, en niños existen estudios que demuestran que este se encuentra entre un 2.2% a 3.6% (Merikangas, et al., 2010; Stringaris, & Goodman, 2009). Esta al no ser tratada puede desencadenar en trastorno de la conducta, como también en comportamiento antisocial (Burke, Waldman, Lahey, 2010). La sintomatología se presenta por diversos factores tanto biológicos, como familiares o del entorno en el cual se encuentra le menor de edad. Por esto, se propone le trabajo con estrategias de la terapia dialéctica conductual las cuales buscan mejorar la regulación emocional, disminuir conductas impulsivas, mejorar relaciones interpersonales, entre otros.

Metodología: Para la presente investigación se planteó emplear una muestra de 20 participantes los cuales pertenezcan al sistema educativo público en la parroquia de Cumbayá. Se emplearán dos evaluaciones las cuales se aplicarán a padres y a maestros en conjunto con una entrevista a los padres. Estas son el Conners 3 y BRIEF-2, estas buscan identificar la presencia del trastorno y la remisión de síntomas asociados a la regulación emocional.

Resultados: Los resultados esperados, a raíz de la revisión de literatura, busca que al emplear estrategias de la terapia dialéctica conductual tales como mindfulness, habilidades de regulación emocional y tolerancia al malestar; disminuya los síntomas del trastorno desafiante oposicional en niños ecuatorianos entre 8 a 11 años. Para observar los cambios y la valides y significancia de las mismas se emplea un t-test para ver los cambios antes de la aplicación y después de la misma.

Conclusiones: Se puede identificar que como mencionan Linehan (2014), Neacsiu, Bohus, & Linehan, (2014) y Nelson-Gray, et al (2006), el entrenamiento en estas estrategias les permite a los menores de edad el regularse emocionalmente, disminuir conductas negativas y aumentar las positivas, muestras menores de ira y agresividad; y en algunas ocasiones disminuyeron síntomas asociados a trastornos conurbados. Así también, como limitaciones y recomendaciones, se debe tomar en cuenta que la muestra es reducida, no se empleó el apartado de efectividad interpersonal; estos factores pueden afectar los resultados de la investigación.

Palabras clave: Trastorno desafiante oposicional, terapia dialéctica conductual, DSM-V, desregulación emocional, problemas de comportamiento, Mindfulness, Conners 3.

ABSTRACT

Introduction: Oppositional defiant disorder is one of the psychopathologies that can be found in children. This is part of the disruptive disorders, impulse control problems and difficulties in behavior (American Psychiatric Association [DSM-V], 2013). This psychopathology has been found to affect 2% to 16% in the general population. On the other hand, in children there are studies that show that it is found in a 2.2% to 3.6% (Merikangas, et al., 2010, Stringaris, & Goodman, 2009). If it is not treated on time the disorder can end in antisocial behaviours. (Burke, Waldman, Lahey, 2010). The symptomatology can be developed because of various factors, such as: biological, family or the environment; in which the minor is living. **Methodology:** For the present investigation the sample to use is formed with 20 participants which belong to the public educational system in the parish of Cumbayá. The evaluations will be given to parents and teachers, and also an interview with the parents. The Conners 3 and BRIEF-2, are the evaluations to use because these seek to identify the presence of the disorder and the remission of symptoms associated with emotional regulation. **Results:** The expected outcomes, as a result of the literature review, is that the training in strategies of dialectical therapy, such as mindfulness, emotional regulation skills and tolerance to discomfort; decrease the symptoms of emotional dysregulation in Ecuadorian children between 8 and 11 years old. To observe the changes and the validity and their significance, a t-test is used to see the changes before and after the application. **Conclusions:** We can identify how Linehan (2014), Neacsiu, Bohus, & Linehan, (2014) and Nelson-Gray, et al (2006), mention the training in these strategies allow the minors to regulate themselves emotionally, decrease negative behaviors and increase positive ones, reduction of anger and aggression; and in some cases the symptoms associated with other disorders comorbid with the disorder decreased. Also, as limitations and recommendations, it should be taken into consideration that the sample is small, the effectiveness in interpersonal relationships was not apply. These factors can affect the results of the research.

Key words: Oppositional defiant disorder, behavioral dialectic therapy, DSM-V, emotional dysregulation, behavioral problems, Mindfulness, Conners 3.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Antecedentes	7
Problema	11
Pregunta de Investigación	11
Propósito del Estudio	11
El Significado del Estudio	11
REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
Fuentes	13
Formato de la Revisión de la Literatura	13
1. Trastorno Desafiante Oposicional	13
Historia	13
Criterios diagnósticos del DSM-V	15
Prevalencia	16
Factores que predisponen el desarrollo del trastorno desafiante oposicional	18
2. Terapia Dialéctica Conductual	22
Minfulness o Conciencia plena	24
Efectividad interpersonal	27
Habilidades de regulación emocional	29
Técnicas de tolerancia al malestar	31
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada	34
Participantes	35
Herramientas de Investigación Utilizadas	36
Procedimiento de recolección y Análisis de Datos	38
Consideraciones Éticas	40
RESULTADOS ESPERADOS	42
DISCUSIÓN	44
Conclusiones	44
Limitaciones del Estudio	45
Recomendaciones para Futuros Estudios	46
REFERENCIAS	47
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes	52
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado	55
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	57

INTRODUCCIÓN

El trastorno desafiante oposicional forma parte de las categorías diagnósticas pertenecientes a los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de conducta; que se encuentra en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (American Psychiatric Association [DSMV] 2013). Este a su vez posee estudios que buscan la remisión de síntomas como también el prevenir que se agraven los cuadros clínicos. Sin embargo; existen pocas investigaciones sobre como el uso de técnicas de terapia dialéctica conductual en niños es importante para la remisión de síntomas. Este tipo de terapia explica sobre como el entrenamiento en habilidades se encuentra asociada a la disminución de desregulación emocional, control de impulsos, relaciones interpersonales, auto-imagen (Linehan, 2014). Lo que quiere decir que trabaja en alcanzar un cambio en áreas como lo comportamental, emocional, pensamiento, e interpersonal que se pueden encontrar en vivir con un trastorno.

Antecedentes

En primer lugar, el trastorno desafiante oposicional posee diversos aspectos para poder ser diagnosticado, como así también factores que aumentan las posibilidades de padecerlo. Este corresponde a una categoría con condiciones en las cuales se dan problemas de auto control, regulación emocional y control de conductas. Normalmente, con estos comportamientos se generan problemas al respetar los derechos de otros y tener conflictos con la norma social o las figuras de autoridad (American Psychiatric Association, 2013). Adicionalmente, este es relevante ya que posee un patrón de ser más común en familias que posean trastornos de estado de animo, trastorno desafiante oposicional, trastorno de conducta, déficit de atención, personalidad antisocial o trastornos asociados a otros desordenes, y es más común en familias con problemas severos de discordia marital (American Psychiatric Association, 2003).

Debido a estos factores que se muestran como influyentes para que se presente el trastorno se debe tomar en consideración que en el Ecuador, según la Organización Mundial de la Salud (2017), se encuentra presentes trastornos asociados a estados de animo como depresión en un 4,6% y ansiedad en un 5,6%. Lo que muestra que se encuentran presentes factores que ayudan a que se presente el trastorno. Por otro lado, se debe tomar en cuenta que en el Ecuador se ha reportado que mediante el Ministerio del Interior (2011), se han dado 83.112 denuncias y demandas a nivel nacional en relación a violencia intrafamiliar durante el año 2011; de las cuales el 86% fueron por parte de mujeres y el 14% por parte de hombres. Esto puede mostrar que se encuentra presente otro factor importante para que se desarrolle el trastorno como son los problemas severos de discordia marital.

De igual manera, se debe tomar en consideración que el trastorno desafiante oposicional posee una prevalencia del 2% al 16% de la población general dependiendo de la naturaleza de la población y los métodos para evaluar (American Psychiatric Association [DSMIV] 2003). Por otro lado, existen estudios para el análisis de psicopatología en menores de edad en los cuales se pueden identificar que el 10.4% puede sufrir una psicopatología; de los cuales el 2.2% o el 3.6% se encuentra asociado al trastorno desafiante oposicional (Merikangas, et al., 2010; Stringaris, & Goodman, 2009).

No obstante, en el Ecuador no se encuentran presentes cifras relacionadas al trastorno desafiante oposicional; sin embargo el ministerio de salud posee la Guía de Salud Mental Comunitaria en la cual se exponen posibles formas de trabajar en torno a la prevención y promoción de salud mental (Ministerio de Salud, 2016). La guía consta de una lista de posibles ámbitos en los cuales se debe brindar apoyo y se mencionan problemas psicosociales como: duelo, trastorno de ansiedad, crisis de pánico, depresión, conductas violentas, suicidio/autolesión, trastorno de estrés post traumático y finalmente el uso y consumo de alcohol tabaco y otras.

Por otro lado, la trayectoria de este trastorno indica que a partir de los ocho años de edad se puede presentar gradualmente y, en diversas ocasiones se ve asociado a posteriormente a un trastorno de la conducta. De igual manera, hay que tomar en consideración que este trastorno si no es tratado a tiempo y en diversas ocasiones presenta una tendencia en la que sus resultados demuestran que puede agravarse en la adolescencia y adultez (Mash & Barkley, 2006). Al mencionar que este se puede agravar es debido a que en algunos estudios se demuestra que el poseer un trastorno desafiante oposicional es un predictor mayor para que en la adolescencia se presente un trastorno de conducta,; sin embargo este es más común en hombres que en mujeres (Rowe, Costello, Angold, Copeland, & Maughan, 2010). De igual manera es importante denotar que los estudios muestran que el comportamiento antisocial con un inicio temprano está vinculado a un peor funcionamiento social y de salud que el comportamiento antisocial de inicio tardío (Burke, Waldman, & Lahey, 2010).

En la actualidad se han realizado estudios para identificar resultados del tratamiento en cuanto a remisión de síntomas. Dentro de los tipos de tratamiento para el trastorno desafiante oposicional existen diversas formas de aproximación. Uno de estos es el entrenamiento a padres en métodos de manejo del comportamiento del niño; este se basa en entrenar a los padres en tácticas generales de contingencia ante la conducta y de como usar reforzadores o castigos, seguidos de comportamientos que sean apropiados o inapropiados (Mash & Barkley, 2006).

Así también existen programas de tratamiento centrados en el niño. Estos están orientados entres áreas principales: para el manejo de la ira, entrenamiento en habilidades sociales y entrenamiento en resolución de conflictos; todos con el objetivo de mejorar a través del uso de técnicas cognitivo conductuales (Goertz-Dorten, et al., 2017). Buscando así que aquellos que pasan por esto busquen disminuir los impulsos que poseen a situaciones que

puedan considerarse como estresantes o activadores a través de: parar y pensar, identificar niveles de excitación, estados emociones, reconocimiento y definición de problemas.

Como resultado se puedan encontrar y definir alternativas basadas en la consecuencia de sus actos, escoger la mejor respuesta, reconocer que se han mantenido en control y revisar el resultado, todo esto es centrado en el niño para que puedan mejorar sus habilidades sociales (Goertz-Dorten, et al., 2017). Por otro lado se encuentra el tratamiento para niños con comportamientos agresivos, el cual está diseñado par a niños entre los 6 a 12 años de edad con el objetivo de cambiar comportamientos agresivos con sus pares. Este a su vez busca implementar el apoyo de padres y maestro como sí también del grupo de iguales (Goertz-Dorten, et al., 2017). No obstante, se encuentran presentes diversos aspectos de los cuales se desconoce los elementos que los individuos perciben como relevantes al hablar de remisión de síntomas.

Sin Embargo, el estudio técnicas que se apliquen para trabajar en torno a aspectos del trastorno como la desregulación emocional, las dificultades interpersonales, y la baja respuesta al estrés, que se presentan se propone el emplear la Terapia Dialéctica Conductual en torno a estos síntomas. Este tipo de terapia se desarrolló entorno a pacientes adultos con el trastorno de personalidad límite. Este muestra diversos síntomas similares a los presentados en el trastorno desafiante oposicional como la inestabilidad afectiva, que puede presentarse con irritabilidad, o un enfado inapropiado e intenso o dificultad par a controlar la ira; lo que puede llegar a peleas físicas recurrentes (American Psychiatric Association [DSMV] 2013). Esta terapia en relación a los síntomas previamente mencionados usa entrenamiento en abordar la regulación de la emoción, la eficacia interpersonal y la tolerancia a la angustia (Nelson-Gray, et al., 2006).

Problema

El problema que plantea la presente investigación es la falta de tratamientos estandarizados para el trabajo con niños que presentan el trastorno desafiante oposicional relacionado a la desregulación emocional presente en el trastorno. Debido a esto se pretende poner como tratamiento alternativo el emplear la terapia dialéctica conductual para trabajar en mejorar diversos aspectos que se encuentran presentes en el trastorno y así también disminuir la probabilidad de que este termine en un trastorno de la conducta o un trastorno de personalidad antisocial (Mash y Barkley, 2014).

Pregunta de Investigación

¿Cómo el emplear estrategias de terapia dialéctica conductual en niños ecuatorianos de entre 8 a 11 años de edad diagnosticados con trastorno desafiante oposicional permite la remisión de síntomas, entorno a desregulación emocional asociados al trastorno?

Propósito del Estudio

Dentro de los objetivos principales a trabajarse es identificar la efectividad de las técnicas empleadas en la terapia dialéctica conductual en aquellos individuos con un diagnóstico de trastorno desafiante oposicional para la remisión de síntomas.

Identificar como estos elementos pueden generalizarse e implementarse en el ámbito de tratamiento psicológico y también se busca expandir e incitar la investigación de trastornos que puedan afectar otras áreas de la realidad ecuatoriana.

El Significado del Estudio

Este estudio es relevante ya que ayudaría a identificar formas de tratamiento efectivas en relación a la remisión de síntomas asociadas al trastorno desafiante oposicional en ecuatorianos. A su vez se debe considerar como relevante la atención temprana y el trabajo con menores de edad ya que sin un acompañamiento adecuado presente, este puede

desencadenar en un aumento de síntomas que no solo afectan al individuo, sino también al entorno en el cual se encuentra.

A continuación está presente la revisión de literatura dividida en cuatro secciones,. La primera es el marco teórico, seguido por metodológica de la investigación, análisis de datos, y finalmente conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fuentes

Las fuentes de las cuales se obtuvo información para la presente investigación fueron revistas indexadas, Guías diagnósticas, libros y manuales los cuales explican procedimientos y tratamientos. La investigación se dio a través de palabras claves como Trastorno Desafiante oposicional, terapia dialéctica conductual, diagnostico, tratamiento. El rango de tiempo de búsqueda se limitó desde el año 2010 en adelante, sin embargo existen libros o artículos de años posteriores los cuales contienen conceptos relevantes para la explicación. Los datos fueron extraídos principalmente de fuentes de artículos académicos tales como EBSCO, Proquest, Taylor and Francis, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV y V, y de DBT? Skills training manual.

Formato de la Revisión de la Literatura

En la presente investigación la revisión se dará por tema, por lo cual los temas irán desde el trastorno desafinate oposicional, su historia, criterios de diagnóstico actuales, etiología, tratamientos; y posteriormente para el terapia dialéctica conductual se revisará su origen y componentes.

1. Trastorno Desafiante Oposicional

Historia

El trastorno desafinate oposicional aparece por primera vez en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III [DSM III] en el año 1980 bajo el nombre de desorden oposicionista de la personalidad (Burke y Romano-Verthelyi, 2018). A raíz de esta primera publicación se presentaron diversos cambios hasta llegar a los presentes criterios diagnósticos, prevalencia, diagnósticos diferenciales, entre otros. En la primera aparición de

este trastorno se lo tipificó dentro de otros desordenes psiquiátricos en la infancia, niñez y adolescencia (Spitzer y Cantwell, 1980). Dentro de esta se lo identificó como un trastorno asociado a desordenes de la personalidad el cual es caracterizado por un patrón de desobediencia, negativista, y provocativo en oposición a figuras de autoridad. Sin embargo, durante esta publicación se cuestionó si debido a que los patrones o síntomas que se presentan están relacionados a la conducta debería encontrarse dentro de la categoría de desordenes de comportamiento (Spitzer y Cantwell, 1980). Para esto el trastorno se encontraban cinco síntomas para diagnóstico: violación de reglas menores, berrinches, ser argumentativo, tener comportamientos provocativos y ser testarudos (Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

Los cambios que se presentaron del DSM III-R a el DSM-IV fueron dos los cuales Burke y Romano-Verthelyi (2018), exponen el primero fue en relación a criterios diagnósticos y el segundo a duración de los síntomas. El primer cambio que se realizó fue en uno de los apartados el cual decía que a menudo maldice o usa un lenguaje obsceno, este fue eliminado para la versión del DSM-IV. En relación a la frecuencia, se mencionó que se dio una adicional a la cualificación de la frecuencia de cada comportamiento ya que se requería la presencia de a menudo para poder cumplir con los criterios. Adicionalmente para el DSM-IV, el trastorno se ubicó dentro de los desordenes de comportamiento, ya no dentro de los desordenes de personalidad como previamente se había presentado (Burke & Romano-Verthelyi, 2018).

Por otro lado, los cambios que se presentaron de el DSM-IV al DSM-V están asociados a la investigación en relación al trastorno. Para Burke y Romano-Verthelyi (2018), esta diferencia se dio principalmente en las subcategorías entre los síntomas, los criterios específicos se dieron en cuatro grupos. Así mismo, la falta de investigación sobre el trastorno desafiante oposicional se dio como resultado de la falta de información para definir los

criterios diagnósticos de manera adecuada; por lo cual el lograr establecer subcategorías ayuda al diagnóstico y a la investigación. Esto permitió que los criterios sean más objetivos.

Criterios diagnósticos del DSM-V.

El trastorno desafiante oposicional, se encuentra dentro de la categoría diagnóstica que corresponde a los trastornos asociados a la conducta. Este consta de cuatro criterios principales para su diagnóstico. La primera categoría diagnóstica expone la presencia de un patrón continuo de irritabilidad o enfado, discusiones o actitud desafiante o vengativa la cual se ha encontrado presente los últimos seis meses y se manifiesta por cuatro síntomas en categorías como enfado/irritabilidad o discusión/actitud desafiante, o vengativo; y se presenta en una interacción social por lo menos con un individuo que no sea un hermano (American Psychiatric Association [DSMV] 2013). Dentro de la categoría de enfado o irritabilidad se puede encontrar que a menudo pierde la calma, se siente susceptible o se molesta con facilidad, o a menudo está enfadado y resentido. La siguiente categoría expone en relación a discusiones/Actitud desafiante, en la cual se puede ver si discute a menudo con autoridades o con adultos, desafía o rechaza constantemente el cumplir con normas o peticiones por parte de su autoridad, molesta a otros deliberadamente, culpa a menudo a los demás por sus errores o mal comportamiento. Finalmente, en relación a mostrarse vengativo, menciona que se debe identificar si ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

En el segundo apartado diagnóstico se menciona que el comportamiento está asociado a un malestar del individuo o de personas que lo rodean en su entorno social como: amigos, familia, compañeros; lo que genera un impacto negativo tanto en lo social y educativo (American Psychiatric Association [DSMV] 2013). En el tercer criterio se expone que estos comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. De igual manera, en el cuarto y último apartado diagnóstico, se debe presentar un diagnóstico diferencial con el

trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo y el trastorno de conducta. Esto quiere decir que se debe diferenciar con otros trastornos con los cuales comparte aspectos o síntomas asociados al trastorno. Copeland, Angold, Costello, y Egger (2013) exponen que el trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo y el trastorno desafiante oposicional estos presentan síntomas similares en relación a la irritabilidad, sin embargo cuando estos presenten síntomas para ambos desórdenes se debe dar diagnóstico de trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo, no de trastorno desafiante oposicional. En relación al trastorno de conducta, en este los criterios son más severos y la agresión está dirigida hacia otras personas o animales, destrucción de la propiedad o posee un patrón de robo o engaños (American Psychiatric Association [DSMV] 2013). Por lo tanto, cuando se presenta estas características diagnósticas no se puede dar un diagnóstico de desafiante oposicional.

Adicionalmente a lo mencionado se debe especificar la gravedad actual del trastorno, lo cual se hace a través de tres niveles leve, moderado y grave. Leve corresponde a si los síntomas se limitan a un entorno. Moderado se presenta en caso de que estos surjan en dos entornos. Finalmente grave es en el cual los síntomas surgen en tres o más entornos (American Psychiatric Association [DSMV] 2013).

Prevalencia.

El trastorno desafiante oposicional tiene una prevalencia de entre el 2% al 16% dependiendo de la muestra y los métodos que se empleen para su diagnóstico (American Psychiatric Association [DSMIV] 2003). Así mismo, se debe tomar en consideración que estas diferencias no tienen una relación significativa con la cultura en la cual se toma la muestra sino de los métodos empleados en la misma (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). Por otro lado, la prevalencia del trastorno a lo largo de la vida muestra ser del 10.2% el cual es 11.2% en hombres y el 9.2% en mujeres (Nock, et al., 2007). Mientras que la estudios

demuestran que la edad en la cual se establece el trastorno puede tener efectos sobre si esta se mantendrá durante la vida de la persona demostró que cuando esta tenía un comienzo a la edad de 4 años se mantenía estable hasta la adolescencia tardía. Así también se identificó que la duración media de ODD es de 6 años y no varía mucho por sexo o por edad en la cual se realizaban las entrevistas. Adicionalmente se menciona que en estas se encontraron que los resultados eran más elevados en hombres; sin embargo, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en comparación con mujeres en el mismo grupo de edad (Nock, Kazdin, Hiripi, & Kessler, 2007). Se debe tomar en consideración que en la niñez temprana y la adolescencia media el trastorno desafiante oposicional es más prevalente en niños que en niñas. De igual manera, hay estudios relacionados a la prevalencia de estos desordenes por lo menos doce meses y se identificó que entre los 8 a los quince años de edad la prevalencia se mantuvo en un 2.1% asociados trastornos de conducta (Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon, & Koretz, 2010).

Se debe así también tomar en consideración que debido a la edad en la cual se encuentran los menores es probable que los comportamientos de oposición tales como los argumentos, irritabilidad, enojo, entre otros; se perciba como signos de inmadurez propio de la edad y esto a su vez interfiera con las relaciones con otros. Sin embargo; los estudios demuestran que un diagnóstico de ODD refleja una desviación en la gravedad de los comportamientos que se encuentran, en algún nivel, en el desarrollo típico, en lugar de reflejar la presencia de algún comportamiento cualitativamente distinto que normalmente no está presente (Barry, Marcus, Barry & Coccaro, 2013). Esto quiere decir que la investigación respalda la validez y la prevalencia del trastorno a lo largo de las diversas poblaciones debido a que estos son patrones de comportamientos atípicos en los menores de edad. Esto a su vez puede afectar en relaciones principalmente como padres, amigos, relaciones románticas, y al entrar en la adultez temprana también con empleadores así dificultado esta transición común

en un ciclo de vida (Leadbeater, Thompson, & Gruppuso, 2012). Esto confirma que este trastorno afecta a diversas áreas de la vida y se lo debe tomar en consideración debido a que se puede mantener a través de la vida y así interferir con el desarrollo de un individuo.

Factores que predisponen el desarrollo del trastorno desafiante oposicional.

En función de entender el que factores de riesgo pueden incrementar la probabilidad de desarrollar un trastorno desafiante oposicional en relación a otras psicopatologías se exponen diversos aspectos que corresponden al trastorno. Este puede presentarse debido a genética, crianza, contexto familiar, contexto escolar y relación con pares, funciones ejecutivas y desregulación emocional. En primer lugar la predisposición genética, esta habla sobre la influencia que posee la genética en el individuo para poseer el trastorno. Existen diversos estudios los cuales muestran resultados que pueden considerarse contradictorios al respecto. Para Mash y Barkley (2014), menciona que este factor de riesgo es mínimo, considera que el entrono es un factor de riesgo que predispone al individuo a tener este trastorno; sin embargo, se ha identificado que hay una mayor relación entre genética y el poseer el trastorno dependiendo de si este tiene un comienzo temprano en contraposición a un inicio en adolescencia o adultez. Esto quiere decir que cuando la influencia se encuentra presente aumenta con la edad, así exponiendo como los genes forman parte del funcionamiento del trastorno. Por otro lado, según lo que mencionan Burke & Romano-Verthelyi (2018), al citar a Dick, Viken, Kaprio, Pulkkinen, & Rose, 2005; Rowe, 2008; expone que se han presentado estudios los cuales han encontrado evidencia de influencia genética para ODD de aproximadamente 40% a 60%. No obstante, los autores sugieren mayor investigación en relación al tema; mas se debe tomar en cuenta que la presente investigación sugiere que los factores genéticos están asociados con los distintos enlaces fenotípicos entre las dimensiones de ODD y la psicopatología conductual versus la internalización.

En segundo lugar, en relación a la crianza y el entorno familiar. Para esto hay que considerar como mencionan Mash y Barkley (2014), se debe tomar en cuenta el que la familia influye en el desarrollo tanto a través de la educación y crianza como por la genética o por la interacción de ambos factores. Dentro de los primeros aspectos a considerarse hay que identificar si uno de los padres o ambos poseen o tuvieron psicopatología previamente. Se han presentado estudios en los cuales se identificó que existían más síntomas asociados al trastorno en niños cuyos padres usaban sustancias o si la madre tenía un trastorno de la personalidad histriónica. Otro factor es que la madre posee depresión, debido a que esta evita un buen ajuste al medio en el cual el niño se desarrolla; no obstante, esta está relacionada a una amplia variedad de psicopatologías en menores de edad. El siguiente es la organización y estructura de la familia.

La presencia del trastorno desafiante oposicional es más común en familias monoparentales, especialmente en el caso de disolución familiar debido al divorcio de los padres; en la cual se encuentran un gran número de hijos y la madre es joven (Mash & Barkley, 2014). Debido a como se presenta esta configuración familiar esta se ve asociada en diversas ocasiones a un estado económico decadente o de pobreza; como así también al ser familias monoparentales aumenta el estrés en aquel padre o madre que queda con los hijos debido a que ha en diversas ocasiones se ha desarrollado un estilo parental autoritario. Este estilo parental se encuentra caracterizado por que los padres enseñan a no cuestionar ni discutir con aquellos mayores a ellos, como autoridades o hermanos mayores, exigen más esfuerzo, poseen reglas que se pueden considerar inflexibles y el castigo es constante si no se han cumplido las reglas que el padre o madre ha implementado (Papalia, 2013). También se debe mencionar que en relación al divorcio el principal factor de riesgo es que el menor haya presentado conductas o patrones de comportamientos previo al divorcio que se van a ver potenciados por la discordia marital y así también por la separación (Mash & Barkley, 2014).

Las relaciones entre padres e hijos es otro de los factores que pueden aumentar el riesgo de padecer este trastorno. Para Mash y Barkley (2014), esto podía verse englobado en tres principales problemas en la interacción. El primero corresponde a que los padres no se encuentran involucrados en las actividades de sus hijos. El segundo menciona como problema la poca supervisión por parte de los padres a los hijos. La tercera se enfoca en el ámbito disciplinario en el cual este puede ser muy severo en relación al evento o puede ser inconsistente. Esto puede dar como resultado que el niño o el adolescente escale sus demandas debido a que sus padres reforzaron de forma negativa al menor al no hacer caso a sus demandas o al aplicar disciplina física y abusiva. Por otro lado, la sintomatología que se presenta, especialmente el ítem de agresividad, puede verse asociado con que el comportamiento del menor reduce la incertidumbre generada o relacionada a las respuestas parentales inconsistentes (Mash & Barkley, 2014). Esta discordancia genera o dispara otros factores de riesgo, debido a que se dificulta su desempeño en otras áreas de su vida como en el ámbito académico.

Así también, el que el menor sea víctima de abuso o violencia física puede generar que despliegue este comportamiento con sus pares o otras figuras que se pueden entender como de autoridad tales como maestros (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). De igual manera se debe traer a conciencia el hecho de que al ser un niño o adolescente todavía se encuentran en un periodo de crecimiento; esto quiere decir que estas experiencias, ejercen una influencia significativa en el desarrollo social, el desarrollo de las habilidades de autorregulación y las experiencias de éxitos y fracasos académicas, atléticas e interpersonales. Otros factores de riesgo en lo académico es la presencia de maestros los cuales no cumplen con el entrenamiento para el manejo de niños que poseen el trastorno. De igual manera, el fracaso académico se ha visto que aumenta la probabilidad de que se desarrolle un trastorno de la conducta y delincuencia en el futuro (Kellam et al., 1991; Patterson, Reid, & Dishion, 1992;

Tremblay, Pagani-Kurtz, Mase, Vitaro, & Pihl, 1995; citado por Burke & Romano-Verthelyi, 2018). Todos estos factores juntos, dependiendo de la edad del niño o niña son predictores de mantener los síntomas a lo largo del tiempo. Para Harvey, Metcalfe, Herbert, & Fanton (2011) el que estos se presenten en conjunto desde la edad de tres años muestra que los síntomas de desafiante oposicional tienden a agravarse y mantenerse para la edad de 6 años.

En relación al desempeño en funciones ejecutivas, la investigación presente sobre el trastorno muestra que esta podría estar asociada al mismo aunque los estudios muestran resultados que pueden considerarse contradictorios. Por un lado existen trabajos que muestran la existencia de dificultades en memoria de trabajo, memoria de largo plazo, funciones ejecutivas centrales, entre otros (Rhodes, et al, 2015; citado por Xu, Jiang, Du, Li & Fan, 2017). Sin embargo, la investigación se presenta continuamente en conjunto con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, por lo cual en otros estudios no se puede demostrar un déficit en funciones ejecutivas por parte de los menores con trastorno desafiante oposicional.

A pesar de los diversos síntomas que se muestran en este trastorno y sus diferentes orígenes y factores de riesgo se debe tomar en cuenta que otro factor importante es la desregulación presente en el trastorno. Estudios demuestran que esto están presentes en varios tipos de psicopatología, mas en menores de edad es común en el trastorno desafiante oposicional (Stringaris, & Goodman, 2009). Los estudios demuestran que al tener padres o madres con factores de riesgo como depresión se ha comprobado que los menores de edad tienen una mayor dificultad en regular emociones (Lavigne, Gouze, Hopkins, Bryant, & LeBailly, 2012). De igual manera la falta de regulación emocional puede verse asociada al tipo de apego que posee el menor de edad en relación con sus padres o cuidadores primarios. Para esto Moss et al. 2006, identificó que el poseer un apego controlador y ambivalente o

dependiente tiene mayor probabilidad de presentar conductas externalizantes. Lo que para el futuro se verá como una forma de atraer la atención de los cuidadores y se podría convertir en un patrón mal adaptativo con la edad. Así también este tipo de control debido al apego puede generar en los niños la creencia de que no pueden manejar los desafíos de comprometerse de manera competente con los demás y verlos como una amenaza potencial, pueden demostrar comportamientos de lucha o huida, es decir, agresión acompañada por un efecto temeroso, en el que los niños agreden para protegerse de amenazas (Jacobvitz & Hazrn, 1999 citado por Moss et al., 2006). Por otro lado, Jiand, Li, Du y Fan (2016), LA se encuentra presente la desregulación emocional en relación a emociones negativas desreguladas como principal efecto, debido a esto se encontró que los aquellos que padecen de este trastorno pueden tener una falta de habilidad para planificar el cual está asociado.

2. Terapia Dialéctica Conductual

La terapia dialéctica conductual es una corriente terapéutica la cual fue propuesta por Marsha Linehan en 1993 para trabajar en torno a pacientes suicidas y que mostraban sintomatología de trastorno de personalidad límite. Esta se basa en realizar terapia individual y grupos en los cuales se puedan entrenar en habilidades, entrenamiento por teléfono, y un grupo de terapia para consultarse. A raíz de esta presentación original se realizaron diversas investigaciones para poder aplicar la terapia dialéctica conductual para el tratamiento de otros trastornos.; estos estudios demostraron que fue efectivo para el trabajo con desórdenes alimenticios, depresión resistente al tratamiento, entre otros. En relación a los síntomas los estudios demuestran que el uso de las técnicas presentes en la terapia ayudan a que los intentos de suicidios se reduzcan, disminuyen las autolesiones, dificultades en regulación emocional y problema interpersonales.

El tratamiento se desarrollo a partir de la terapia cognitivo conductual y se adaptó para poder trabajar de forma más efectiva en los diversos trastorno, especialmente con

trataron límite de la personalidad (Linehan, 2014). Esto se dio debido a que muchas de las técnicas que se encontraban presentes en la terapia cognitivo conductual podía percibirse como invalidantes de la experiencia del paciente, su forma de actuar con otros, o sus comportamientos frente a eventos o situaciones. Por lo cual, según menciona Robins (2002), esta terapia fue modificada con el objetivo de validar la experiencia del paciente y entenderla desde el contexto en el cual se desarrolló. Se puede decir que en esta terapia hace énfasis en aceptar la experiencia de la persona debido a los eventos que se presentaron en su contexto de vida.

Esta teoría, según como lo menciona Linehan (2014), también se da a la par de la teoría biosocial y dialéctica del desorden, límite de la personalidad, y enfocándose principalmente en el rol que tienen las dificultades de regulación emocional, tanto para el descontrol como el sobre control de las mismas, y el comportamiento. La dialéctica por otro lado se la emplea en esta teoría a través de principios mencionados por Linehan (2014) los cuales buscan primero interrelación y totalidad, el segundo es el principio de polaridad, y el tercero es el principio de cambio continuo. Así también se hace énfasis en la búsqueda de un medio entre las polaridades que se pueden encontrar en el día a día (Robinson, 2002). Esto quiere decir que el trabajo se realiza en encontrar un punto de equilibrio en el pensamiento, comportamiento, emocionalidad de la persona; entendiendo y validando su experiencia desde un extremo u el otro y buscando llegar un acuerdo entre ambos. En relación a lo biosocial, expone como la desregulaciones es desarrollada y se mantiene tanto por factores sociales como por factores biológicos, y como la interacción entre estos ha facilitado que se presente, evolucione y se mantenga el problema (Dobson & Dozois, 2019). Esto quiere decir que busca explicar como la presencia de estas influyen en el problema actual del individuo.

Emplea técnicas de mindfulness, efectividad interpersonal, regulación emocional y tolerancia al malestar. Estas con el objetivo de cambiar patrones de comportamiento

disfuncionales, y cambiar en relación a como piensan, como se desenvuelven con otras personas y como piensan de otros. La desregulación emocional se ha visto como un patrón presente en diversas psicopatologías, la cual esta vinculada a patrones de inestabilidad emocional, falta de control de impulsos, relaciones interpersonales, y el auto imagen del individuo al que le afecta (Linehan, 2014). De igual manera se encuentra relacionada a diversas patologías que se encuentran presentes en el Axis I, trastornos de atención e hiperactividad, desordenes de estado de ánimo, problemas de conducta, ansiedad, entre otros (Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2014). En otras palabra, este es un factor que se puede encontrar en una amplia variedad de situaciones, trastornos y desordenes por lo cual la terapia dialéctica conductual busca trabajar en relación a este componente de forma efectiva. Así también se debe tomar en cuenta que la persona que poseer esta predisposición, que puede ser genética, prenatal, postnatal por trauma, factores del ambiente, representan una vulnerabilidad emocional (Dobson & Dozois, 2019). Esta busca que la regulación emocional se de cómo respuesta después de que esta ya se ha desencadenado. Lo que quiere decir que busca ser efectiva para cuando la desregulación emocional ya se encuentre, por ejemplo, cuando al ira surge se implementan las técnicas de la terapia dialéctica conductual.

Mindfulness o Conciencia plena.

El Mindfulness o atención plena es de las primeras técnicas presentes en el manual para el trabajo con psicopatología. Para Linehan (2014) esta es una de las técnicas centrales en la terapia y es de las primeras técnicas en enseñarse tanto en terapia como en los grupos de entrenamiento en habilidades. En esta se expone la calidad de conciencia o presencia a su día a día. Todas las técnicas que se derivan de este concepto buscan que la persona practique, intencionalmente, el proceso de observar, describir, y participar en su realidad sin prestarle juicios de valor, y con efectividad.

Para poner en práctica este tipo de técnica se puede contrastar la atención plena que es el estar alerta, consciente, presente en el momento; con actividades y comportamientos automáticos, habituales o de memoria (Linehan, 2014). En otras palabras se busca que la persona sea consciente del momento, de los eventos que están sucediendo, de lo que percibe y lo que ve en su entorno; en contraposición a lo que sería realizar una actividad que se hace de forma automática sin pensar en sus componentes o motivaciones. También se puede contrastar la conciencia plena con rechazar, reprimir, bloquear o evitar tomando a estos como estar fuera de la mente o de la existencia, mientras que al estar en la atención plena es estar en el momento (Baer, 2015).

Así también se debe recordar que este es una habilidad que se consigue a través de la práctica, de constantemente poner atención al momento. En este proceso se debe estar en el aquí y ahora sin juzgarlo y esto requiere de esfuerzo para dejar ir pensamientos, emociones, sensaciones actividades, eventos, o situaciones de la vida. Lo que quiere decir que esta es una practica que busca mostrarle a quien la ponga en práctica el entrar en el momento, ser consciente de todo y funcionar desde esa conciencia (Linehan, 2014). Esta también se convierte en una forma de vivir, en la cual se direcciona la atención a un solo objetivo o un solo momento y este es al estar vivos. Se debe recordar a los pacientes que esta es una practica que efectivamente va tener momentos que son difíciles de mantener la atención, pero recordarles que esto va a pasar y que las dificultades pueden resurgir.

Esta se suele confundir con la meditación, sin embargo no son lo mismo. La meditación es la practica de estar plenamente en el momento al estar sentado o parado en silencio por un periodo de tiempo (Linehan, 2014). La meditación contiene mindfulness, pero el mindfulness no necesita de meditación para poder ponerla en practica, Se debe mencionar que existe también una practica de medicación con atención plena, donde este se puede practicar el abrir la mente o enfocar la mente. El abrir la mente es la practica de observar o

ver lo que viene con atención, o en el caso de tener una meditación mindfull es ver los pensamientos emociones y sensaciones sin aferrarse o evitarlos. Mientras que el enfocar la mente es centrar la atención en eventos tanto internos como externos. Esto quiere decir que se puede enfocar en sensaciones corporales, emociones, pensamientos. Esta también le da la posibilidad a la persona a morse dentro o fuera de la experiencia. Fuera como un observador atento a lo que sucede y dentro y aceptar lo que es. Por otro lado, Las habilidades centrales del mindfulness son la mente sabia, las habilidades y “what” “how”. Así también hay habilidades de Mindfulness orientadas desde una perspectiva espiritual como: bondad amorosa, balance entre la mente que hace y la mente que es, caminar por la ruta de en medio. Estas ultimas habilidades están orientas a experimentar a la realidad como es, cultivar la sabiduría, permitir dejar ir los apegos, aceptar radicalmente la realidad, aumentar el amor y la compasión tanto hacia uno mismo como con otros (Linehan, 2014).

En el primer apartado las habilidades centrales, comienzan con la mente sabia, este es buscar un acuerdo entre la mente emocional y la mente lógica. En este se busca un equilibrio entre la mente que ve objetivamente las situaciones, hechos y eventos sin emocionalidad, con la mente emocional la cual ve las emociones como ira, alegría, entre otros. Las habilidades “What” estas buscan que la persona viva con conciencia a través de tres principales conceptos. El primero es el observar, enfocar la atención a los eventos, emociones y respuestas, y no dar un juicio de valor. Es dar un paso a tras y ver todo el panorama, experimentar el momento. El segundo es describir tanto a los eventos como a las respuestas personales ante el evento en palabras; esto permite que se de etiquetas al comportamiento y a los eventos para poder desarrollar comunicación y auto control. El tercero es participar, es entrar por completo en el momento no separarse de el sino estar presente en todo lo que significa o sucede (Linehan, 2014).

En segundo lugar, las habilidades “How” esta requiere que se enfoque la atención el como poner en práctica lo anterior, esta a su vez esta dividida en tres conceptos principales. El no juzgar, esto quiere decir tener un acercamiento que no de valores como si algo fuera bueno o malo. Esto también ayuda a distanciarse de conceptos de idealización o devaluación hacia la persona. El siguiente es “One-Minfully” habla sobre la calidad de la concienciación u atención, enfocarse en una sola actividad sin distraerse con otros estímulos del ambiente o internos que se ven desencadenados por el mismo. Finalmente la efectividad, este está direccionado a reducir la tendencia a actuar como creen que está correcto, ver que están en la razón debido a que muchas veces uno tiene que ceder (Linehan, 2014).

Efectividad interpersonal.

La siguiente técnica que se emplea en la terapia dialéctica conductual es la Efectiva interpersonal. Para trabajar con esta Linehan (2014), busca trabajar en relación a tres aspectos principales. En primer lugar, que el individuo logre alcanzar metas y objetivos a la par que cuida sus relaciones interpersonales y mantiene el respeto propio. En segundo lugar, busca que aprenda a desarrollar y mantener relaciones enfocándose en así disminuir el aislamiento que se presenta; a través de encontrar amistades y desarrollar la sensibilidad y las habilidades de comunicación necesarias. En tercer lugar, el camino de en medio, busca cubrir las habilidades necesarias para poder equilibrar la aceptación y el cambio en las relaciones (Linehan, 2014).

Primero, las técnicas asociadas a alcanzar objetivos, a mantener relaciones y auto respeto. En esta se busca perfeccionar las formas de pedir por aquello que necesita, el decir no y resolver conflictos interpersonales hábilmente, también le permite identificar a la persona que factores pueden disminuir la efectividad en sus relaciones interpersonales (Linehan, 2014). Las dificultades se presentan en el momento de aplicación de estas

habilidades, en diversas ocasiones se puede conceptualizar el como resolver problemas para un tercero pero el momento en que se debería poner el conocimiento en práctica es donde surgen las dificultades. Para lograr que estas técnicas se adquiriera se necesita de mucha práctica, retroalimentación, y aplicación para lograr realmente llamarlas habilidades (Linehan, 2014). En la ausencia de estas, se puede ver que se presentan las dificultades con otros debido a que puede darse por faltas de tolerancia la malestar, en el cual no tolera el miedo, la ansiedad, o la frustración del presente evento. Otro tipo de problema asociado a la falta de la efectividad interpersonal es la desregulación emocional, en el cual puede llevar a problemas para hacer que la ira, frustración, o miedo a las reacciones de otra persona, disminuya. Los objetivos en la efectividad se denominan DEAR MAN. Este busca que a través de describir hechos, expresar sentimientos, pedir por lo que necesitas y decir claramente no, reforzar al explicar las consecuencias tanto positivas como negativas, mantenerse mindful, parecer confiado, y negociar. Para una relación interpersonal efectiva se emplea el concepto de GIVE: ser gentil, actuar interesado en la personal, validar la experiencia del otro y aplique una forma sencilla. Finalmente para el auto respeto se usa el FAST: ser justo, no usar disculpas excesivas, mantenerse a los valores, y ser sincero y no inventar excusas (Linehan, 2014).

Segundo, crear relaciones y terminar con aquellas que son destructivas. Para esto Linehan (2014), propone que se debe activamente buscar personas con las cuales pueden ser amigos, tener atención plena con otros, como terminar relaciones con otros, y como ir en el camino del medio buscando el equilibrio entre ambos. En el primer caso se busca que la persona identifique posibles amistadas, por ejemplo a través de gustos compartido. Tener atención plena en el otro busca desarrollar a ser más sensible con las necesidades de las otras personas, se puede describir las reacciones, pensamientos, sentimientos de uno mismo y el otro para así evitar juicios de valor. El como terminar relaciones empieza fortaleciendo la

capacidad de decir no, identificar sus propios límites, tener mayor regulación emocional, ser más compasivo con sí mismo.

Tercero, el camino de en medio, se creó como producto del trabajo con familias, especialmente de padres de adolescentes, para equilibrar la aceptación y el cambio (Linehan, 2014). Para este se emplea la dialéctica, validación y estrategias para cambiar el comportamiento. La dialéctica, primero se enfoca en el aquí y ahora y pone la atención en conductas inmediatas y los patrones, segundo la realidad se compone de fuerzas opuestas internas por lo cual existen dos polos; finalmente, la dialéctica asume que la naturaleza de la realidad es el cambio. La validación, en este apartado se busca profundizar su significado y promover la empatía, y el no dar juicios de valor a los otros, solo describir la experiencia y escuchar a otros. Estrategias para el cambio de comportamiento, habla sobre el enseñar habilidades específicas para el manejo de contingencias; a través del uso del refuerzo positivo y negativo, la configuración, la extinción, la saciedad y el castigo.

Habilidades de regulación emocional.

En esta se busca que la persona regule su emocionalidad, debido a que la falta o los problemas en este aspecto, pueden generar dificultades en el comportamiento; ya que las emociones que suelen necesitar modularse son consideradas negativas y un problema a solucionarse (Linehan, 2014). Como resultado las personas tienen a mostrar comportamientos considerados como disfuncionales los cuales pueden ir desde comportamientos suicidas, consumo de sustancias, comer en exceso, supresión emocional, sobre controlar, y caos en su ámbito interpersonal. En diversas ocasiones las personas que tienen una alta intensidad emocional se benefician de este entrenamiento. Sin embargo, el trabajo en las mismas es complicado debido a que a lo largo de sus vidas las personas a su alrededor han tenido una respuesta que desapruueba las emociones que expresa por lo tanto envían el mensaje de que no pueden sentir lo que están sintiendo. Por esto para poder

entrenar a alguien en que aprenda a manejar sus emociones se debe crea un contexto en el cual la persona valide sus propias emociones. Para esto se emplea el nombrar y entender las emociones, cambiar emociones no deseadas y manejar emociones extremas.

Para comenzar, el entender y nombrar las emociones, busca que la persona identifique las funciones que cumplen las mismas, identifica las dificultades en cambiar las emociones, entender la naturaleza de las emociones y aprender como identificar y etiquetar emociones (Linehan, 2014). El entender las emociones es de los primeros pasos para poder cambiar los comportamientos poco efectivos asociados a la desregulación emocional. Las funciones de las emociones, según Linehan (2014), son comunicarse con las personas a su alrededor y motivar a la persona. En relación a la comunicación se puede ver a que influye y controla el comportamiento de los otros y también ayuda a ser consciente de señales de alerta. El identificar las dificultades para cambiar emociones puede estar relacionado a lo biológico de la persona, a su sensibilidad y la intensidad con la que el individuo la expresa o la percibe. Finalmente, identificar y etiquetar a las emociones, se da a través de observar la respuesta motivada por la emoción y el contexto en el cual esta se está expresando (Linehan, 2014).

Por otro lado, el cambiar las emociones no deseadas, busca cambiar respuestas emocionales al aprender a revisar los hechos, tomar acciones opuestas a lo que la emoción sugiere, y buscar soluciones (Linehan, 2014). El revisar los hechos habla sobre como las emociones son reacciones de interpretaciones que se dan del entorno, el revisar si esta información funciona en relación al contexto o si son creencias de la persona, o si se están ajustando los hechos para encajar con la creencia. La resolución de conflictos, habla sobre como en diversas ocasiones se presentan situaciones las cuales van a dar comienzo a una activación emocional elevada, la cual dificulta la regulación, sin embargo es una búsqueda activa de formas para cambiar el evento y así regular al individuo. La acción opuesta, es hacer lo contrario a lo que frecuentemente se haría; esto quiere decir que se debe actuar,

cambiar la expresión facial o la postura corporal. Por ejemplo, si la emoción que surge es el temor al acercarse a un perro, la acción opuesta sería acariciarlo. El buscar soluciones ayuda a identificar actividades en las cuales puede desarrollarse, auto control, eficacia y competencia. El cuidar de si mismo o habilidades PLEASE: en este se busca crear un balance entre lo que se come, un horario de sueño adecuado, hacer ejercicio, recibir y tratar enfermedades, y mantenerse lejos de drogas o medicamentos auto prescritos.

El manejar emociones extremas, se da a través de mantenerse en el aquí y ahora de las experiencias. Este se da a través de técnicas de mindfulness para poder enfocarse y prestar atención a la emoción, identificar el momento en el cual no se ha aplicad la habilidades, y recurrir a las habilidades de tolerancia a la angustia (Linehan, 2014). La atención plena de las emociones del momento significa sin evitarlas, tratar de suprimirlas, distraerse de ellas. Se trata de exponerse a las emociones negativas para que así no activen otras emociones negativas secundarias, y pueda desarrollarse mayor tolerancia. Identificar puntos de quiebre en las habilidades, es importante debido a que en diversas ocasiones la actividad emocional se eleva hasta que la persona identifica un punto de quiebre, y en este los pacientes deben aprender a manejar la crisis (Linehan, 2014).

Técnicas de tolerancia al malestar.

Las técnicas de tolerancia al malestar son las últimas dentro del manual de entrenamiento en técnicas de la dialéctica conductual. Para Linehan (2014), esta es una de las habilidades más importantes debido a que el dolor y el estrés son parte de la vida y realmente no puede ser reprimido o evitado, y este es una forma de cambiarse así mismo. Este se enfoca principalmente en el tolerar el malestar, sobrevivir la crisis y aceptar la vida en el momento.

Habilidades para sobrevivir a la crisis son soluciones a corto plazo para situaciones dolorosas (Linehan, 2014). El objetivo principal de estas técnicas es hacer que la situación que se identifica como dolorosa sea más tolerable y así lograr que el paciente no actúe de

forma impulsiva y no empeore la situación. Para esta se encuentran presentes seis aspectos los cuales exponen como sobre llevar esta activación emocional y conductual. La habilidad de STOP, es la primera y ayuda a la persona abstenerse de actuar de forma apresurada o repentina, a través de detenerse, dar un paso atrás, observar y proceder con atención plena. En segundo lugar, pros y contras, por medio de esta se plantea una estrategia para toma de decisiones, es pensar tanto en las consecuencias positivas como las negativas de actuar de forma impulsiva. La tercera es la habilidad TIP, este consiste en cambiar la química corporal de forma rápida a través de la temperatura, ejercicio intenso, respiración pausada y relajación muscular; para así disminuir la activación. La cuarta son las técnicas de ACCEPTS, en esta se busca reducir el contacto con los estímulos emocionales y distraerse a través de: actividades que no vayan de acuerdo con la emoción, contribuir, comparar la situación actual con la de otras personas, alejarse de la situación, pensamientos y sensaciones. Esto quiere decir que la persona puede emplear diversas formas de distraerse por ejemplo corriendo, comparar su caso con el de otros que ellos consideran que están en situaciones más complicadas que ellos. La quinta es la auto calma, estrategias para activar los cinco sentidos como la vista, el olfato, el gusto, el tacto, el auditivo; que hagan sentir al cuerpo más comfortable. La sexta es mejorar el momento, puede ser a través de imaginación, darle un significado, rezar, hacer actividades que relajen, enfocarse en una cosa del momento, vacaciones y ánimo (Linehan, 2014).

De igual manera se encuentran las habilidades para aceptar la realidad. Estas buscan reducir el sufrimiento y aumentar la libertad cuando hechos dolorosos no pueden ser cambiados de forma inmediata; para esto se encuentran cinco formas de aceptar la realidad (Linehan, 2014). La aceptación radical, consiste en aceptar completa y totalmente los hechos de la realidad; no pelear con ella pero tampoco consiste en estar de acuerdo o en desacuerdo. Es el entender a la situación y como eso le hace sentir sin embargo no hay nada que se pueda hacer al respecto. El cambiar la mente se dificulta debido a que en varios escenarios el

aceptar la realidad de los mismos parase irreal; pero este es el elegir aceptar lo que la realidad es. El estar dispuesto es diferente tener la voluntad para, el estar dispuesto implica entender que los sucesos de la vida son parte de un proceso que supera al individuo mientras que la voluntariedad es intentar controlar, dirigir o manipular. La técnica de media sonrisa y manos dispuestas, la aceptación de la realidad también se da a través de la expresión corporal. La atención plena de los pensamientos actuales es distanciarse y verlos de forma neutral como creencias del mundo mas no como una verdad absoluta (Linehan, 2014).

Finalmente, el uso de habilidades cuando la crisis es una adicción, estas se desarrollaron para poder trabajar con personas que pasaron por dependencia de drogas (Lineha, 2014). La primera técnica es la abstinencia dialéctica, esta se aplica para prevenir la recaída o para evitar que el progreso vuelva a un estado en el cual no se hacia nada. Una mente clara, es el equilibrio entre una mente adicta y una mente limpia de la substancia. La comunidad del reforzamiento, esta se enfoca en construir y mejorar a la comunidad que va a recompensar la abstinencia en vez de a la adicción. El quemar los puentes y crear nuevos significa que activamente se va eliminando posibles potenciadores de la adicción y al encontrar sensaciones físicas e imágenes mentales para completar la urgencia de consumir. Finalmente, la rebelión alternativa y negación adaptativa, en esta se busca enfocarse en actividades para nombrar las formas de expresión que son adaptativas.

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

El objetivo de este estudio es el determinar la influencia del uso de técnicas de la terapia dialéctica conductual tales como mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional, en la remisión de síntomas de desregulación emocional en niños ecuatorianos diagnosticados con Trastorno desafiante oposicional. Se emplearán estas dos técnicas debido a que el mindfulness ayuda a que los individuos vivan con conciencia de su entorno para poder así eliminar las conductas dependientes de la emocionalidad y puedan aprender a describir su comportamiento y aprender formas más adaptativas de relacionarse (Linehan, 2014). Por esta razón se emplearán diversas herramientas las cuales prestaran indicadores de el estado del menor antes de la intervención y posteriormente se las realizará nuevamente después de concluir con la intervención, para identificar si se presentó un cambio en relación a los síntomas previamente expuestos. Para esto se empleará el CONNERS, BRIEFF II, y entrevista a padres. Estos se emplearán previamente a proporcionar las estrategias de mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional, y posterior a eso.

Se empleará un modelo cuantitativo para la presente investigación puesto que se realiza un análisis para determinar cómo el emplear técnicas de la dialéctica conductual ayuda a disminución de síntomas asociado al trastorno desafiante oposicional; esto quiere decir que busca indagar sobre la relación entre ambas áreas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). Esto a su vez busca identificar el comprobar la hipótesis previamente presentado a través de la recolección de datos empleando procedimientos estandarizados los cuales apoyen a la credibilidad y validez del estudio. Ya que se busca que la investigación a través de esto sea lo más objetiva posible, en la cual la recolección de datos se da de forma

estructurada y así también puede permitir generalizar los resultados a un ámbito fuera de la muestra.

Para esto así también se tiene un diseño experimental de test sobre un único grupo con un pre-test y post-test. Lo que quiere decir que la valoración se dará antes y después de implementarse los cambios (Leedy, & Ormrod, 2013). Por lo cual se dará dos tomas de ambos tests previamente mencionados como la entrevista a padres. Durante la primera toma se aplicará el CONNERS en sus diferentes versiones, tanto a padres como maestros y también al menor de edad. De igual manera se aplicará un BRIEEFF II, el cual será únicamente aplicado a personal educativo y a padres. Posteriormente se dará una segunda toma nuevamente de los test previamente mencionados. Así también se debe tomar en consideración que dentro de un modelo de investigación cuantitativo se debe identificar las variables dependientes e independientes que se encuentran presentes (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). La variable independiente es el entrenamiento de técnicas de la dialéctica conductuales como mindfulness y tolerancia al malestar; mientras que a variable dependiente es la disminución de la desregulación emocional presente en el trastorno. Lo cual será medido a través de CONNERS y BRIEEFF II.

Participantes

La muestra se extraerá de un ambiente educativo público en la parroquia de Cumbayá. Los estudios muestran que este es un trastorno que se encuentra presente especialmente en menores de familias en un estado socio económico bajo (Vásquez, Fera, Palacios & De la Peña, 2010). Adicionalmente, se debe tomar en consideración que dentro de la parroquia de Cumbayá se muestra que los indicadores en educación y asistencia sobrepasa de la media nacional (CAPSERVS Medios, 2015). Por otro lado, la edad se delimitó a la tercera infancia debido a que los menores dentro de este grupo de edad comparten características similares en cuando al desarrollo físico, cognitivo, emocional y social (Papalia, Olds, & Feldman, 2011).

Debido a las herramientas de medición empleadas, estas son aplicables únicamente a cuidadores y maestros de niños y niñas de entre 5 o 6 a 18 años de edad en el caso del Conners y BRIEF- II.

Para la presente investigación y debido al número de sesiones a aplicarse, los recursos que se necesitan, el implementar las evaluaciones y el análisis de datos, se ha elegido una muestra de 20 participantes los cuales se encuentren entre los 8 a 11 años de edad y cumplan con los criterios establecidos por el DSM-V en relación al trastorno desafiante oposicional. El tamaño de la muestra se obtuvo como resultado de la aplicación de la fórmula: $n = \frac{z^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1) + (z^2 * p * q))}$, la cual proponen Hernández, Fernández y Baptista, (2010) para extraer una muestra probabilística. Para llegar a esta se empleó un grado de confianza del 90% (z), y un margen de error permisible del 10% (e).

Dentro de los criterios de exclusión para la investigación son participantes los cuales tengan psicosis, retraso mental, trastornos previsivos del desarrollo.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Las herramientas ha emplearse en la investigación son Conners 3 y BRIEF II, en conjunto con una entrevista a padres para identificar la presencia de los criterios asociados al trastorno. Esta entrevista buscará evaluar la intensidad, tiempo, duración y apareamiento de los síntomas que ha presentado el menor en relación a conductas de agresividad, entre otros patrones de comportamiento que se pueden presentar en el trastorno.

En primer lugar, el Conners 3, en esta versión, busca evaluar escalas de: psicopatología general, inatención, hiperactividad/impulsividad, dificultades del aprendizaje, función ejecutiva, agresión, relaciones con compañeros, relaciones familiares, TDAH tipos inatento, hiperactivo impulsivo y combinado, trastorno desafiante oposicional y trastorno de conducta (Conners, 2008). Tiene un tiempo de aplicación de aproximadamente

20 minutos en su forma larga y 10 en la forma corta. Este posee diversas hojas de aplicación de las cuales una se da Puede aplicarse a padres y profesores con niños de entre 6 a 18 años; mientras que el de auto informe únicamente se aplica desde los 8 a los 18 años de edad. De igual manera, este se estandarizó en 6,835 pruebas que se aplicaron en la población general, entre niñas y niños, con una distribución étnica similar a la población norte americana, con diferentes niveles de educación. Tiene una consistencia interna de .77 a .97 y también una confiabilidad de test-retest- de .71 a .98; coeficientes de confiabilidad entre evaluadores .52 a .94 (Conners, 2008).

En segundo lugar, el BRIEF II, o Behavior Rating Inventory of Executive Function es un test diseñado para medir funciones ejecutivas en una población de menores de edad de 5 años hasta los 18 años (Gioia, Isquith, Gay & Kenworthy, 2017). En este test la tipificación se dio a través de grupos poblacionales de entre los 5 y 18 años de edad, con diferente género, etnia, y nivel educativo de los padres. Posee un tiempo de administración de 10 minutos en su versión completa y de 5 en abreviada. Así también se encuentran versiones para padres, maestros especialmente para niños de 5 a 18, y una versión de auto reporte para niños entre 11 a 18. Debido a que el auto reporte no cumple con la edad que se emplea en la investigación no se aplicará. Posee tres índices principales los cuales hablan sobre regulación de comportamiento, estado emocional y cognitivo. Adicionalmente, posee dos escalas de validez en las cuales se mide infrecuencia, inconsistencia y negatividad. Por otro lado las escalas clínicas presentes son de inhibición, previsión de si mismo, flexibilidad, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, supervisión de la tarea, organización de materiales. Dentro de estos el interés de la investigación es identificar si el índice de regulación emocional presenta algún cambio; ya que en estudios previos se empleó el test para medir la presencia de comportamiento agresivo, exteriorización de problemas (Ezpeleta, Granero, De la Osa, Penelo & Domènech, 2012). El test puede ser

aplicado por profesionales con conocimientos de medición; sin embargo, la interpretación adecuada debe darse en supervisión o con un profesional familiarizado a profundidad con el manual (Gioia, Isquith, Gay & Kenworthy, 2017).

Procedimiento de recolección y Análisis de Datos

Para la presente investigación se planea recolectar la muestra de colegios públicos de la parroquia Cumbayá del cantón Quito de la provincia de Pichincha. Dentro de esta constan un total de 3,912 alumnos en el sistema público de los cuales, en relación a la muestra de edades de entre 8 a 11 años, se encuentran 1.124 alumnos (Sistema de Indicadores Sociales, 2012). El reclutamiento de participantes se dará a través de el contacto con escuelas públicas, especialmente con el departamento de consejería estudiantil, las cuales se encuentran dentro del Plan de Ordenamiento Territorial de la Parroquia Cumbayá, como: Colegio Cristo Rey, Colegio Pedro Echeverría Terán, Colegio Nacional Cumbayá, Escuela Gustavo Vallejo, Escuela Fray Jodoco Rickie, Escuela Carlos Aguilar (CAPSERVS Medios, 2015). Para esto se empleará una solicitud a los padres de familia de la participación de niños entre 8 a 11 años de edad los cuales presenten síntomas tipificados en el trastorno desafiante oposicional, los cuales se encontrarán especificados en la hoja de reclutamiento.

Posteriormente se realizará la entrevista a los padres, en la cual se informará respecto a los objetivos de la investigación, se dará una introducción a lo que responde a la terapia dialéctica conductual, las estrategias a emplearse, tiempo y duración de cada sesión. También se dará una entrevista para recolectar datos de los participantes y también para identificar la presencia de los síntomas, con su duración, intensidad, e inicio. Una vez concluida la entrevista, se procederá a aplicar el Connors a padres para poder identificar poder dar con un diagnóstico del trastorno desafiante oposicional: y se enviará también el modelo para profesores, especialmente al tutor del aula en conjunto con el test a profesores de BRIEF II.

Después de la recolección de datos sobre las evaluaciones aplicadas, se destinará durante una semana el análisis de la muestra para proceder a identificar los participantes.

A continuación se procederá dar el entrenamiento en estrategias de mindfulness y tolerancia al malestar presentes en la terapia dialéctica conductual. El entrenamiento en habilidades dentro de la terapia dialéctica conductual se da en grupos de entre 6 a 8 personas (Linehan, 2014). Por lo cual se constará de dos grupos de 10 niños en cada uno. Esta presenta diversas ventajas en relación a un entrenamiento individual debido a que permite generar interacción con otros lo que hace que su aplicabilidad sea más compleja. Segundo, tienen la oportunidad de tomar validación y entendimiento de sus pares como también aprenden a través de los comportamientos de los otros. Adicionalmente, Linehan (2014), emplea un entrenamiento de 6 meses en habilidades para personas con desregulación emocional. Este será un grupo cerrado y heterogéneo; ya que una vez comenzado el entrenamiento se dará progresivamente durante 12 sesiones; y va a encontrar diversos miembros en género, edad, estatus socio económico. No obstante, debido a que únicamente se van a emplear la mitad de las técnicas presentes dentro de las planificaciones del trabajo, se reducirá a 3 meses en los cuales se darán mindfulness, lo que corresponde a mente sabia, habilidades “what” y “how”. Estrategias de tolerancia al malestar: Pros and contras, cambiar la química del cuerpo, distraerse, auto-calma mejorar el momento, aceptación radical y cambiar la mente. Finalmente, regulación emocional a través de identificar y nombrar emocionales, ver su funcionalidad y como manejar la crisis.

Las sesiones se encontrarán estructuradas de la siguiente manera: ritual inicial, revisión de la práctica de sesión previa, presentación de nuevo material y cierre. Según el manual de entrenamiento en técnicas de la dialéctica conductual se recomienda el usar dos horas aproximadamente por sesión con quince minutos de descanso (Linehan, 2014). Sin embargo; se debe recordar que los niños tienen periodos atencionales más reducidos en

comparación con adultos, y se encuentran en proceso de desarrollo de todas su funciones ejecutivas (Papalia, Olds & Feldman, 2011). Por consiguiente, el tiempo sesión será de 60 minutos una vez por semana.

Finalmente, una vez dado por terminado las 12 sesiones, se hará una reunión con padres. En esta se aplicará nuevamente el Conners a los padres, y se enviarán el formulario para maestros en conjunto con el BRIEF II. Con el fin de presentar un resultado con la mayor validez posible, para el análisis de datos de las evaluaciones aplicadas se empleará un T-test entre grupos, con el objetivo de encontrar una diferencia significativa entre la primera y segunda toma (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Este es una análisis entre grupos en el cual se busca identificar la relevancia de los resultados obtenidos antes de las intervenciones basadas en la terapia dialéctica conductual y después de la misma. Por último, se dará las conclusiones pertinentes y resultados obtenidos de las evaluaciones a los padres en conjunto con las técnicas que fueron impartidas durante las sesiones.

Consideraciones Éticas

Para la presente investigación se tomarán en cuenta las diferentes consideraciones éticas que están vinculadas al trabajo con seres humanos. En primer lugar al tratarse con menores de edad previo a dar comienzo al estudio se dará un consentimiento informado a ambos padres o tutores legales encargados del menor. Tal como estipula el código de ética 3.10 (*Consentimiento Informado*) y 8.02 (*Consentimiento informado en la investigación*) mencionados y explicados por Fisher (2009) basándose en el Código de ética de la APA. En este se menciona que se debe presentar a los participantes toda la información relevante a la investigación. Para esto se da una explicación de los objetivos del estudio, duración, temas a tratarse, herramientas a emplearse, posibles riesgos y beneficios de la participación, como así el permitir que las personas participen puedan solventar sus dudas en relación al estudio. De igual manera, dado que es información de los menores de edad, y se aplicarán diversos

cuestionarios, se entregarán los resultados de las diferentes test aplicados antes y después a los cuidadores principales.

También se les recordará que la participación en el trabajo es completamente anónima ya que no se mostrará información personal del participante, únicamente los resultados obtenidos del análisis de las respuestas presentadas en las evaluaciones. Esto respetando el código 4.01 (*Mantenimiento de la confidencialidad*) y 4.02 (*Discusión de los límites de la confidencialidad*). Por otro lado, se debe recordar a los participantes que la participación dentro del experimento es libre y pueden abandonarlo en cualquier momento que ellos deseen.

RESULTADOS ESPERADOS

Tomando en consideración la información expuesta anteriormente, se puede observar que el trabajo sobre sintomatología asociada al trastorno desafiante oposicional, puede estar vinculada a diversos factores de entre los cuales la desregulación emocional se encuentra presente. Por otro lado, la terapia dialéctica conductual está orientada hacia el trabajo para mejorar la regulación emocional de los individuos en diversos tipos de psicopatología. Debido a esto el entrenamiento en técnicas de este tipo de terapia se puede dar en niños para la remisión de síntomas asociados al trastorno.

Como menciona Linehan (2014), existen pocos estudios sobre el trabajo con niños con trastorno desafiante oposicional; sin embargo estos demostraron una reducción en de conductas problemáticas y aumentó el número de conductas positivas. De igual manera, Nelson-Gray (2006), expone que los padres reportaron una disminución de síntomas asociados al trastorno como las conductas externalizantes y que estos se encuentran asociados a los principales módulos de la terapia dialéctica conductual ya que se les enseñó a los menores de edad regulación emocional, y tolerancia al malestar. Por otro lado, Heliodoro, García-Palacios y Botella (2013), expone que los resultados de dar terapia a menores con sintomatología de desafiante oposicional y comportamientos suicidas tuvo una gran influencia sobre: la sintomatología, comportamientos suicidas, agresividad, dejaron conductas mal adaptativas como consumo de sustancias o auto medicación. En estos se evidencia como el entrenamiento habilidades como mindfulness, tolerancia al malestar y regulación emocional pueden mejorar la sintomatología de los menores de edad. Otros estudios han demostrado que el uso de mindfulness ayuda a traer a conciencia el comportamiento impulsivo que está asociado a la emocionalidad o desregulación emocional

de un momento, a que pueda describirse el comportamiento analizarlo y poder buscar un comportamiento más adaptativo a después (Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2014).

Por otro lado se debe tomar en cuenta el tipo de medida a realizarse para identificar la significancia de los resultados obtenidos. Para el análisis de datos de las evaluaciones aplicadas se empleará un T-test entre grupos, con el objetivo de encontrar una diferencia significativa entre la primera y segunda toma (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Este es una análisis entre grupos en el cual se busca identificar la relevancia de los resultados obtenidos antes de las intervenciones basadas en la terapia dialéctica conductual y después. Para que estos resultados sean válidos se estima encontrar un valor p menor o igual a 0.05 (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

DISCUSIÓN

Al concluir con la presente investigación, es importante retomar la pregunta de investigación propuesta: “¿Cómo el emplear estrategias de terapia dialéctica conductual en niños ecuatorianos de entre 8 a 11 años de edad diagnosticados con trastorno desafiante oposicional permite la remisión de síntomas entorno a desregulación emocional asociados al trastorno?”. Esta surgió debido a que varios de los síntomas y factores de riesgo para desarrollar este trastorno se vieron estrechamente relacionados con la desregulación emocional. Adicionalmente, se debe tomar en cuenta que existen diversos factores en el Ecuador que pueden proporcionar un entorno propicio para que se presente la sintomatología asociada al mismo.

Conclusiones

En conclusión, el explorar un estilo terapéutico el cual se enfoca en trabajar principalmente sobre las dificultades asociadas al manejo emocional es importante. Así también la literatura anteriormente presentada demuestra como el trabajo con las técnicas de la terapia dialéctica conductual: mindfulness, regulación emocional, habilidades de tolerancia al malestar; ayuda a la remisión de síntomas como la ira, agresividad, entre otros, y también aumenta conductas o comportamientos positivos (Linehan, 2014; Neacsiu, Bohus, & Linehan, 2014).

Esto debido a que se entrena al menor de edad en aprender diversas habilidades las cuales le permiten cambiar en varios aspectos de su vida. Por ejemplo el entrenamiento en mindfulness, busca enseñarle a que ponga en equilibrio la mente emocional y racional para poder tener una mente sabia. Con las habilidades “what” busca que la persona este en atención plena de los eventos a su medio sin dar juicios de valor, experimentar el momento, describirlo (Linehan, 2014). Con las técnicas “How” se busca que pueda enfocarse en el

evento sin juzgarlo y que pueda enfocarse únicamente en el evento y así tener conciencia de cómo este puede desencadenar reacciones tanto en el mismo como en el ambiente (Linehan, 2014). En relación a las habilidades de regulación emocional se busca que pueda regular de forma efectiva sus emociones al identificar y etiquetarlas, como también al buscar su función y entender que estas tienen un mensaje tanto para sí como para los otros, y se le da una gama de posibilidades como hacer lo opuesto a lo que la emoción sugiere para tener un comportamiento alternativo al que normalmente presenta. También se trabaja en el autocuidado del menor para si el manejo de las emociones sea más adaptativo, esto se dará a través de crear horarios de sueño, comida, y actividad física. Finalmente, las técnicas de tolerancia al malestar buscan que los individuos identifiquen que esta es una experiencia complicada y que si no se maneja de forma adecuada puede que la situación empeore; para esto se da habilidades para detenerse, realizar actividades que cambien la química del cuerpo como ejercicio intenso, distraerse a través de sensaciones o imaginación (Linehan, 2014).

Limitaciones del Estudio

Dentro de las limitaciones del estudio pueden considerarse diversos factores. El primero es el tamaño de la muestra, debido a que el universo en el cual se debe trabajar para poder generalizar las respuestas a otros ámbitos es reducido, estos resultados pueden no ser significativos en la población clínica del trastorno. Otra limitación que se encuentra es que los grupos de comparación son únicamente con una medida pre y post, esto no se puede compartir con otros grupos con los cuales se puede identificar si este es el tratamiento más adecuado para este trastorno. De igual manera, se encuentra presente el hecho que no se emplearon los cuatro aspectos de la terapia dialéctica conductual y que estas son adecuaciones de la teoría para la presente investigación. Esto quiere decir que no se usaron los diversos componentes de la terapia como el trabajo en consulta privada, el entrenamiento

a padres y amigos, el acceso a entrenadores por teléfono y la terapia grupal. Como así tampoco se implementó el apartado de efectividad interpersonal.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Se recomienda para futuras investigaciones el implementar el tratamiento completo para el trabajo con la terapia dialéctica conductual. Esto quiere decir el prestar el trabajo en conjunto de la terapia individual, el entrenamiento de habilidades en grupos y ayuda a los padres de familia. De igual manera se debería trabajar en psicoeducación a los padres para que tengan un mayor conocimiento sobre el trastorno y lo que conlleva. De igual manera el proporcionarles el entrenamiento en diversas técnicas de la terapia dialéctica conductual ya que se ha visto que el trabajo con padres puede ser un factor importante en la reducción de síntomas en psicopatología y cuando se las proporciona se ha identificado que estos pueden aceptar la presencia de los trastornos en sus hijos (Linehan, 2014). Así también se recomienda que se implemente las técnicas presentes en efectividad interpersonal para que así el menor pueda ver un cambio en sus relaciones con los otros significantes en su vida; especialmente para identificar si este tiene alguna repercusión en la sintomatología asociada a ser desafiante con figuras de autoridad.

Por otro lado, en relación a la metodología se puede considerar el realizar un grupo aleatorio para que se identifiquen grupos control y grupos experimental. Así se puede identificar si los cambios se presentaron en ambos grupos debido al entrenamiento en estrategias de la terapia dialéctica conductual o si estos son resultado del transcurso del tiempo u otras variables.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.).
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ta ed.).
- Baer, R. A. (2015). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*.
- Barry, T. D., Marcus, D. K., Barry, C. T., & Coccaro, E. F. (2013). The latent structure of oppositional defiant disorder in children and adults. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1932–1939. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.08.016>
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. In *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 21-52).
- Burke, J. D., Waldman, I., & Lahey, B. B. (2010). Predictive validity of childhood oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 739.
- q. Conners 3. MHS. Recuperado de: https://www.cognitivecentre.com/wp-content/uploads/Conners3_Brochure_2017_Insequence.pdf
- CAPSERSVS Medios (2015). Actualización del plan diagnóstico de ordanimiento territorial de la parroquia de Cumbayá. Recuperado de: http://app.sni.gob.ec/sni-link/sni/PORTAL_SNI/data_sigad_plus/sigadplusdiagnostico/1768120010001_1768120010001_24-06-2015_21-15-07.pdf

- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173-179.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2019). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Publications.
- Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., Penelo, E., & Domènech, J. M. (2012). Dimensions of oppositional defiant disorder in 3-year-old preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1128–1138. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02545.x
- Fisher, C. (2013). *Decoding the ethics code. A practical guide for psychologists*. Estados Unidos: SAGE Publications
- Gioa, G. A., Isquith, P. K., Gay S. C., Kenworthy L., (2017) *Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva: Manual Técnico*. TEA Ediciones, S. A. U., Madrid.
- Goertz-Dorten, A., Benesch, C., Hautmann, C., Berk-Pawlitzeck, E., Faber, M., Lindenschmidt, T., ... & Doepfner, M. (2017). Efficacy of an individualized social competence training for children with oppositional defiant disorders/conduct disorders. *Psychotherapy Research*, 27(3), 326-337.
- Harvey, E. A., Metcalfe, L. A., Herbert, S. D., & Fanton, J. H. (2011). The Role of Family Experiences and ADHD in the Early Development of Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79(6), 784–795.
<https://doi.org/10.1037/a0025672>
- Heliodoro, J. M., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, 25(2), 158-163.

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Jiang, W., Li, Y., Du, Y., & Fan, J. (2016). Emotional regulation and executive function deficits in unmedicated Chinese children with oppositional defiant disorder. *Psychiatry investigation*, 13(3), 277.
- Lavigne, J. V., Gouze, K. R., Hopkins, J., Bryant, F. B., & LeBailly, S. A. (2012). A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(5), 741-757.
- Leadbeater, B., Thompson, K., & Gruppuso, V. (2012). Co-occurring trajectories of symptoms of anxiety, depression, and oppositional defiance from adolescence to young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(6), 719-730.
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2013). *Practical Research: Planning and Design*. 10th.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. Guilford Publications.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2014). *Child psychopathology*. (3ra ed.). Guilford Publications.
- Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2006). *Treatment of childhood disorders*. Guilford press.
- Ministerio del interior (2011) Estadísticas de violencia familiar 2011: Comparativo a nivel nacional por meses. Recuperado de: <https://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/1.-Comparativo-a-nivel-nacional-por-meses-2011.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2016) Guía de Salud Mental Comunitaria. Recuperado de: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20de%20Salud%20Comunitaria.pdf>

- Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. *Pediatrics*, *125*(1), 75.
- Morales, C. M., García, M., Álvarez, C., Gervás M., Pardo, R., Pérez, Ó., De la torre., M., 7& Santaceru, M., (2015). Guía de intercepción clínica. Universidad autónoma de Madrid.
- Moss, E., Smolla, N., Cyr, C., Dubois-Comtois, K., Mazzarello, T., & Berthiaume, C. (2006). Attachment and behavior problems in middle childhood as reported by adult and child informants. *Development and psychopathology*, *18*(2), 425-444.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. *Handbook of emotion regulation*, 491-507.
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: Promising preliminary findings. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(12), 1811-1820.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(7), 703-713.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2011). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia (11ed.)* México, DF: McGrawHill.

- Papalia, D. E., (2013). *Desarrollo humano*, 12th Edition. McGraw-Hill Interamericana, VitalBook file.
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 9(1), 50-57.
- Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E., & Maughan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 726.
- Sistema de Indicadores Sociales (2012). Alumnado en el sistema publico. Archivo Maestro de Instituciones educativas –ME.
- Spitzer, R. L., & Cantwell, D. P. (1980). The DSM-III classification of the psychiatric disorders of infancy, childhood, and adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(3), 356-370.
- Stringaris, A., & Goodman, R. (2009). Mood lability and psychopathology in youth. *Psychological medicine*, 39(8), 1237-1245.
- Vásquez, J., Feria, M., Palacios, L., & De la Peña, F. (2010). Guía clínica para el trastorno negativista desafiante. México: *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fente Muñiz*.(Serie: Guías clínicas para la atención en trastornos mentales).
- Xu, M., Jiang, W., Du, Y., Li, Y., & Fan, J., (2017). Executive Function Features in Drug-naive Children with Oppositional Defiant Disorder. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(4), 228–236. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216104>

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Convocatoria

Por medio de la presente se comunica a todas las familiar que tengan un hijos de entre los 8 o 11 años de edad, que actualmente formen parte de la comunidad educativa, y cumplan con los síntomas asociados al trastorno desafiante oposicional, (la cual será detallada a continuación).

La finalidad de esta investigación es determinar si estrategias de la Terapia Dialéctica Conductual ayuda a la remisión de síntomas presentes en el trastorno desafiante oposicional asociados a la desregulación emocional. La duración de este estudio será de un total de 3 meses, que corresponden a 12 sesiones, las cuales tendrán una duración de 60 minutos una vez por semana. La primera sesión se contará con la presencia únicamente de los padres para realizar una entrevista con los mismos en la cual se darán los objetivos de investigación, explicación sobre las técnicas en relación a las que se trabajará y los resultados esperados, así también hará una entrevista a los padres y finalmente se aplicarán el Conners 3 y se enviará para que se aplique a los maestros el BRIEF-II y el protocolo de Conners 3, los cuales serán entregado una semana después de la entrevista. La participación en este ejercicio es por voluntad del participante y este podrá retirarse en cualquier momento durante la investigación si así lo desea. Debido al numero de participantes y al tiempo de aplicación los cupos se han visto disponibles a 20 menores de edad.

Adicionalmente, aquellos que deseen formar parte de esta investigación se beneficiarán en que al finalizarla se entregarán los resultados de ambas tomas de sus hijos y se les proveerá a los padres información de las técnicas empleadas para que puedan aplicarlas y reforzarlas en casa. De igual manera con su ayuda puede enriquecerse el conocimiento en relación del trastorno en ecuador y poder poner en práctica diferentes estrategias para tratarlo

en el futuro. Quienes deseen participar podrán contactarse con Isabel Brito, la persona titular de la investigación, al 0998201126 o al correo electrónico: ibrito@estud.usfq.edu.ec o al pamelabrito2009@hotmail.es. A continuación se encontrará con una lista de los síntomas asociados al trastorno desafiante oposicional.

A. Un patrón de enfado/ irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta por lo menos con cuatro síntomas de cualquiera de las categorías siguientes y que se exhibe durante la interacción por lo menos con un individuo que no sea un hermano.

Enfado/irritabilidad

1. A menudo pierde la calma.
2. A menudo está susceptible o se molesta con facilidad.
3. A menudo está enfadado y resentido.

Discusiones/actitud desafiante

4. Discute a menudo con la autoridad o con los adultos, en el caso de los niños y los adolescentes.

5. A menudo desafía activamente o rechaza satisfacer la petición por parte de figuras de autoridad o normas.

6. A menudo molesta a los demás deliberadamente.

7. A menudo culpa a los demás por sus errores o su mal comportamiento.

Vengativo

8. Ha sido rencoroso o vengativo por lo menos dos veces en los últimos seis meses.

B. Este trastorno del comportamiento va asociado a un malestar en el individuo o en otras personas de su entorno social inmediato (es decir, familia, grupo de amigos, compañeros de trabajo) o tiene un impacto negativo en las áreas social, educativa, profesional u otras importantes.

C. Los comportamientos no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico, un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno depresivo o uno bipolar. Además, no se cumplen los criterios de un trastorno de desregulación perturbador del estado de ánimo.

Agradecemos de antemano su tiempo y colaboración

Atentamente,

Isabel Pamela Brito Rovalino

ANEXO B: 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: *¿Cómo el emplear estrategias de la terapia dialéctica conductual permite la remisión de síntomas del trastorno desafiante oposicional en niños ecuatorianos de entre 8 a 11 años de edad?*

Organización del investigador: *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal: *Isabel Pamela Brito Rovalino*

Datos de localización del investigador principal: *098201126 o a pamebrito2009@hotmail.es*

Co-investigadores: *no aplica*

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 ha sido invitado a participar en un investigación sobre como el emplear técnicas de la terapia dialectica conductual, terapia que se usa para mejorar la regulación emocional, tolerar las emociones como la ira, y mejorar las relaciones con otros en su entorno diario; busca disminuyan los síntomas que se encuentran en el trastorno desafiante oposicional.

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)

El proposito del estudio se enfoca en seleccionar 20 niños a través de colegios del sector público porvniientos es de la parroquia de cumbayá, los cuales tengan entre 8 a 11 años de edad que presentes sitomas asociados al trastrono desafiante oposicional. De los 20 niños se los asignará en dos grupos los cuales recibirán entrenamiento en estrategias de la Terapia dialectica conductual. En este estudio se busca identificar si la terapia dialectica conductual ayuda a la dismininución de síntomas vinculados a este trastrno.

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)

En primer lugar para esta investigación se administrará a los padres de los 20 niños la evaluacion conners y se enviará asus maestros el connres pa 3 yael brief-II. Esta priemra sesión tambien se realizará una entrevista a apdres para identificar la presencia de los sintomas aasociados al trasrno. Trandrá una duracuñon de 30 minutos aproximadamente. Posteriormente si los niños cumplen con los parametros de inclusion propuesto or los investigadores, se procederá a tener tres meses, 12 sesiones cada sesion con una duracion de 60 minutos, en estrategias de la terpaia dialectica conductual que sconsisten en regulacion emocional, mindfulness, regualacion emocional y tolerancias al malestar. Una vez que se concluya el entrenamiento en estas estrategias, se aplicará nuevamente el conners 3 tanto a maestros como a padres y se ralizará una nalizis de datos, para ver cambios antes de la administacion y depsues de la misma.

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)

Pueden existir riesgos emocionales, debido a que estos entrenamientos se encuentran relacionados a la regulación emocional de los menores estos se enfrentarán a situaciones donde se encontrarán ejemplos y eventos relacionados a las emociones, estos riesgos son únicamente al corto plazo cuando comience el experimento. Por otro lado, no existen riesgos físicos ni al corto, ni al largo plazo.

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 comité de Bioética tendrán acceso.
- 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 cuanto 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 decirselo 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 0998201126 que pertenece a Isabel Brito, o envíe un correo electrónico a ibrito@stud.usfq.edu.ec o al pamelabrito2009@hotmail.es

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

Consentimiento informado *(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)*

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.

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 C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Escala de Connors para Maestros - Revisada (S)

C. Keith Connors, Ph.D.

traducido por Orlando L. Villegas, Ph.D.

Nombre del Niño(a): _____ Sexo: Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Grado de Instrucción: _____
Mes Día AñoNombre del Maestro: _____ Fecha de Hoy: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen en la escuela. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con lo ocurrido durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) "¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes?" e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 ó 2 para respuestas intermedias. Por favor responda a todos los ítems.

	NO ES CIERTO (Nunca rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
2. Desafiante	0	1	2	3
3. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
4. Olvida cosas que ya ha aprendido	0	1	2	3
5. Perturba a otros niños	0	1	2	3
6. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
7. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
8. Pobre capacidad para deletrear	0	1	2	3
9. No se puede estar quieto(a)	0	1	2	3
10. Rencoroso(a) y vengativo(a)	0	1	2	3
11. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
12. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
13. Pobre capacidad para la lectura	0	1	2	3
14. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
15. Discute con los adultos	0	1	2	3
16. Presta atención sólomente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
17. Tiene dificultad para esperar su turno	0	1	2	3
18. No tiene interés en el trabajo escolar	0	1	2	3
19. Distráido(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
20. "Berrinches", "pataletas", explosivo(a), de conducta impredecible	0	1	2	3
21. Corre, se sube a la cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3
22. Pobre capacidad para la aritmética	0	1	2	3
23. Interrumpe o se entromete con otros (en conversaciones o juegos ajenos)	0	1	2	3
24. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
25. Nunca termina las actividades que comienza	0	1	2	3
26. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
27. Excitable, impulsivo(a)	0	1	2	3
28. Incansable, siempre está haciendo algo	0	1	2	3

SPANISH

Escala de Conners para Padres - Revisada (S)

C. Keith Conners, Ph.D.

traducido por Orlando L. Villegas, Ph.D.

Nombre del Niño(a): _____ **Sexo:** Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____ **Grado de Instrucción:** _____
Mes Día Año

Nombre del Padre (Madre): _____ **Fecha de Hoy:** ____/____/____
Mes Día Año

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de situaciones comunes que los niños(as) tienen. Por favor evalúe los problemas de acuerdo con la conducta de su niño(a) durante el último mes. Por cada problema pregúntese a sí mismo(a) "¿con qué frecuencia se ha presentado este problema durante el último mes?" e indique con un círculo la mejor respuesta para cada problema. Si la respuesta es "nunca" o "rara vez", usted hará un círculo alrededor del 0. Si la respuesta es "siempre" o "con mucha frecuencia", usted hará un círculo alrededor del 3. Usted hará un círculo alrededor del 1 o 2 para respuestas intermedias. Por favor responda todos los ítems.

	NO ES CIERTO (Nunca rara vez)	A VECES ES CIERTO (Ocasional- mente)	MUCHAS VECES ES CIERTO (Frecuentemente)	SIEMPRE ES CIERTO (Con mucha frecuencia)
1. Desatento(a), se distrae con facilidad	0	1	2	3
2. Enojado(a) y resentido(a)	0	1	2	3
3. Tiene dificultad para hacer o completar sus tareas escolares en casa	0	1	2	3
4. Está siempre moviéndose o actúa como impulsado(a) por un motor	0	1	2	3
5. Poca capacidad para prestar atención	0	1	2	3
6. Discute con adultos	0	1	2	3
7. Inquieto(a) con las manos o pies o intranquilo(a) en su asiento	0	1	2	3
8. No termina sus tareas	0	1	2	3
9. Dificil de controlar en las tiendas o mientras se hacen las compras del mercado	0	1	2	3
10. Desordenado(a) y desorganizado(a) en la casa y en la escuela	0	1	2	3
11. Se descontrola, pierde la paciencia, se enoja	0	1	2	3
12. Necesita supervisión constante para completar sus tareas	0	1	2	3
13. Presta atención sólomente si algo le parece muy interesante	0	1	2	3
14. Corre, se sube a la cosas en situaciones donde es inapropiado	0	1	2	3
15. Distráido(a) o con problemas para mantener la atención	0	1	2	3
16. Irritable	0	1	2	3
17. Rehusa, expresa rechazo, o tiene problemas para realizar tareas que requieren un esfuerzo mental constante (tal como el trabajo escolar o las tareas para la casa) ..	0	1	2	3
18. Incansable en el sentido de no estarse quieto(a)	0	1	2	3
19. Se distrae cuando se le dan instrucciones para hacer algo	0	1	2	3
20. Abiertamente desafiante y rehusa obedecer a los adultos	0	1	2	3
21. Tiene problemas para concentrarse en el salón de clase	0	1	2	3
22. Tiene dificultad para esperar su turno en juegos o actividades de grupo ...	0	1	2	3
23. Abandona su asiento en el salón de clase o en situaciones donde se espera que se mantenga en su sitio	0	1	2	3
24. Deliberadamente hace cosas para fastidiar a otros	0	1	2	3
25. No sigue instrucciones y no termina sus tareas escolares, tareas o responsabilidades en el trabajo (no debido a una conducta oposicional o por no entender las instrucciones)	0	1	2	3
26. Tiene dificultad para jugar o entretenerse sin hacer mucho ruido	0	1	2	3
27. Se frustra fácilmente cuando se esfuerza	0	1	2	3



BRIEF[®] 2

ESCUELA

ID 

Por favor, antes de comenzar a leer las instrucciones rellene sus datos de identificación y a continuación los del alumno o alumna sobre el que va a responder.

SUS DATOS

Nombre y apellidos: Sexo: Varón Mujer Edad: Relación con el niño o adolescente: Profesor/a Tutor/a Orientador/a Otros (indique): Indique qué asignatura imparte al alumno o alumna: ;Hace cuántos meses que lo conoce? En una escala de 0 a 10, ¿cuánto de bien lo conoce? (0 = nada - 10 = muy bien)

DATOS DEL ALUMNO O DE LA ALUMNA

Nombre y apellidos: Sexo: Varón MujerEdad: Curso escolar: Fecha de hoy (dd/mm/aa):

INSTRUCCIONES

En las siguientes páginas encontrará una serie de frases que describen conductas que pueden observarse en niños, niñas y adolescentes. Nos gustaría saber con qué frecuencia el alumno o la alumna ha tenido **problemas** con estos comportamientos en los últimos seis meses. Cuando lea cada frase, piense en el alumno o la alumna y responda:

N → si **NUNCA** ha sido un problema.AV → si **A VECES** ha sido un problema.F → si **FRECUENTEMENTE** ha sido un problema.

Observe el siguiente ejemplo.

Le cuesta terminar sus trabajos a tiempo. N AV F

Si no ha tenido problemas para terminar sus trabajos a tiempo, marcaría la N en esta frase.

Le cuesta terminar sus trabajos a tiempo. (N) AV F

Si se equivoca o desea cambiar su respuesta, tache con una «X» la respuesta que desea cambiar y rodee con un círculo la nueva respuesta.

Le cuesta terminar sus trabajos a tiempo. (X) (AV) F



Por favor, RESPONDA A TODAS Y CADA UNA DE LAS FRASES QUE ENCONTRARÁ. Si tiene dudas o no sabe exactamente qué responder, por favor, indique la opción de respuesta que más se ajuste a su punto de vista. Recuerde. NO DEJE NINGUNA FRASE SIN RESPONDER.



Copyright de la versión original © 1996, 1998, 2000, 2015 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc. Copyright de la adaptación española © 2017 by TEA Ediciones, S.A.L. - P.ºy B.º de Salazar, 24 - 28019 MADRID. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Este ejemplo está impreso en ODS TINTAS. Si le presentas un ejemplar en blanco y negro es una reproducción legal. In beneficio de la profesión y en el sayo propio NO LO UTILICE.

Durante los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia los siguientes comportamientos del alumno o alumna han sido un problema?

N	AV	F
si NUNCA ha sido un problema	si A VECES ha sido un problema	si FRECUENTEMENTE ha sido un problema

1	Es inquieto o inquieta.	N	AV	F
2	Se resiste o le cuesta aceptar maneras alternativas de resolver un problema con los deberes, con sus amigos, compañeros...	N	AV	F
3	Cuando se le pide que haga tres cosas, solo se acuerda de la primera o de la última.	N	AV	F
4	Le cuesta darse cuenta de cómo su conducta afecta o molesta a los demás.	N	AV	F
5	Su trabajo es descuidado.	N	AV	F
6	Tiene explosiones de ira.	N	AV	F
7	Hace sus tareas o deberes sin planificarse previamente.	N	AV	F
8	No encuentra sus cosas en su pupitre o en la clase.	N	AV	F
9	Le cuesta iniciar actividades por sí mismo o por sí misma.	N	AV	F
10	Actúa sin haber pensado antes (es impulsivo o impulsiva).	N	AV	F
11	Le cuesta acostumbrarse a situaciones nuevas (clases, grupos, amigos...).	N	AV	F
12	Su capacidad para prestar atención tiene una duración breve.	N	AV	F
13	Le cuesta saber qué cosas se le dan bien y cuáles mal.	N	AV	F
14	Explota y se enfada o enoja por pequeñas cosas.	N	AV	F
15	Se pierde en detalles y no presta atención a lo global.	N	AV	F
16	Se descontrola mucho más que el resto de alumnos y alumnas de su clase.	N	AV	F
17	Se queda «enganchado» o «enganchada» a un tema o a una actividad.	N	AV	F
18	Se le olvida su nombre.	N	AV	F
19	Tiene problemas con tareas que requieren más de un paso.	N	AV	F
20	Le cuesta darse cuenta de que ciertas acciones molestan a los demás.	N	AV	F
21	Sus trabajos escritos están escasamente organizados.	N	AV	F
22	Pequeños detalles le hacen reaccionar de forma desmesurada.	N	AV	F
23	Tiene buenas ideas pero no las lleva a cabo adecuadamente (no las lleva a buen término).	N	AV	F
24	Habla cuando no le corresponde.	N	AV	F
25	Le cuesta terminar las tareas (deberes, recados...).	N	AV	F
26	Le cuesta darse cuenta de cuándo su conducta provoca reacciones negativas en los demás.	N	AV	F
27	Reacciona más intensamente que sus compañeros ante las situaciones.	N	AV	F
28	Le cuesta recordar las cosas, incluso durante unos pocos minutos.	N	AV	F
29	Comete errores por descuidos.	N	AV	F
30	Se levanta de su silla cuando no debe.	N	AV	F
31	Las situaciones nuevas le incomodan y molestan.	N	AV	F
32	Le cuesta concentrarse para hacer sus tareas, deberes...	N	AV	F

Durante los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia los siguientes comportamientos del alumno o alumna han sido un problema?

N	AV	F
si NUNCA ha sido un problema	si A VECES ha sido un problema	si FRECUENTEMENTE ha sido un problema

33	Tiene mala caligrafía.	N	AV	F
34	Tiene cambios de humor frecuentes.	N	AV	F
35	Tiene buenas ideas, pero no es capaz de ponerlas por escrito.	N	AV	F
36	Le cuesta contar hasta cuatro.	N	AV	F
37	Deja todo hecho un desastre que los demás tienen que arreglar.	N	AV	F
38	Hay que decirle que empiece una tarea, incluso aunque tenga buena disposición a realizarla.	N	AV	F
39	Actúa de modo «alocado» o fuera de control.	N	AV	F
40	Le da muchas vueltas a un mismo tema.	N	AV	F
41	Se olvida de lo que estaba haciendo.	N	AV	F
42	Se olvida de repasar su trabajo para ver si cometió errores.	N	AV	F
43	Sus rabietas, enfados y lloros son intensos pero ceden repentinamente.	N	AV	F
44	Se pierde o se agobia con tareas extensas.	N	AV	F
45	Pierde el bocadillo, los deberes, papeles con recados...	N	AV	F
46	Necesita la ayuda de un adulto para no distraerse de su tarea.	N	AV	F
47	Se olvida de entregar los deberes, incluso aunque los haya hecho.	N	AV	F
48	Le cuesta poner freno a su comportamiento.	N	AV	F
49	Se resiste a cambiar las rutinas, las comidas, los lugares habituales...	N	AV	F
50	Le cuesta ponerse a hacer sus tareas o a estudiar.	N	AV	F
51	Las situaciones hacen variar su humor fácilmente.	N	AV	F
52	Infraestima el tiempo que necesita para terminar una tarea.	N	AV	F
53	Se le olvida traer de casa los deberes, la libreta, los materiales que necesitaba...	N	AV	F
54	No puede encontrar la puerta de la clase.	N	AV	F
55	Le cuesta tomar la iniciativa.	N	AV	F
56	Se molesta con mucha facilidad.	N	AV	F
57	Hace sus tareas o deberes a última hora.	N	AV	F
58	Actúa sin pensar previamente en las consecuencias.	N	AV	F
59	Cuando está en grupo, no es consciente de su propia conducta.	N	AV	F
60	Le cuesta pensar modos alternativos de resolver un problema.	N	AV	F
61	Hace mal los exámenes aunque sepa la respuesta correcta.	N	AV	F
62	Deja incompletas sus tareas.	N	AV	F
63	Cuando se atasca en la solución de un problema, le cuesta mucho pensar cómo solucionarlo de forma alternativa.	N	AV	F



Fin del cuestionario. Por favor, compruebe que ha respondido a todas las frases.