

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Aplicación de Terapia Dialéctica Conductual para tratar
alteraciones emocionales en adolescentes con Trastorno de
Déficit de Atención e Hiperactividad
Proyecto de Investigación**

Cynthia Paola Alcívar Guerrero

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicólogo Clínico

Quito, 30 de abril de 2019

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

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Aplicación de Terapia Dialéctica Conductual para tratar alteraciones
emocionales en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e
Hiperactividad**

Cynthia Paola Alcívar Guerrero

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana Francisca Trueba , Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 30 de abril de 2019

Derechos de Autor

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

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

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Cynthia Paola Alcívar Guerrero

Código: 00116434

Cédula de Identidad: 1717554248

Lugar y fecha: Quito, 30 de abril de 2019

RESUMEN

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más debatidos dentro del campo de la psiquiatría infanto – juvenil. Las personas que presentan el trastorno muestran dificultad en varias áreas de funcionamiento y en distintos contextos. Los síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad se manifiestan y afectan el desarrollo a nivel personal, social y afectivo. El presente estudio enfatiza la aplicación de la terapia dialéctica conductual (TDC) con el objetivo de reducir las alteraciones emocionales en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad a través del uso de estrategias de cambio y aceptación como tratamiento para la reactividad emocional, regulación emocional y efectividad interpersonal tanto de los adolescentes con el trastorno como de sus familias. Con este estudio se espera ampliar el uso de la terapia dialéctica conductual hacia otros síntomas del Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y hacia otras psicopatologías del neurodesarrollo.

Palabras clave: Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, adolescentes, terapia dialéctica conductual, regulación emocional, impulsividad, efectividad interpersonal.

ABSTRACT

Attention Deficit Hyperactivity Disorder is one of the most debated neuropsychiatric disorders within the field of child and adolescent psychiatry, people who present the disorder show difficulty in several areas of functioning and in different contexts. The symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity manifest themselves and affect personal, social and affective development. The present study emphasizes the application of dialectical behavioral therapy (BDT) with the aim of reducing emotional disturbances in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder through the use of strategies of change and acceptance as a treatment of emotional reactivity, emotional regulation and interpersonal effectiveness of both adolescents with the disorder and their families. It is expected with this study to expand the use of dialectical behavioral therapy towards other symptoms of attention deficit disorder and hyperactivity and as well as other psychopathologies of neurodevelopment.

Key words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, adolescents, behavioral dialectic therapy, emotional regulation, impulsivity, interpersonal effectiveness.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	9
Metodología.....	20
Discusión.....	26
Referencias.....	28
ANEXO a: Instrumentos	31
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	33

PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

APLICACIÓN DE TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL PARA TRATAR ALTERACIONES EMOCIONALES EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

Planteamiento del problema

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos neurobiológicos del desarrollo más comunes, el cual afecta aproximadamente al 3-9% de niños en edad escolar (Lipkin & Mostofsky, 2007). Son un grupo de desórdenes neuroconductuales caracterizados por la inatención, hiperactividad e impulsividad (Katragadda & Shubiner, 2007). Aproximadamente 50% de los niños presentan síntomas hasta la adolescencia con una prevalencia de 9.5% en estas edades (Lipkin & Mostofsky, 2007). Los síntomas característicos del trastorno se mantienen a lo largo de la vida, sin embargo, como estos se manifiestan varían de acuerdo a la etapa de desarrollo (Katragadda & Shubiner, 2007). La impulsividad, desregulación emocional e inatención se asocian a la disfuncionalidad en tareas diarias y calidad de vida, síntomas que se observan tanto a nivel escolar, familiar y social. La investigación muestra mayor tasa de suspensiones escolares, desorden de conducta, embarazos no deseados, accidentes y uso de sustancias en adolescentes diagnosticados con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD) (Katragadda & Shubiner, 2007).

Objetivos y pregunta de Investigación

El presente trabajo pretende aportar información a la comunidad educativa en relación a la siguiente pregunta: *¿Cómo la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuye las alteraciones emocionales en adolescentes con ADHD?*. El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad está asociado con síntomas de labilidad emocional: poca tolerancia a la frustración, desregulación emocional, irritabilidad e impulsividad (Sobanski, et al.,

2010). La Terapia Dialéctica Conductual es una Terapia Cognitiva- Conductual por excelencia para el tratamiento de desregulación emocional. La investigación muestra que hay una mejoría en aquellos trastornos relacionados a problemas conductuales (McPherson, Cheavens & Fristad, 2012). El uso de técnicas DBT ayudarían a adolescentes con diagnóstico de ADHD a reducir conflictos interpersonales, dificultades al cambio; falta de flexibilidad, problemas en regulación emocional, emociones extremas y conductas impulsivas (Lineham, 2015).

Justificación

Este estudio podría ampliar la aplicación de técnicas conductuales tradicionales hacia el uso de nuevas herramientas de terapia dialéctica conductual utilizada en otras poblaciones clínicas, sin embargo, con misma dificultad en cuanto a desregulación emocional característica del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Estudios longitudinales de niños con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, han encontrado mayor predisposición hacia el trastorno antisocial, además de una alta correlación con trastornos del estado de ánimo. Alrededor de 34 a 70% de adultos con diagnóstico de TDAH muestran incapacidad de regularse emocionalmente (Bunford, Evans & Wymbs, 2015), por ello la importancia de mejorar las habilidades de control de impulsos y regulación de emociones en adolescentes con dicho diagnóstico en distintos contextos.

A continuación se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en seis partes. Esto está seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada, conclusión y discusión.

Marco Teórico

La información utilizada en el presente trabajo de investigación proviene de libros, trabajos de investigación, artículos científicos, tanto en formato físico como electrónico. Para la revisión bibliográfica se usaron palabras clave, tanto en inglés como en español, tales como: regulación emocional, Dialectic Conductual Therapy, ADHD, emotional desregulation in ADHD adolescence, entre otros. Los recursos en formato electrónico se encontraron por medio de: Google Académico, COBUEC y EBSCO. En cuanto a los recursos en formato físico se los obtuvo por medio de la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito.

Para la presente investigación, la revisión de la literatura se realiza dividida por temas: (1) Trastorno de Déficit de Atención; (2) Trastorno de Déficit de Atención en la adolescencia; (3) Terapia Dialéctica Conductual; (4) regulación emocional (5) desregulación emocional; y finalmente, una sección dedicada a explicar (6) uso de Terapia Dialéctica Conductual en Trastorno de Déficit de Atención.

El Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno neuro-psiquiátrico y ha sido el diagnóstico más debatido dentro del campo de la psiquiatría infanto-juvenil. Las personas que presentan el trastorno muestran dificultad en varias áreas de funcionamiento y en distintos contextos. La etiología de este trastorno aún no es clara, se discuten factores como la heredabilidad, imbalance de neurotransmisores y factores ambientales y educacionales (Thome & Jacobs, 2004). EL Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, Quinta Edición (DSM V), define el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad como:

Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que es más severo que en individuos con el mismo nivel de desarrollo. Estos síntomas causan disfuncionalidad

y se presenta antes de los 7 años de edad, además estos síntomas deben estar presentes en al menos dos contextos (casa, escuela, trabajo...) e interfiere con el desarrollo social, académico y ocupacional apropiado de la persona que lo padece.

Acorde al modelo cognitivo propuesto por Douglas, el déficit primario de procesos de atención, inhibición, refuerzo y modulación resultan en un déficit en la interacción social, dificultad para desarrollar meta cognición, esquemas y estrategias. Enfatiza como problema principal para las deficiencias cognitivas del Trastorno de Atención e Hiperactividad, la atención e inhibición de respuesta, disminución de regulación de niveles de activación y conductua (Shiels & Hawk, 2010). Por otro lado, Barkley, 1996, propone que la desinhibición conductual es la causa del déficit en las cuatro funciones ejecutivas: memoria de trabajo, regulación emocional, motivación y análisis. Según esta teoría, adolescentes con TDAH se demoran más en producir respuestas inhibitorias (Kaplan & Stevens, (2002). Rubia y sus colegas, encontraron que existe una reducción en la activación en control motor en la corteza superior lateral prefrontal, corteza prefrontal inferior y el núcleo caudado izquierdo (Gilman, 2011). Por último, según la perspectiva neuropsicológica Teteer & Semrud-Clikeman, 1995, proponen un modelo del neurodesarrollo de la funciones cerebrales y su desarrollo en el que el existe una relación bidireccional entre el componente biogenético y factores ambientales basado así en la vulnerabilidad, en específico de la disfunción en el control ejecutivo que afecta al individuo con TDAH y que influye sobre su ajuste académico y psicosocial, sin embargo, factores del ambiente por su parte pueden ayudar a modular esta vulnerabilidad.

Estudios epidemiológicos han mostrado predisposición genética para explicar el trastorno, es decir que adultos que presentan TDAH tienen mayor probabilidad de tener hijos que presenten el mismo desorden. Así mismo, estudios en gemelos apoyan la hipótesis de

vulnerabilidad genética ya que gemelos monocigóticos muestran niveles más altos de concordancia en cuanto a diagnóstico y síntomas que gemelos dicigóticos y estos aún más que la población en general (Kaplan & Stevens, 2002). Estos hallazgos han llevado al estudio genético molecular sobre genes involucrados en la neurotransmisión de dopamina. Se observa una anomalía en el funcionamiento cerebral en pacientes con TDAH sobre todo en el receptor genético D2, al transportador de dopamina DAT y al receptor D4. Ernest y colegas, por otra parte realizaron estudios sobre la vía dopaminérgica y de catecolaminas a lo largo del proencéfalo basal y encontraron una disminución de transmisión dopaminérgica en la corteza prefrontal medial e izquierda (Gilman, 2011).

Gran parte de la evidencia actual destaca las anomalías en áreas involucradas en la atención y funciones ejecutivas. Enfatizan la importancia de las estructuras del parietal posterior, responsable de la detección de estímulos, vigilancia, desconexión, y cambio de estímulos (Gilman, 2011), así como estructuras corticales y subcorticales que trabajan en conjunto con la corteza parietal posterior encargadas en la selección y mantenimiento de la atención (Barkley, 1997), estas forman una red de sistemas motores involucrados en iniciar y mantener una respuesta a un estímulo, inhibición de respuestas, y detención de movimientos. La corteza prefrontal se cree está involucrada en la integración, ejecución y regulación de los comportamientos planificados, por lo que un daño en esta área está asociado con problemas de impulsividad y comportamiento desinhibido (Gilman, 2011).

Anormalidades dentro de las regiones frontales y regiones subcorticales mediante estudios con resonancia magnética han mostrado una reducción en la estructura prefrontal, especialmente del hemisferio derecho en pacientes con TDAH. Se observa una reducción en el volumen de materia blanca de esta misma estructura. Estudios muestran que además de la corteza prefrontal, estructuras como los ganglios basales, el globo paladios tienen una

disminución de volumen, sin embargo, los estudios varían en cuanto a que hemisferio es el más afectado. Fisiológicamente, estudios han demostrado que pacientes con TDAH tienen una reducción en cuanto al componente eléctrico de áreas encargadas de la atención, procesos cognitivos y de memoria (Kaplan & Stevens, 2002).

Estimaciones sobre el trastorno sugieren que alguna de las formas del trastorno persiste desde un 30% hasta un 70% de aquellos que tienen el trastorno en la infancia (Kaplan & Stevens, (2002). Barkley describe las características principales del trastorno la inatención, impulsividad e hiperactividad. La inatención es la dificultad de persistir durante una tarea y fácilmente distraerse con estímulos del ambiente. La impulsividad se describe como la incapacidad de inhibir una respuesta inapropiada según la situación, mientras que la hiperactividad es el nivel inapropiado de la respuesta (Kaplan & Stevens, (2002). De acuerdo al estudio empírico en relación al tratamiento de Déficit de Atención e Hiperactividad, se conoce que el curso de desarrollo de los síntomas del mismo cambia según la edad del individuo, al igual que según las demandas a nivel cognitivo, académico y psicosocial a lo largo de las distintas etapas de desarrollo (Brook & Boaz, 2005).

Adolescentes con TDAH muestran síntomas característicos, con diferencia en la severidad, como son la inatención, impulsividad e hiperactividad, siendo esta la que menos se presenta durante la adolescencia con respecto a los otros criterios diagnóstico (Robin, 1998). Adolescentes con TDAH tienden a aburrirse con facilidad por ello, evitan situaciones que requieren inactividad física y tienden a conductas de alto riesgo. La inatención en adolescentes puede manifestarse diferente como lo sería en la niñez, esta puede mostrarse a través de la procrastinación, dificultad de manejo del tiempo, iniciar y completar tareas y cambiar el foco de atención de un estímulo a otro cuando sea necesario (Katragadda & Schubiner, 2007). A pesar de persistir los síntomas centrales del trastorno, la dificultad de

inhibición de conductas y regulación de emociones son características centrales que acompañan a este trastorno lo cual hace que tengan problemas en su funcionamiento por ejemplo, en cuanto a la toma de decisiones sobre situaciones de riesgo común en la etapa de la adolescencia (Robin, 1998). Esta constante necesidad de actividad y dificultad de inhibición de estímulos hacen que estos adolescentes puedan experimentar relaciones interpersonales problemáticas con miembros de la familia, así como con compañeros, presentan problemas para tolerar la frustración, tienden a perder el temperamento con facilidad, además de disminución en su autoestima ya que se comparan con adolescentes de su mismo nivel de desarrollo (Brook & Boaz, 2005).

A través de estudios longitudinales, el TDAH está asociado con inhabilidad en ciertas áreas que se mantienen a lo largo de la vida. En la adolescencia, existe una correlación entre el diagnóstico y el rango de suspensiones escolares, así como de deserción académica, también está asociado con mayor riesgo de embarazo adolescente, transmisión de enfermedades sexuales y abuso de sustancias (Katragadda & Schubiner, 2007). La evidencia muestra que una característica asociada con las deficiencias en el ámbito social está relacionada con la desregulación emocional y ésta con las conductas de riesgo. Además de dificultad para manejar emociones negativas como la ira, la frustración, adolescentes con TDAH también muestran dificultad para manejar emociones positivas; el problema principal es la dificultad para manejar reacciones frente a estímulos lo que lleva a consecuencias problemáticas (Bunford, Evans & Wymbs, 2015).

A partir de la revisión empírica, el tratamiento más efectivo para la reducción de síntomas y desajuste en adolescentes con TDAH es el uso de técnicas conductuales. Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), solo 12,7% de la población entre 9 y 17 años con trastorno de déficit de atención reciben tratamiento (Olfson, Gameroff,

Marcus, & Jensen, 2003). La Terapia Dialéctica Conductual propuesta por Marsha Linehan, nació en 1980 a partir de investigaciones sobre pacientes con diagnóstico de personalidad limítrofe quienes presentaban dificultad en cuanto a la regulación de emociones y conductas, alto riesgo suicida y conductas auto lesivas (Linehan, 2014). Este modelo no es exclusivamente conductual ya que combina el entrenamiento de técnicas conductuales con técnicas de validación y elementos como el Mindfulness (Vásquez-Dextre & Edgar, 2016). Estas estrategias están basadas en los cuatro pilares fundamentales de la terapia: tolerancia de angustia, mindfulness, regulación emocional y efectividad interpersonal. El objetivo es aprender nuevas técnicas que fomenten la resiliencia en los pacientes para que éstos puedan manejar eventos dolorosos. Las técnicas de mindfulness permiten a persona vivir el momento presente evitando enfocarse en eventos pasados y la incertidumbre del futuro, genera técnicas para sobrellevar juicios negativos sobre sí mismo. Las técnicas de regulación emocional permiten al paciente reconocer sus emociones, generar conciencia emocional, modular y evitar reacciones destructivas. Por último, el desarrollo de efectividad personal ayuda a que el paciente logre expresar sus pensamientos y necesidades de forma asertiva teniendo en cuenta la relación y el respeto a los otros, establecer límites y conductas dirigidas a solución de problemas considerando el mantenimiento de relaciones positivas (McKay, Wood & Brantley, 2010). El balance entre estrategias de cambio y aceptación son la dialéctica fundamental de tratamiento, bajo esta perspectiva se entiende la realidad del individuo como un todo, llevada por fuerzas que se oponen entre sí, es decir, como la interrelación de un repertorio de conductas dentro de un ambiente complejo (Miller, Rathus, & Linehan, 2006).

La TDC es un modelo de tratamiento basado en la teoría biosocial y dialéctica. La filosofía dialéctica integra dos aspectos opuestos: la Terapia Conductual cuyo objetivo es generar cambio y el Mindfulness con validación cuyo objetivo es aceptar la experiencia tal

como es y validar la respuesta a un estímulo determinado dentro del contexto actual (Linehan, 2014), es decir se busca el balance entre cambio conductual al mismo tiempo que se transmite a los pacientes la idea de que ellos y sus comportamientos son aceptables, tienen sentido y son comprendidos. A partir de esta aceptación, se generan estrategias de cambio, por ende la validación y aceptación no excluye el cambio más bien permite romper la rigidez de comportamientos, pensamientos y sentimientos (Gempeler, 2008). La terapia busca enseñar al paciente habilidades ajenas a su repertorio para influir sobre el mismo y su entorno, que el paciente encuentre un punto de equilibrio entre las conductas polarizadas y aceptar el cambio como parte del proceso. Por otra parte, la Teoría Biosocial propone que la desregulación emocional es el factor fundamental para los problemas conductuales, y estos son el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad biológica y el ambiente (Vásquez-Dextre & Edgar, 2016). La filosofía dialéctica y la teoría biosocial forman a la TDC y sus funciones: mejorar las capacidades de comportamiento; mejorar la motivación; generalización de ganancias a otros contextos; reestructuración del entorno para que este refuerce comportamientos funcionales en lugar de disfuncionales (MacPherson, Cheavens & Fristad, 2012).

Las emociones según como la entiende la TDC son respuestas rápidas e involuntarias, que sigue un patrón frente a un estímulo interno y/o externo (Miller, Rathus, & Linehan, 2006), son señales que permiten la supervivencia, comunicación, lidiar con situaciones cotidianas, recordar situaciones o eventos pasados, sentir placer y evitar dolor (McKay, Wood & Brantley, 2010). Estas respuestas sistemáticas están basadas en la vulnerabilidad emocional (alta sensibilidad frente a estímulos sobretodo negativos, alta intensidad emocional y dificultad para volver a un estado de calma) frente a los estímulos o eventos internos o externos, la interpretación que hacemos de los mismos y la tendencia de actuar según

patrones aprendidos (Miller, Rathus, & Linehan, 2006). Las emociones se dividen en primarias y secundarias. Emociones primarias se refieren a aquellas emociones, innatas que compartimos con otros mamíferos superiores en respuesta a un al entorno como son la ira, tristeza, alegría y miedo. Estas pueden ser adaptativas, es decir que es funcional para el individuo o desadaptativa que involucra una respuesta aprendida de experiencias pasadas de tipo traumática o caótica. Adicionalmente a las emociones primarias, existen emociones secundarias que son reacciones a la situación que pueden causar más displacer que la emoción original. Esta es una reacción contra la emoción primaria, es decir que reemplaza la emoción inicial con una o varias emociones secundarias (McKay, Wood & Brantley, 2010).

Regulación emocional se describe como: “habilidad de modificar un estado emocional que promuevan comportamientos adaptativos y orientados a metas” (Shaw, Stringaris, Nigg & Leibenluft, 2014), es decir, procesos que permiten al individuo seleccionar, atender y evaluar estímulos emocionales que desencadenan respuestas fisiológicas y conductuales. Es la habilidad de inhibir conductas inapropiadas e impulsivas relacionadas a estímulos emocionales positivos o negativos y lograr dirigir la conducta hacia una meta (Miller, Rathus, & Linehan, 2006). Las técnicas de regulación emocional permiten a la persona lidiar con emociones primarias y secundarias en una forma efectiva y adaptativa para la misma. Basado en la definición anterior, se puede decir que desregulación emocional es la inhabilidad de modular la intensidad en que una emoción escala o desescala en cuanto a su respuesta fisiológica, conductual y experiencial, por ende la inhabilidad de regular emociones en situacionales de cambio que requieren de adaptación (Rathus & Miller, 2014). Características de desregulación emocional incluyen: inhabilidad de regular la intensidad de la emoción, problemas para desenfocar la atención sobre estímulos emocionales, distorsiones cognitivas, poco control sobre conductas impulsivas y tendencia a disociar, suprimir o

“freeze” bajo situaciones de alto estrés. Estas características llevan a estrategias maladaptativas e inadecuadas para modular estímulos emocionales (Linehan, 2014).

En cuanto al Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, la regulación emocional es la capacidad de un individuo de inhibir las conductas desadaptativas desencadenadas por una emoción, disminuir por sí mismo las respuestas fisiológicas, reenfoque la atención hacia conductas que vayan en concordancia con la meta (Bunford, Evans & Wymbs, 2015). A partir de estudios empíricos se ha demostrado que existe una correlación entre TDAH y desregulación emocional. Pacientes con diagnóstico muestran no solo problemas para regular emociones negativas descritas como baja tolerancia a la frustración, escalación repentina de ira y/o impaciencia, sino que también tienen problemas para regular emociones positivas como la euforia. Sin embargo, Sjowall y sus colaboradores, 2013, encontraron que en adolescentes con TDAH, la ira es la emoción como mayor dificultad de regular (65%) seguido de la tristeza (61%), alegría (52%) y por último, el miedo (38%). La comorbilidad entre TDAH y desregulación emocional es la mayor causa de disfuncionalidad a nivel personal y relacional. Adolescentes con TDAH tienden a debilitar la calidad de las relaciones con sus pares, dificultades dentro de la vida familiar y mantener un nivel óptimo de tareas académicas u ocupacionales (Shaw, et. al, 2014).

En últimas investigaciones se ha propuesto la posibilidad de bases neuronales que expliquen la desregulación emocional, sin embargo, aún no es claro si esta es resultado de la reactividad anormal, déficit en regulación (control), o ambas (Bunford, Evans & Wymbs, 2015). Modelos recientes describen los procesos “Bottom-up” y “Top-down” como responsables de regular las emociones y el direccionamiento de la atención hacia estímulos emocionales, respectivamente. Procesos “Bottom-up” se encargan de orientar hacia estímulos emocionales y evaluar señales de recompensa. Pacientes con TDAH presentan dificultad para

codificar estímulos con carga afectiva especialmente de estímulos positivos lo cual explicaría que existe mayor percepción de estímulos negativos. Esto constituye evidencias de que existe anormalidad en el procesamiento de estímulos emocionales en pacientes con TDAH, es decir, indica que existe una pobre interpretación de estímulos emocionales asociados a respuestas emocionales aberrantes y ello resulta en labilidad emocional por una hiperactivación de la amígdala y ventral estriado (Shaw, et. al, 2014). En cuanto a procesos “Top-down” el sistema nervioso automático, específicamente el sistema parasimpático es el responsable de funciones regulatorias. Pacientes con TDAH presentan dificultad para regular estímulos emocionales y dirigir la atención hacia o lejos de estos (Bunford, Evans & Wymbs, 2015). La pérdida parcial para procesar dichos procesos contribuye a la desregulación emocional. Se presenta dificultad del mantenimiento de homeostasis y dirección hacia una meta que se exagera con el pobre control de procesos cognitivos (memoria de trabajo e inhibición de respuesta) (Shaw, et. al, 2014). Estudios de neuroimagen funcional muestra que existe una hipoactivación y disminución en la conectividad entre la corteza prefrontal ventrolmedial, corteza orbitofrontal y regiones corticales atencionales y de control (Shiels & Hawk, 2010).

La Terapia Dialéctica Conductual puede aplicarse a adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad quienes presenten problemas de regulación emocional e impulsividad. Entre las conductas puede incluirse: conducta sexual riesgosa, abuso de sustancias, control de ira e impulsividad, deserción académica o faltas recurrentes, problemas a nivel relacional, entre otros. Según la perspectiva de esta teoría, los problemas cognitivos y conductuales son el resultado de la incapacidad o dificultad de esta población para lidiar con situaciones con alto nivel de emocionalidad y que requieren de regulación emocional (Rathus & Miller, 2014). Teniendo en cuenta el nivel de desarrollo, modificaciones se realizaron en la TDC para el tratamiento de adolescentes como son la duración de la terapia (16-32 sesiones),

involucramiento de la familia como parte de las sesiones grupales, estrategias parentales y folletos simplificados y aplicables a contextos con los que un adolescente pueda relacionarse (Ford & Courtois, 2013). El objetivo de la Terapia Dialéctica Conductual es aumentar las habilidades tanto de los adolescentes y familias al enseñar técnicas de autoregulación, efectividad relacional y tolerancia de angustia emocional. Las estrategias de resolución de problemas son la vía principal para el cambio. Estas implican primero comprender y determinar un comportamiento problemático e identificar la vulnerabilidad, eventos desencadenantes, pensamientos, sentimientos, sensaciones y conductas que condujeron a la conducta problemática, así como consecuencias del comportamiento. Posteriormente, se busca identificar puntos de intervención para interrumpir el patrón problemático a través del entrenamiento de habilidades, manejo de contingencias, estrategias de exposición y modificación cognitiva. El entrenamiento de habilidades logra nuevas habilidades del cliente. El manejo de contingencias ayuda a disminuir la probabilidad de que un comportamiento vuelva a ocurrir. La exposición genera nuevas asociaciones a estímulos asociadas previamente como una amenaza. La modificación cognitiva cambia las creencias disfuncionales y distorsiones cognitivas del paciente. Finalmente, en relación al entrenamiento de familias lo que se espera es que los problemas en el entorno del paciente no interfieran con el funcionamiento, por ello se emplean estrategias de interacción eficaz. En conjunto, estas funciones de tratamiento y las estrategias apuntan a reducir las conductas problemáticas asociadas con las emociones desreguladas al tiempo que generan y refuerzan comportamientos más efectivos y adaptativos (MacPherson, Cheavens & Fristad, 2012).

Diseño y Metodología

Diseño

Para lograr obtener resultados claros para la pregunta, *¿Cómo la aplicación de Terapia Dialéctica Conductual disminuyen las alteraciones emocionales en adolescentes con ADHD?*, se usará un diseño de investigación cuantitativa que implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos, a través de instrumentos psicométricos. Este diseño implica la integración y discusión conjunta de la información obtenida para realizar inferencias y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. Se intenta medir el cambio de los síntomas de desregulación emocional a lo largo del tratamiento, aplicando medidas pre y post- test utilizando escalas psicométricas: la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) y la escala de Conner's, así probar la hipótesis y determinar si el cambio es significativo por medio de un análisis estadístico (Unpaired t-Test).

En términos generales, las metodologías cuantitativas pueden conceptualizarse como el contraste de teorías que surgen a partir de una serie de hipótesis. Este método utiliza la recolección y el análisis de datos mediante la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población (Primer, 1992). Desde la perspectiva cuantitativa, el investigador plantea preguntas que pueden ser medidas, observables y reproducidas (Pole, 2009). Este tipo de investigación se caracteriza por una postura objetiva y se sustenta en la teoría de la variabilidad, es decir, estudia las variables y las correlaciones entre ellas (Tashakkori y Teddlie, 2003). El método cuantitativo comprueba la hipótesis por medio de métodos matemáticos y estadísticos (Echavarría, 2016). En el presente trabajo se utiliza este método mediante el uso del estudio

estadístico comparativo de las respuestas recolectadas al inicio y al término del tratamiento de las pruebas psicométricas utilizadas para así determinar si ha existido un efecto en la intensidad de los síntomas relacionados a regulación emocional. Se establece un grupo control y un grupo experimental el cual recibirá Terapia Dialéctica Conductual, siendo este la variable independiente y los cambios en los síntomas de regulación emocional e impulsividad como la variable dependiente. Al finalizar el experimento se busca establecer una correlación entre la aplicación a la TDC y la reducción de síntomas de desregulación emocional e impulsividad en adolescentes con diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Población

La presente investigación cuenta con la participación de 50 adolescentes entre 15 y 18 años de edad con diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad basado en criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV-TR. Los participantes tendrán que llenar la versión española de la escala “Behavior Assessment System for Children, Third Edition” (BASC-3). Adicionalmente para formar parte del estudio se les administrará dos escalas psicométricas: la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) y la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), para evaluar la predominancia de los síntomas de desregulación emocional e impulsividad. Se excluirán a aquellos participantes que presenten comorbidad con otros trastornos mentales (depresión, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de la conducta, ansiedad, trastorno de abuso de sustancias, siendo estos los más comunes). Los participantes serán reclutados de colegios privados de la zona de Cumbayá de la ciudad de Quito y divididos en dos grupos homogéneos bajo las mismas condiciones: grupo control y grupo experimental quienes están expuestos a intervenciones de Terapia Dialéctica Conductual. Ya que el sujeto de

investigación es menor de edad, se obtendrá el consentimiento informado previo de los padres o del representante legal del menor; el consentimiento deberá reflejar la presunta voluntad del menor y la posibilidad de este para retirarse en cualquier momento sin consecuencia alguna para él. Además deberá prestar su consentimiento para participar en la investigación en el cual conste información sobre el estudio, los riesgos y los beneficios teniendo en cuenta su capacidad de entendimiento (Capella, 2015).

Instrumentos o materiales

1. Escala de dificultades en regulación emocional (DERS)

La Escala de dificultades en regulación emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*) es una medida multidimensional de auto informe compuesta por 36 ítems que incluyen 6 dominios clínicos relevantes de desregulación emocional: conciencia emocional, comprensión emocional, control de impulsos, estrategias de regulación emocional, reacción negativa a respuestas emocionales y rigidez de conducta (Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos-González, 2016). Las habilidades de aceptación son la capacidad de experimentar emociones sin intentar controlarlas o cambiarlas, por otro lado, la consciencia es la habilidad de atender, reconocer y observar las respuestas emocionales. La categoría de no-aceptación hace referencia a la reacción negativa de respuestas emocionales de sí mismo y de otros, mientras que rigidez de conducta implica que las emociones interfieren con comportamientos dirigidos a meta. El control de impulsos se refiere a la intensidad emocional y dificultad para controlar el propio comportamiento. El dominio de estrategias de regulación emocional hace referencia a la pobre o limitada habilidad para modular las emociones. Finalmente, la claridad mide la dificultad para diferenciar las emociones (Gratz & Roemer, 2004). La confiabilidad test-retest fue alta, $\alpha = .88$, $p < 0.01$, y adecuada validez de constructo y predictiva.

2. Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11)

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) es uno de los instrumentos más utilizados para medir impulsividad consta de 30 items de auto reporte en base al modelo médico, psicológico, conductual y social. Barrat propuso que la impulsividad integra tres factores multidimensionales: cognitiva, motora y planeación. Esta implica decisiones rápidas, actuar sin pensar en las consecuencias y falta de planeación a futuro, respectivamente (Loyola Alvarez, 2011). Stanford et al., 2009, señala alta impulsividad el puntaje de 74 en adelante, si su puntaje se encuentra entre 52 y 71 49 se considera dentro de la norma y si es inferior a 52 se identifica un control excesivo o una falta de sinceridad en las respuestas. Estudios sobre la prueba indican una alta confiabilidad $\alpha = .82$ (Patton et al., 1995).

3. Behavior Assessment System for Children, Third Edition (BASC-3)

El Sistema de evaluación de comportamiento para niños es una escala multidimensional utilizada para evaluar el comportamiento y las autopercepciones de niños y adultos jóvenes entre 2 a 25 años de edad. La prueba permite examinar el comportamiento en múltiples entornos; evaluar las emociones, la personalidad y las percepciones de sí mismo y evaluar el progreso a lo largo del tiempo en respuesta a las intervenciones (Reynolds, Kamphaus & Vannest, 2011). El BASC-3 incluye 5 componentes: auto reporte, escala de padres, escala de profesores, historia de desarrollo y observación dentro del aula. El estudio utilizará solamente la prueba breve de auto reporte que consta de 28 items de evaluación emocional y de comportamientos diseñado para identificar las fortalezas y debilidades conductuales y emocionales en adolescentes, además mide el índice de riesgo emocional y conductual y permite identificar riesgos en áreas problemáticas específicas. Así mismo se utilizará el auto informe de Personalidad (SRP) que es un inventario de personalidad de 186 preguntas con diseño de escala Likert (Harrison & Oakland, 2015). La consistencia interna de

la prueba, BASC- SRT, es alta con un promedio .84, la confiabilidad test-retest BASC- SRT $\alpha=.83$.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de la muestra, se asistirá a distintos colegios privados de la ciudad de Quito en la zona de Cumbayá. En cada uno de las instituciones se solicitará el consentimiento previo de los representantes de los adolescentes, se realizará una reunión tanto de padres e hijos en la que se explicará detalladamente de qué se trata la investigación, el interés científico-terapéutico que posee, sus consideraciones éticas, confidencialidad y los permisos de bioética con los que cuenta. Las personas interesadas en el estudio se podrán contactar por correo electrónico o teléfono. Una vez que los aspirantes se hayan contactado, se agenda una cita para ser entrevistados por un psicólogo clínico que ratifique el diagnóstico según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV-TR y demás criterios de inclusión establecidos para el estudio. Las personas que cumplan con los requisitos establecidos serán posteriormente contactados y divididos aleatoriamente en dos grupos: control y experimental. Los grupos se dividirán en distintos horarios a lo largo de la semana ya que estarán formados de 10 personas cada uno más 2 líderes de grupo. Las sesiones serán una vez a la semana (2 horas diarias). El programa tendrá una duración de 12 semanas ya que se completará solo el entrenamiento de habilidades de efectividad interpersonal, 5 semanas; regulación emocional, 7 semanas; combinado con técnicas de mindfulness a lo largo del mismo. La fase de pretratamiento permite familiarizar a los participantes con las expectativas, objetivos globales y principios del enfoque, en esta etapa los participantes y sus representantes legales deberán firmar el consentimiento informado, posteriormente se administrará el test de impulsividad (BIS-11), Behavior Assessment System for Children (BASC- 3) y escala de dificultades de regulación emocional (DERS).

Todas las sesiones mantendrán la misma estructura: orientación e introducción, enfoque interpersonal, mindfulness, ejercicio de práctica, receso corto, entrenamiento de habilidades y resumen de la sesión. En la etapa de introducción se realiza una actividad grupal inicial, también se presta atención a conductas que interfieran con la terapia como problemas en las distintas dinámicas. En la fase de enfoque interpersonal el líder de grupo verifica como se siente el grupo en ese momento, eventos significativos y discute inquietudes que surjan en el grupo. En la etapa de práctica los miembros del grupo comparten sus experiencias, se discute sobre la sesión anterior y los esfuerzos para practicar las habilidades aprendidas. Durante el tiempo restante se presenta una nueva habilidad, los miembros del grupo practican la técnica aprendida y la repiten como tarea para la próxima sesión. Al finalizar el tratamiento se administrará nuevamente el test de impulsividad (BIS-11), Behavior Assessment System for Children (BASC- 3) y escala de dificultades de regulación emocional (DERS). Para determinar si existe diferencia entre los grupos se propone el uso de un análisis estadístico T-Test unpaired, ello permitirá determinar si existe diferencia significativa de los síntomas comparando el grupo control y el experimental. Se hará reuniones de forma individual con cada participante para comunicarles cuáles fueron los resultados finales del estudio.

Consideraciones Éticas

Ya que el sujeto de investigación es menor de edad es de suma importancia salvaguardar y respetar las implicaciones éticas en todo momento. Toda investigación donde intervengan menores, considerados población vulnerable, debe ser evaluada por el Comité de ética institucional. Es fundamental la obtención del consentimiento informado previo de los padres o del representante legal del menor; el consentimiento deberá reflejar la voluntad del menor de participar en el estudio y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin

consecuencia alguna para el mismo (Capella, 2015). Además ya que los participantes son mayores a 14 años de edad deberá prestar también su consentimiento para participar en la investigación en el cual conste información sobre el estudio, los riesgos y los beneficios teniendo en cuenta su capacidad de entendimiento. Para garantizar la confidencialidad en los procesos de recogida y almacenamiento de datos se les asignará un código desde el momento de la entrevista inicial y todos los datos recolectados serán resguardados de forma adecuada bajo este código y no serán publicados en ningún momento. También se debe garantizar la protección de datos en relación con la cantidad de información que el adolescente desee revelar o compartir, la privacidad de los participantes en la investigación a fin de que no puedan ser identificados al publicarse y darse a conocer los resultados (Waller & Bitou, 2011).

Discusión

Fortalezas y limitaciones de la propuesta

La literatura y la metodología propuesta permiten plantear como hipótesis la aplicación de la TDC para disminuir alteraciones emocionales en pacientes con ADHD mediante el uso de técnicas específicas que le permitirán al participante relacionarse de una manera más adaptativa con su entorno y disminuir conductas riesgosas relacionados al trastorno. A pesar de que no existe investigación que vincule directamente a la TDC con el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, sí existen estudios que relacionan a la TDC con disminución en impulsividad y regulación emocional.

La muestra de la investigación no es representativa además que el rango de edad es limitado por lo que no se podría hacer generalizaciones sobre los resultados obtenidos a la

población general. En cuanto a las limitaciones metodológicas de diseño, los resultados obtenidos son a corto plazo ya que esta mide los efectos de la TDC inmediatamente después de su aplicación.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Se recomienda para futuras investigaciones ampliar el número de la muestra con el objetivo de generalizar los resultados a la población general para determinar si existe mejoría de las alteraciones emocionales en adolescentes con trastorno de déficit de atención e hiperactividad con el uso de técnicas de terapia dialéctica conductual. También se espera estudios longitudinales para conocer si la aplicación de TDC tiene efectos a largo plazo y estos son estadísticamente significativos en cuanto a los síntomas de desregulación emocional e impulsividad. Por último, se propone el estudio de la aplicación de terapia dialéctica conductual en otros síntomas del trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y en otras psicopatologías que muestren síntomas de desregulación emocional e impulsividad.

REFERENCIAS

- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- Brook, U., & Boaz, M. (2005). Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities (LD): adolescents perspective. *Patient Education and Counseling*, 58(2), 187-191.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 18(3), 185-217.
- Capella, V. B. (2015, September). Participación de menores en los ensayos clínicos: cuestiones éticas y jurídicas. In *Anales de la Cátedra Francisco Suárez* (Vol. 49, pp. 63-85).
- Echavarría, H. (2016). El proceso de investigación. *Diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación*, 9-54.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (Eds.). (2013). *Treating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: Scientific foundations and therapeutic models*. Guilford Press.
- Gempeler, J. (2008). Terapia conductual dialéctica. *Revista colombiana de psiquiatría*, 37(1).
- Gilman, S. (2011). *Neurobiology of disease*. Elsevier.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26, 41-54.
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2015). *ABAS-3: Adaptive behavior assessment system*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Kaplan, R., & Stevens, M. (2002). *A Review of Adult ADHD: A Neuropsychological and Neuroimaging Perspective*. *CNS Spectrums*, 7(05), 355–362. doi:10.1017/s1092852900017818
- Katragadda, S., & Schubiner, H. (2007). ADHD in children, adolescents, and adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34(2), 317-341.
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills Training Handouts and Worksheets*. Guilford Publications.
- Lipkin, P., & Mostofsky, S. (2007). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Neurobiology Of Disease*, 631-639. doi: 10.1016/b978-012088592-3/50059-1

- Loyola Alvarez, N. (2011). Validez y confiabilidad de la escala de impulsividad de Barratt versión 11 (BIS-11) en mujeres encarceladas.
- MacPherson, H., Cheavens, J., & Fristad, M. (2012). Dialectical Behavior Therapy for Adolescents: Theory, Treatment Adaptations, and Empirical Outcomes. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 16(1), 59-80. doi: 10.1007/s10567-012-0126-7
- MacPherson, H. A., Cheavens, J. S., & Fristad, M. A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 16(1), 59-80.
- McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2010). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance*. ReadHowYouWant. com.
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2006). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M., & Hoyos-González, J. S. (2016). Escala de Dificultades en Regulación Emocional (ders): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 19, no. 1 (ene.-jun. 2016); p. 225-236.
- Olfson, M., Gameroff, M. J., Marcus, S. C., & Jensen, P. S. (2003). National Trends in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1071–1077. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1071
- Patton, Stanford & Barratt. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768 -774.
- Pole, K. (2009). *Diseño de metodologías mixtas Una revisión de las estrategias para combinar metodologías cuantitativas y cualitativas*. México: Instituto tecnológico y de estudios superiores de Occidente.
- Primer, A. P. (1992). Quantitative methods in psychology. *Psychological bulletin*, 112(1),155-159).
- Reynolds, C. R., Kamphaus, R. W., & Vannest, K. J. (2011). Behavior assessment system for children (BASC). *Encyclopedia of clinical neuropsychology*, 366-371.
- Robin, A. L. (1998). *ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment*. Guilford Press.
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276-293.

- Shiels, K., & Hawk, L. W. (2010). *Self-regulation in ADHD: The role of error processing*. *Clinical Psychology Review, 30*(8), 951–961. doi:10.1016/j.cpr.2010.06.010
- Sjowall, D., Roth, L., Lindqvist, S., & Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: Executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(6), 619–627.
- Sobanski, E., Banaschewski, T., Asherson, P., Buitelaar, J., Chen, W., Franke, B., ... & Stringaris, A. (2010). Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 915-923.
- Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton. (2009) Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences, 47*, 385 – 395. DOI:10.1002/1097-4679(199511)51:63.0.CO;2
- Teeter, P. A., & Semrud-Clikeman, M. (1995). Integrating neurobiological, psychosocial, and behavioral paradigms: A transactional model for the study of ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology, 10*(5), 433-461.
- Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book*. *European Psychiatry, 19*(5), 303–306. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.05.004
- Rathus, J., & Miller, A. (2014). *DBT skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
- Vásquez-Dextre, Edgar R. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 79*(2), 108-118. Recuperado en 25 de febrero de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es&tlng=es.
- Waller, T., & Bitou, A. (2011). Research with children: Three challenges for participatory research in early childhood. *European Early Childhood Education Research Journal, 19*(1), 5-20.

ANEXO A: INSTRUMENTOS

ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

	1	2	3	4	5
	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.				1	2 3 4 5
2. Presto atención a cómo me siento.				1	2 3 4 5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.				1	2 3 4 5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.				1	2 3 4 5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.				1	2 3 4 5
6. Estoy atento a mis sentimientos.				1	2 3 4 5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.				1	2 3 4 5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.				1	2 3 4 5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.				1	2 3 4 5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1	2 3 4 5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.				1	2 3 4 5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.				1	2 3 4 5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.				1	2 3 4 5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.				1	2 3 4 5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.				1	2 3 4 5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.				1	2 3 4 5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.				1	2 3 4 5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1	2 3 4 5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.				1	2 3 4 5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.				1	2 3 4 5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.				1	2 3 4 5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.				1	2 3 4 5
23. Cuando me siento mal, me irito conmigo mismo/a por sentirme así.				1	2 3 4 5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.				1	2 3 4 5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.				1	2 3 4 5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.				1	2 3 4 5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.				1	2 3 4 5
28. Cuando me siento mal, mis emociones se me olvidan.				1	2 3 4 5

Puntuación Inversa
1 = 5

Evaluación personal BIS-11:

Las personas son diferentes en la forma en la que se comportan y piensan en distintas situaciones. Esta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente.

Raramente o nunca Ocasionalmente A menudo Siempre o casi siempre
1 2 3 4

	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

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: Aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual en las alteraciones emocionales de adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Cynthia Paola Alcívar Guerrero

Datos de localización del investigador principal 3564483, 0987382605,
 calcivar@estud.usfq.edu.ec

Co-investigadores: N/A

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p>
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en esta investigación sobre la influencia de la Terapia Dialéctica Conductual para alteraciones conductuales en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención.</p>
<p>Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i></p>
<p>La presente investigación cuenta con la participación de 50 adolescentes entre 15 y 18 años de edad con diagnóstico de Déficit de Atención e Hiperactividad basado en criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM IV-TR. Los participante serán divididos en grupo control y grupo experimental aleatoriamente. El objetivo del estudio es enseñar técnicas de regulación emocional, efectividad interpersonal y mindfulness para disminuir conductas riesgosas en pacientes con ADHD.</p>
<p>Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i></p>
<p>Para participar del estudio, usted asistirá a sesiones semanales de dos horas de duración. Dentro de este tiempo completará el entrenamiento de habilidades de efectividad interpersonal, 5 semanas; regulación emocional, 7 semanas; combinado con técnicas de mindfulness a lo largo del mismo.</p>
<p>Riesgos y beneficios <i>(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)</i></p>

La terapia ha mostrado resultados positivos en cuanto a regulación emocional y manejo de la impulsividad por lo que se espera que la sintomatología referente a estos aspectos disminuyan. Los participantes podrían experimentar emociones abrumadoras durante el tiempo de terapia, sin embargo, se plantea un plan de contingencia para manejo de crisis. Si por cualquier motivo el participante desea abandonar el estudio, puede hacerlo sin ninguna repercusión.

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 psicólogo encargado tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

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

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

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

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0987382605 que pertenece a Cynthia Alcivar, o envíe un correo electrónico a calcivar@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec