

Eficacia de las terapias dialectico-conductual y cognitivo-conductual como tratamiento específico para la desregulación emocional en adolescentes con TDA/H.

Trabajo Final de Grado: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Raquel Pérez Marín
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultor/a: Laura Montejo Egido

Fecha de entrega: 23 de diciembre de 2022



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/)

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO EN PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	Eficacia de las terapias dialectico-conductual y cognitivo-conductual como tratamiento específico para la desregulación emocional en adolescentes con TDA/H.
Nombre del autor:	Raquel Pérez Marín
Nombre del consultor:	Laura Montejo Egido
Fecha de entrega	12/2022
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica y de la Salud: tratamientos psicológicos para el TDA/H</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>
Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):	
<p>El TDA/H afecta entre 2,5-4% de la población adolescente, y aunque hay evidencia de la DE como sintomatología asociada, no hay establecidos tratamientos para atención como parte de la patología, impidiendo provocar cambios a largo plazo y empeorando la calidad de vida de los pacientes.</p> <p>Este proyecto de investigación cuasiexperimental, transversal con medidas test-retest y grupo control, y seguimiento longitudinal postratamiento, tiene un objetivo doble: evidenciar los efectos positivos de la psicoterapia individual sobre la DE en el TDA/H en la adolescencia, y comprobar si la inclusión de la TDC o TCC, como tratamiento añadido al TAU.</p> <p>Se selecciona una muestra intencional de 209 participantes de 15 años de Barcelona, distribuidos en 2 grupos experimentales y 1 grupo control. Se evalúa con las escalas CADAH, ETF y DERS un mes antes y después del</p>	

tratamiento. También se hace observación longitudinal al año, y a los dos años de esta.

Confirmar las hipótesis plasmaría la importancia de incluir una psicoterapia individual al tratamiento del TDA/H para atender a la DE y mejorar la calidad de vida. Además, evidenciar la funcionalidad de la TCC y la TDC, podría abrir la puerta a futuras investigaciones que establezcan estos tratamientos como posible intervención indicada en TDA/H.

Limitaciones destacables del proyecto son el no consenso sobre los síntomas específicos de DE en el TDA/H, y la falta de evidencia previa sobre la eficacia de la TDC en TDA/H. A nivel de validez externa, el muestreo no probabilístico impide la generalización de resultados a la población.

Palabras clave (entre 4 i 8):

Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad; TDA/H; desregulación emocional; TCC; terapia cognitivo-conductual; TDC; terapia dialectico-conductual.

Abstract (in English, 250 words or less):

ADHD affects between 2.5-4% of the adolescents, and although there is evidence of ED as an associated symptom, there are not established treatments for the pathology, preventing long-term changes and worsening the quality of life of patients.

This is a quasi-experimental cross-sectional research project, with test-retest measures and control group, also longitudinal post-treatment follow-up. It has two objectives: to demonstrate the positive effects of individual psychotherapy on ED in ADHD in adolescence, and to test whether the inclusion of DBT or CBT, as an add-on treatment to TAU.

A purposive sample of 209 participants aged 15 years from Barcelona is going to be selected, distributed in 2 experimental groups and 1 control group. They will be assessed with the CADAH, FDS and DERS scales one month before

and after treatment. Longitudinal observation was also carried out at one year and two years after treatment.

Confirming the hypotheses would show the importance of including individual psychotherapy in the treatment of ADHD to address ED and improve quality of life. In addition, demonstrating the functionality of CBT and DBT could open the door to future research to establish these treatments as a possible intervention indicated in ADHD.

Notable limitations of the project are the lack of agreement on specific ED symptoms in ADHD, and the lack of previous evidence on the efficacy of DBT in ADHD. At the level of external validity, the non-probabilistic sampling prevents the generalisation of results to the population.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Attentional deficit hyperactivity disorder; ADHD; emotional desregulation; BCT; Behaviorial-cognitive therapy; DBT; dialectical behaviorial therapy.

Índice

0. Introducción	1
1. Contexto y justificación	2
2. Revisión teórica	3
2.1. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)	3
2.2. Desregulación y alta labilidad emocional en el TDA/H	4
2.3. Tratamiento farmacológico para el TDA/H y su efecto en la DE.....	6
2.4. Tratamiento psicosocial para el TDA/H	8
2.5. Tratamiento psicológico para el TDA/H: Terapia cognitivo-conductual	9
2.6. Efecto de la terapia dialectico-conductual en la DE.....	12
3. Problema	14
4. Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis.....	16
5. Propósito de la investigación	17
6. Método.....	17
6.1. Diseño de la investigación	17
6.2. Participantes.....	18
6.3. Instrumentos.....	21
6.4. Procedimiento.....	23
7. Análisis planteados.....	31
8. Discusión	32
9. Conclusiones	34
10. Referencias bibliográficas	36
11. Anexos	47
11.1. Calendario de trabajo.....	47
11.2. Anexo 1: Glosario.....	47
11.3. Anexo 2: Retroalimentación del temor - evitación frente la frustración	48

11.4.	Anexo 3: Patrón reforzador por evitación	48
11.5.	Anexo 4: Cuestionario de selección de la muestra	48
11.6.	Anexo 5: Consentimiento informado	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	.....	18
Figura 2	.....	18
Figura 2	.....	19
Figura 4	.....	24
Figura 5	.....	48
Figura 6	.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	.....	19
Tabla 2	.....	20
Tabla 2	.....	20
Tabla 4	.....	21
Tabla 5	.....	24
Tabla 6	.....	25
Tabla 7	.....	47
Tabla 8	.....	49

0. Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención, con o sin Hiperactividad (TDA/H), es un trastorno del neurodesarrollo definido, por el DSM-5, con sintomatología de inatención y/o hiperactividad/impulsividad, diferenciando tres subtipos diferentes: inatento, hiperactivo/impulsivo, y combinado (presenta sintomatología de ambos subtipos) (American Psychiatric Association, 2014). Además de la sintomatología de inatención, hiperactividad e impulsividad, la patología también se caracteriza por presentar desregulación emocional (DE), la cual genera una vivencia intensa de las emociones y dificulta su autogestión (expresando labilidad y reactividad emocional). Roselló et al. (2019) y Shaw et al. (2014) afirman que estos síntomas se vinculan a la impulsividad, por lo que son más frecuentes en los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinado.

El TDA/H muestra una prevalencia poblacional del 5-8% en etapa escolar, aunque se reduce a un 2,5-4% llegada la adolescencia. Es habitual que el trastorno remita durante la adolescencia, resultando menos intenso en la edad adulta por los cambios madurativos y el aprendizaje experiencial, sin embargo, en un 30% de los pacientes persiste toda la vida (González et al., 2015; Pelaz & Autet, 2015). Actualmente, se estima que esta patología afecta a un 5% de la población adulta, y se considera infradiagnosticada (American Psychiatric Association, 2014; Kooij et al., 2019). Las razones de por qué el TDA/H persiste no están claras, pero la DE parece estar implicada, dado que estos síntomas suelen presentarse en adultos con TDA/H (mayor persistencia en los subtipos hiperactivo/impulsivo y combinado), mientras que aquellos en quienes ha remitido muestran mejor regulación (Shaw et al., 2014).

La DE tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, pues genera baja tolerancia a la frustración, conductas de evitación, y dificultades en las relaciones sociales; exponiendo la importancia de tratar esta sintomatología como parte del TDA/H, y no como una comorbilidad, dado que no se manifiesta como un estado transitorio puntual (Dodson, 2022b; Faraone et al., 2019; Posner et al., 2014; Roselló et al., 2019).

En base a estos datos, se considera importante tratar esta sintomatología como parte del trastorno, y no como un estado transitorio y puntual en la vida de los pacientes, pues el tratamiento temprano adecuado mejoraría la calidad de vida de estos y sus relaciones interpersonales a corto y largo plazo, facilitando su socialización una vez alcanzada la etapa adulta (Posner et al., 2014).

1. Contexto y justificación

La DE en el TDA/H ha ganado importancia en los últimos años y, aunque no está considerada como sintomatología nuclear del diagnóstico, sí ha demostrado un impacto relevante en la calidad de vida de los pacientes (Corbisiero et al., 2017; Dodson, 2022a; Sánchez, 2017; Shaw et al., 2014; Skirrow & Asherson, 2013; Surman & Walsh, 2022). A pesar de las evidencias, los síntomas específicos de la DE en el TDA/H no están bien concretados, entorpeciendo determinar qué es consecuencia del trastorno, y qué es causado por otros síntomas o la experiencia vital (Lima De Araújo et al., 2019).

La falta de especificación de los síntomas dificulta establecer tratamientos concretos, lo que provoca que la DE acostumbre a tratarse de forma puntual y secundaria, como síntomas comórbidos, quedando a un lado en el tratamiento habitual para el TDA/H. En los últimos años han aparecido propuestas de tratamiento prometedoras para la DE, no obstante, su evidencia es aún limitada, no se puede confirmar su eficacia, y no acostumbra a ser el motivo central de la intervención ni la investigación (Alcívar, 2019; Faraone et al., 2019; Lambez et al., 2020; Lopez et al., 2018; Surman et al., 2013).

Este estudio pretende centrarse en la DE manifestada por adolescentes con TDA/H, esperando obtener datos que especifiquen la funcionalidad terapéutica de la TCC y la TDC como posibles tratamientos de intervención. Para ello, se prestará atención a las mejorías percibidas corto y largo plazo, con lo que se espera observar diferencias en la eficacia entre la TCC y la TDC respecto al grupo con tratamiento habitual (TAU). Los resultados obtenidos pueden ser de relevancia en el campo de la intervención clínica, y orientar futuros planes de tratamiento para la DE como foco de atención en el TDA/H. Así mismo, esta propuesta espera abrir nuevos paradigmas en el campo de la investigación que nos permita comprender mejor este trastorno y sus múltiples manifestaciones.

2. Revisión teórica

2.1. El Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDA/H)

El TDA/H es definido por la APA (2014) en el DSM-5 por sintomatología nuclear de inatención y/o hiperactividad/impulsividad. La *inatención* afecta a las capacidades cognitivas (funciones ejecutivas, atención y memoria de trabajo) dificultando la organización, atención mantenida y tareas que requieren persistencia sin interrupciones. La *hiperactividad* manifiesta inquietud y elevada energía y actividad motora, y se presenta junto con *impulsividad*, la cual expresa tendencia por actuar de forma apresurada, en busca de recompensas inmediatas, sin valorar consecuencias a largo plazo. Esto suele derivar en impaciencia y dificultad por respetar las normas, pudiendo facilitar conductas susceptibles al rechazo social.

Además de estos síntomas, la DE aparece con mucha frecuencia como parte del TDA/H, manifestando baja tolerancia a la frustración, labilidad y reactividad emocional, favoreciendo que aparezcan conductas inadecuadas y respuestas emocionales extremas, y dificultando el desempeño social y laboral/académico. Roselló et al. (2019) incluye esta desregulación como parte de los “*procesos cálidos (hot)*” (inhibición, cambio y control emocional), y los asocia al subtipo hiperactivo/impulsivo (y combinado), mientras que los “*procesos fríos (cold)*” (dificultades de planificación, memoria de trabajo, iniciativa y monitoreo de tareas) son más descriptivos del subtipo inatento (y combinado).

La DE se manifiesta en labilidad emocional (experiencia emocional intensa) y reactividad (dificultad para inhibir la expresión emocional), provocando baja tolerancia a la frustración, y facilitando el desarrollo de conductas evitativas que interfieren en las diversas áreas de desarrollo, afectando así a la calidad de vida de los pacientes (Dodson, 2022b; Roselló et al., 2019).

El rendimiento escolar/laboral suele verse afectado por la *inatención*, generando frustración y, en consecuencia, desempleo, absentismo, bajo autoconcepto, desorganización y mala gestión de los conflictos. Esto puede tener un impacto notorio en las ambiciones profesionales, el nivel de estudios e incluso el capacidad intelectual (CI) (aunque existe mucha variabilidad al respecto). Por otro lado, la *hiperactividad/impulsividad* genera vulnerabilidad al

rechazo social, especialmente en las etapas escolares y la adolescencia, dado que puede reforzarse con el bajo rendimiento escolar. Esto dificulta la gestión de conflictos interpersonales, y supone un factor de riesgo para el consumo de sustancias (por la búsqueda de recompensas inmediatas), a sufrir accidentes o lesiones (por la inatención), e incluso al encarcelamiento por delinquir¹ (los riesgos aumentan si se desarrollan trastornos de conducta o personalidad antisocial) (American Psychiatric Association, 2014; Dodson, 2022a).

Aunque existe “*una base teórica sólida para considerar la labilidad emocional y la deficiente autorregulación emocional como síntomas centrales del TDA/H, no hay consenso sobre cómo definir estos constructos de manera específica*” (Faraone et al., 2019, p.133). Esto dificulta establecer un tratamiento concreto para la DE en el TDA/H, siendo atendida por separado, como demanda comórbida, o pasando por alto su intervención.

2.2. Desregulación y alta labilidad emocional en el TDA/H

La DE en el TDA/H aparece por falta de autocontrol (impulsividad emocional) y se relaciona con los subtipos impulsivo/hiperactivo y combinado (Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013). Su explicación recae en la afección de los mecanismos psicológicos *abajo-arriba* y *arriba-abajo*, reguladores los procesos atencionales. Los mecanismos *abajo-arriba* gestionan la atención destinada a estímulos externos según su carga emocional y las recompensas asociadas, pero los pacientes con TDA/H tienden a sobrevalorar la carga emocional negativa, experimentándolos con gran intensidad (Shaw et al., 2014). Esto se manifiesta durante la adolescencia (y se suma a los cambios emocionales normativos de la edad²), debido a que el reflejo de respuesta a las situaciones negativas queda atenuado durante la infancia, y se puede mantener toda la vida. Por otro lado, los mecanismos *arriba-abajo* modulan la atención de forma consciente, contrastando la emocionalidad y recompensa del estímulo con los objetivos y metas personales. La afección de esto se vincula indirectamente

¹ Nuevamente, esto se observa con variabilidad y no es un patrón conductual en los pacientes.

² Durante la adolescencia la amígdala (encargada de la producción emocional) se muestra más desarrollada que córtex prefrontal (área encargada de, entre otros, el autocontrol y regulación emocional). Esto provoca que, durante esta etapa vital, exista mayor labilidad y reactividad emocional, algo normativo que desaparecerá con el paso del tiempo, según las áreas encefálicas maduren y terminen de desarrollarse por completo (Carlson, 2005; Moreno, 2014).

con la DE, dado que las dificultades atencionales generan frustración, la cual aumenta la DE y, paralelamente, entorpece todavía más la atención consciente (Shaw et al., 2014).

La sobrevalorización de las experiencias negativas genera, progresivamente, alta sensibilidad a la frustración, frente a la que los pacientes responden con conductas evitativas de eventos futuros. Esto dificulta la toma de decisiones e implicación en situaciones que temen fracasar, pudiendo fomentar la no implicación académica y el autoaislamiento social (temor a implicarse y no conseguir sus objetivos)³ (Dodson, 2022b; Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013; Shaw et al., 2014).

La evitación mantenida, retroalimenta el temor a la frustración, extendiéndose cada vez a más áreas vitales y generando un estado de tensión mantenido. A largo plazo, esto puede afectar a la salud física; favorece distorsiones cognitivas que disminuyen el autoconcepto, autoestima y las capacidades percibidas; y fomenta una emocionalidad ansioso-deprimida. Las relaciones interpersonales también pueden verse notablemente afectadas, pues la evitación puede generar aislamiento, y la reactividad facilita la expresión de enfados y dificulta la gestión de los problemas (Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013; Shaw et al., 2014). Las interacciones sociales negativas (por ejemplo, muestras disciplinarias docentes, o burlas o rechazo de los compañeros) pueden ser muy mal recibidas, generando alta frustración y bajo autoestima y sentimientos de autoeficacia (Dodson, 2022b; Lima De Araújo et al., 2019; Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013). Durante la adolescencia el grupo social entre iguales adquiere gran importancia y el impacto de estas dificultades es mayor, pudiendo desarrollarse miedo a ser diferente por el estigma asociado al diagnóstico (Lima De Araújo et al., 2019).

Sánchez-Pérez y González-Salinas (2013) exponen que la relación profesor-alumno puede fomentar conductas de exclusión entre iguales. Los docentes modulan su trato con los alumnos según lo “*educables*” que son; término que define las características del alumno que facilitan su educación. No obstante, estas son contradictorias a los síntomas nucleares del TDA/H, provocando

³ Ver anexo 2.

estos niños reciban más críticas y disciplina que otros alumnos, y pudiendo afectar a su motivación por los estudios y generar estigmatización social.

Estos síntomas, situaciones y malestar mantenido, con el refuerzo de la evitación, facilita que los pacientes con TDA/H caigan en un estado de autodepresión donde experimenten por sentimientos de soledad, incomprensión, tristeza intensa, baja autoestima (Lima De Araújo et al., 2019). Así pues, la DE tiene un impacto notorio y negativo sobre la calidad de vida de los pacientes con TDA/H, no obstante, Lima et al. (2019) remarcan la importancia de valorar la individualidad experiencial y contextual de cada caso, dado que el TDA/H puede manifestarse de formas diversas y es *“tenue la línea que separa lo que sería un comportamiento patológico, vinculado al TDA/H, de una existencia de sentirse incapaz y limitado”* (p.11).

2.3. Tratamiento farmacológico para el TDA/H y su efecto en la DE

Es el más evidenciado para tratar el TDA/H, el cual, al contar con una base genética y neurobiológica definida, permite establecer propuestas farmacológicas bien delimitadas (García et al., 2015).

La intervención con estimulantes es la más evidenciada, con un éxito del 70-80% ante síntomas nucleares (inatención, impulsividad e hiperactividad). El metilfenidato (MPH) suele ser la primera elección de tratamiento y atiende a síntomas cognitivos y conductuales, mejorando también la socialización. En segundo lugar, la lisdexanfetamina dimesilato (LDC) está ganando popularidad en los últimos años tras observarse su uso seguro. Este tiene una vida media superior a la del MPH, y presenta más estabilidad, y menor toxicidad y riesgo de abuso (Esparza, 2011; García et al., 2015; Herreros et al., 2015).

Menos utilizados, encontramos fármacos no estimulantes. Estos se utilizan cuando los estimulantes no son eficaces, ya sea por el impacto grave de efectos secundarios, por abuso, o por comorbilidades que hacen incompatible su uso (Amado et al., 2015). En España, la atomoxetina (ATX) (inhibidor de la recaptación de norepinefrina) es el único fármaco no estimulante aprobado para el tratamiento de TDA/H. Este fármaco se indica también cuando existen tics, abuso de sustancias o trastornos ansioso-depresivos comórbidos, y aunque a corto plazo su efecto no es tan eficaz (requiere una adaptación de

semanas para lograr su máximo efecto), a largo plazo su respuesta es similar a la de los estimulantes (Amado et al., 2015). La ATX no se considera tratamiento de primera elección por los incómodos efectos secundarios que puede provocar y el mayor riesgo de abandono (Antolí & Gómez, 2013).

Estos fármacos mejoran la DE del TDA/H, siendo el MPH (de acción retardada) el más eficaz, y la LDC la menos evidenciada, no obstante, la eficacia en síntomas emocionales es menor que en los nucleares (inatención e hiperactividad/impulsividad). El MPH mejora sintomatología emocional asociada al TDA/H, reduce ideas obsesivas y mejora el autoconcepto⁴. Por otro lado, la ATX mejora la labilidad emocional y reduce ansiedad, depresión, ira, miedos y fobias, e ideas paranoides o psicóticas (Rösler et al., 2010).

Rösler et al. (2010), Amado et al. (2015) y García et al. (2015) puntualizan que todos los fármacos mencionados pueden ocasionar efectos adversos similares, aunque la mayoría son leves y no conllevan al abandono. Entre estos, destaca el posible impacto cardiovascular, y los posibles efectos negativos sobre el crecimiento, aunque en el caso de la ATX *“tiende a lentificarse (...) pero se normaliza a los 18 meses”* (Amado et al., 2015, pág. 83).

Los estudios aportan datos prometedores sobre los efectos positivos que estos fármacos parecen tener sobre la DE, sin embargo, también contradictorios. Aunque la tendencia es positiva, no se ha aclarado todavía cómo actúan y los resultados evidenciados muestran variabilidad, siendo difícil determinar las diferencias en la eficacia. Esto podría explicarse por la falta de validez externa en los grupos de estudio (diferencias destacables), el efecto de tratamientos psicológicos o psicoeducativos paralelos (u otras variables), y/o por la falta de consenso para determinar de forma clara esta sintomatología. A fecha de este trabajo no se puede confirmar el efecto positivo de estos tratamientos (Faraone et al., 2019; Surman & Walsh, 2022).

Aunque es el tratamiento de primera elección, diversos autores ponen en duda que sea la mejor decisión por las dificultades y riesgos añadidos; hasta un 30% de pacientes no se adaptan adecuadamente, no hay consenso en las pautas

⁴ El autoconcepto no se puede determinar como síntoma directo del TDA/H, sino como consecuencia secundaria de las vivencias negativas sobrevaloradas (Rösler et al., 2010).

de prescripción de estimulantes y, al ofrecer únicamente tratamiento sintomático, se plantea una administración indefinida (Miranda et al., 2006). Esto expone la necesidad de mayor estudio sobre tratamientos no farmacológicos como posible opción previa a la farmacoterapia, a fin de reducir daños o efectos importantes. Estos tratamientos dotan al paciente de recursos que facilitan su adaptación en los diferentes entornos y permiten plantear una retirada, parcial o total, futura de la medicación (Catalá-López et al., 2017; Jarque, 2012; Miranda et al., 2006).

2.4. Tratamiento psicosocial para el TDA/H

Se recomienda tratar el TDA/H con una intervención multimodal, que atienda el diagnóstico de manera individualizada desde las diferentes áreas de desarrollo del paciente. Para ello, se combina el tratamiento farmacológico, psicológico y psicoeducativo, a fin de lograr una coordinación multidisciplinar con los profesionales implicados en los diferentes entornos, buscando dotar al paciente con recursos que le permitan contrarrestar sus dificultades patológicas.

Las intervenciones psicosociales se centran en la coordinación conjunta con la escuela y la familia, y son especialmente eficaces tras la farmacológica en el TDA/H. En la escuela, buscan mejorar el rendimiento escolar practicando competencias académicas, y diseñando adaptaciones curriculares que respeten las diferencias individuales (instrucciones claras y concisas, adaptación del entorno en el aula para reducir estímulos, sentarse cerca del docente...). A nivel familiar, pretenden mejorar las relaciones paternofiliales y lograr un estilo educativo facilitador del cambio de conducta (Serrano-Troncoso et al., 2013).

Los programas psicoeducativos para maestros educan respecto al TDA/H, sus dificultades, y ofrecen recursos para gestión en el aula mediante técnicas cognitivo-conductuales dirigidas al cambio conductual del alumno, y a la mejora de sus funciones ejecutivas y atención (Gutiérrez Rojas, 2010). Presentan alta eficacia, pudiendo alcanzar resultados mejores a los de la medicación ante la impulsividad y la hiperactividad (Miranda et al., 2006). Tras el programa, los alumnos mejoran en el cumplimiento de normas, atención centrada en la tarea, y conductas adaptativas, lo que tiene efectos positivos en la socialización, las capacidades percibidas (autoconcepto) y la emocionalidad (Jarque, 2012).

Paralelamente, el entrenamiento para padres puede tener efectos muy positivos en las relaciones paternofiliales y en la vivencia de los progenitores del TDA/H. El objetivo es mejorar en los padres la autoconfianza y capacidades percibidas, y dotarlos con recursos para gestionar las conductas disruptivas de los hijos (Serrano-Troncoso et al., 2013). Mejorar la confianza intrafamiliar es positivo para el desarrollo del menor, y alivia el estrés y tensión en los padres, no obstante, no resulta tan eficaz como otras técnicas expuestas. Se debe intervenir globalmente en el sistema familiar (modificar conductas mantenedoras de los padres, mejorar la comunicación, uso del refuerzo positivo, etc.), vigilando no centrarse únicamente en el cambio conductual del paciente, ya que el aumento de críticas puede producir “efecto rebote” y aumentar conductas indeseadas (Jarque, 2012; Vidal-Estrada, 2015).

2.5. Tratamiento psicológico para el TDA/H: Terapia cognitivo-conductual

Aunque la medicación resulta muy eficaz, Pelham y Gnagy (1999) destacan la importancia de enseñar habilidades que mejoren los comportamientos indeseados y ayude a la socialización, algo que mejora sentimientos de autocapacidad y podría facilitar la retirada parcial o completa de fármacos a largo plazo (Pelham & Gnagy, 1999).

El tratamiento psicológico del TDA/H se centra en el reaprendizaje, entrenamiento de habilidades, y la modificación de la conducta. Para ello, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que presenta mayor evidencia, y se considera prometedora para tratar la DE, ya que logra mejorar el autocontrol y la inhibición de conductas impulsivas (Lambez et al., 2020; Lopez et al., 2018). Este enfoque ha demostrado ser funcional para intervenir patologías emocionales como las derivadas de la ansiedad o la depresión, reactividad ante enfados y baja autoestima, dotando a los pacientes con recursos aplicables en la cotidianidad (Kaczurkin & Foa, 2022; Lopez et al., 2018; Puerta & Padilla, 2011; Santiago, 2022; Zhou et al., 2017). No obstante, las evidencias de su intervención en la DE en el TDA/H son todavía muy limitadas y con falta de calidad (Lopez et al., 2018).

Este enfoque contempla la DE como factor mantenedor de los comportamientos disruptivos, dificultando el cambio conductual. Esta ocurre por

una alta sensibilidad al castigo y una reducida experiencia (o valoración) de las recompensas, lo que afecta negativamente a la motivación para afrontar situaciones temidas y sobrevaloriza las experiencias negativas. En consecuencia, se generan distorsiones cognitivas y desesperanzadoras en torno al autoconcepto y al futuro, instaurando creencias inadecuadas que afectan a la evaluación de los estímulos externos y facilitan las anticipaciones catastrofistas. Esto genera una acumulación de experiencias negativas que desencadenan las conductas de evitación a la frustración (Papa et al., 2012) que, a largo plazo, actúan como reforzador negativo y mantenedor de la baja tolerancia a la frustración. La no exposición a los temores imposibilita el reaprendizaje y cambio conductual, pues no permite desmentir las distorsiones cognitivas⁵ (Dodson, 2022b; Maldonado & Cándido, 2003; Méndez et al., 2005; Papa et al., 2012; Procacci et al., 2001).

Esta situación provoca que las críticas pueden ser mal recibidas y fomenten la evitación⁶, por ello, para lograr el cambio conductual es de especial importancia atender al factor motivacional. Dado que los pacientes con TDA/H muestran una búsqueda de recompensas inmediata, el refuerzo positivo resulta muy eficaz para modificar el comportamiento⁷ (Serrano-Troncoso et al., 2013), por el contrario, el castigo positivo y refuerzo negativo pueden ser contraproducentes (Musser et al., 2016; Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013).

La *reestructuración cognitiva* permite desmentir creencias irracionales mediante el cuestionamiento socrático, el cual anticipa los posibles desenlaces de situaciones temidas, y los evalúa mediante la búsqueda de pruebas objetivas. Dado que estos pacientes tienden a sobrevalorizar los objetivos deseados, sin contemplar alternativas (rigidez cognitiva), mediante el cuestionamiento de los desenlaces temidos se logra mayor flexibilidad los pensamientos rígidos, generando cambios en la asignación emocional que otorga a estímulos

⁵ Ver anexo 3

⁶ Se ha observado relación entre el TDA/H persistente (a lo largo de la vida) a padres altamente críticos (Musser et al., 2016).

⁷ El refuerzo positivo consiste en otorgar recompensas frente a las conductas deseables (Bados & García-Grau, 2011).

intensos⁸ y logrando reducir las anticipaciones catastrofistas (Berking et al., 2013; Hervás & Moral, 2017; Méndez et al., 2005; Papa et al., 2012; Shaw et al., 2014; Strauss et al., 2019; Suveg et al., 2009). Cuestionar las creencias irracionales permite generar cambios en la interpretación de los problemas, y facilita una conducta más resolutiva y eficiente (Serrano-Troncoso et al., 2013). Esto permite reducir la sobrevalorización de experiencias negativas y, en consecuencia, mejora la autorregulación emocional y disminuye la respuesta impulsiva; por lo tanto, permite no solo el cambio cognitivo, sino también el emocional y conductual (Méndez et al., 2005).

La *exposición*, por su parte, actúa de forma opuesta a la evitación, facilitando las tareas de reestructuración cognitiva. Mediante esta técnica, el paciente debe exponerse (progresivamente) al estímulo temido, a fin de demostrar que se trata de un miedo injustificado. Esto permite ofrecer pruebas objetivas que desmienten las anticipaciones y aumenta la autoeficacia personal, facilitando un reaprendizaje y cambios en la conducta manifiesta (Papa et al., 2012).

El entrenamiento de habilidades resulta muy eficaz en el TDA/H, pues además de ofrecer recursos a los pacientes para afrontar sus dificultades, actúa como rehabilitación cognitiva. Aprovechando la plasticidad cerebral⁹, se entrenan las capacidades afectadas¹⁰, a fin de contrarrestar (en la medida de lo posible) síntomas nucleares (D'Alessandro et al., 2011; Lambez et al., 2020). La práctica de *habilidades organizativas* mejora la atención a través de la optimización del tiempo de estudio/trabajo, la toma de decisiones eficiente y la reducción de estímulos distractores, pudiendo mejorar notablemente el rendimiento escolar/laboral. Trabajar la *regulación emocional* mediante reestructuración cognitiva y entrenamiento en autocontrol, reduce la respuesta emocional impulsiva (D'Alessandro et al., 2011).

⁸ Esto facilita un cambio atencional y un uso más eficiente de las capacidades psicológicas abajo-arriba (Shaw et al., 2014).

⁹ En este aspecto, la atención precoz resulta esencial, pues cuanto más inmaduro se encuentran las áreas encefálicas, mayor maleabilidad presentan. Un proceso psicológico precoz, podría lograr cambios y mejoras irreversibles si se atiende en la infancia o la adolescencia (D'Alessandro et al., 2011).

¹⁰ El TDA/H muestra afección sobre el córtex prefrontal, encargado de las funciones ejecutivas, atención, autocontrol.

El *entrenamiento en habilidades sociales* es de especial importancia debido a la vulnerabilidad al rechazo social (American Psychiatric Association, 2014). Es una intervención de tipo grupal que involucra al paciente de forma activa en el entorno social, a fin de desarrollar conductas socialmente adecuadas mediante la práctica el autocontrol, el respeto por las normas establecidas, la resolución eficiente de conflictos hipotéticos (o pasados) y la gestión de la respuesta emocional (D'Alessandro et al., 2011; Papa et al., 2012). Paralelamente, los grupos de apoyo facilitan la psicoeducación¹¹ y el desarrollo de la asertividad y la empatía (D'Alessandro et al., 2011). Aunque es un tratamiento prometedor, todavía no existe un programa bien establecido para TDA/H, lo que puede dificultar la intervención (Serrano-Troncoso et al., 2013).

Finalmente, cabe destacar el *Mindfulness*, el cual centra la atención plena en el presente, reduciendo la ansiedad, impulsividad e hiperactividad, y mejorando el control de la atención sostenida y la regulación emocional. En consecuencia, se trabaja sintomatología emocional y facilita pensamientos positivos y de autocompasión (Mariño et al., 2017). Esta intervención a nivel escolar reduce los conflictos entre iguales, mejora la inteligencia emocional y enseña estrategias de autogestión (Martin & Sánchez, 2021). A nivel familiar, reduce el estrés y mejora la sensación de autoeficacia en los padres, logrando mejorar el apoyo familiar (Mariño et al., 2017).

El conjunto de estas técnicas, en un uso prolongado, permiten generar cambios en los significantes y creencias cognitivas, valorando de forma más adaptativa los logros y recompensas adquiridos y, en consecuencia, mejorando la sensación de autoeficacia y el autoconcepto. Esto disminuye la sobrevalorización de los acontecimientos, facilitando una reducción de las conductas evitativas y logrando una mejor regulación emocional.

2.6. Efecto de la terapia dialectico-conductual en la DE

La terapia dialéctica conductual, propuesta por Linehan, ha ganado importancia en los últimos años por su eficacia en tratar la DE en el trastorno límite de la personalidad (TLP), y por reducir ideas e intenciones suicidas y de autolisis (Chen et al., 2021; Flynn et al., 2018; Welch & Kim, 2012), siendo la primera

¹¹ Educación en torno al trastorno (definición, dificultades, estigma...).

intervención que propone un plan de prevención al suicidio firme y bien establecido (Asarnow & Mehlum, 2019). Así mismo, aunque con menor evidencia, este tratamiento también parece mejorar la regulación emocional durante la adolescencia, en conductas agresivas y en trastornos de la conducta alimentaria y tricotilomía¹² (Chen et al., 2021; Rozakou-Soumalia et al., 2021; Welch & Kim, 2012). Este enfoque combina diversas técnicas para alcanzar la aceptación del malestar (aumento de la tolerancia) mediante principios Zen y lograr el cambio en la vivencia y expresión de las emociones mediante técnicas cognitivo-conductuales (Gibert, 2015).

La intervención con técnicas cognitivo-conductuales puede suponer un reto importante cuando el paciente no muestra compromiso hacia el cambio. Esto se ha observado en pacientes con TLP, quienes asumen que su pensamiento no funciona bien, y se ven ante la incapacidad de provocar cambios, pues se han desarrollado en un entorno socioambiental invalidante y penalizador de cogniciones, emociones y conductas inadecuadas. Esto fomenta refuerza la DE y facilita los sentimientos de incomprensión. (Robins, 2002). De igual forma, en los pacientes con TDA/H, la expresión emocional y conductual inadecuada acostumbra a penalizarse por las personas de los diferentes entornos, provocando un cúmulo de experiencias negativas sobrevaloradas que tienen consecuencias estigmatizantes y en el autoconcepto (Lima De Araújo et al., 2019). Esto puede generar alta frustración y dificultar el compromiso hacia el cambio, suponiendo cada experiencia negativa durante el tratamiento, un retroceso en la vinculación terapéutica.

Los principios Zen provienen del budismo y parten de la base de la atención plena que propone el Mindfulness. Mediante estos, el terapeuta acepta y valida la experiencia del paciente, aún si esa presenta conductas inadecuadas, dado que parten de creencias instauradas que han acompañado al paciente toda la vida. Posteriormente, se trabaja dicha aceptación para que el paciente sea capaz de validarse a sí mismo, sin justificar conductas disruptivas para evitar caer en la victimización, pero comprendiendo el por qué estas han aparecido, y aceptando cómo se han dado los hechos (Robins, 2002).

¹² Trastorno asociado a la ansiedad en el que los pacientes sienten el impulso de arrancarse el pelo (Welch & Kim, 2012).

De forma posterior, se enfoca al paciente hacia el cambio mediante técnicas cognitivo-conductuales, con las cuales se entrenan habilidades y la motivación hacia el cambio mediante psicoterapia individual como grupal. En este proceso, resulta especialmente útil valorar técnicas del mindfulness que, mediante la aceptación plena de las situaciones, aumenta la tolerancia a la frustración, facilita la propia regulación emocional y, en conjunto, mejora las capacidades percibidas y las relaciones interpersonales (Gibert, 2015).

En la actualidad este tratamiento no cuenta con evidencia para en el TDA/H, pero si existe una propuesta su posible practicidad (Alcívar, 2019), y ha demostrado reducir la DE y las conductas impulsivas en otras patologías (Chen et al., 2021; Ciesinski et al., 2022; Rozakou-Soumalia et al., 2021; Welch & Kim, 2012). Se considera que la TDC mejoraría la tolerancia a la frustración, reduciendo así la evitación asociada a el alto impacto que esta tiene en la vida emocional de los pacientes. A través de esto, mejoraría la percepción de la autoeficacia y el autoconcepto y el estado emocional, facilitando la regulación.

En su aplicación, la TDC muestra una versión adaptada a adolescentes (TDC-A) para mejorar la regulación emocional. Esta contempla la adolescencia como etapa vital sujeta a cambios. En este el programa de intervención parte del original, pero es más corto, simplifica los materiales para adaptarlos a la edad y añade una nueva fase en el desarrollo destinada a la adolescencia. Así mismo, se incluye a la familia en el entrenamiento grupal de habilidades, como en la psicoterapia individual según sea necesario (Flynn et al., 2018; Gibert, 2015).

En base a estas evidencias, y el impacto de la DE en el TDA/H, se considera que la TDC podría ofrecer buenos resultados en pacientes con TDA/H, pudiendo adaptar, además, su intervención durante la adolescencia, a fin de ofrecer una atención precoz que podría tener efectos importantes en el desarrollo y manifestación de la patología a largo plazo.

3. Problema

La DE en el TDA/H tiene un impacto notorio en la calidad de vida de los pacientes y en su desarrollo psicosocial, sin embargo, debido a la alta variabilidad en la manifestación de la patología, no hay consenso en la especificación de estos síntomas, dificultando su intervención. Esto provoca

que habitualmente se comprenda la DE como estado comórbido transitorio, lo que intenta explicar la emocionalidad alterada a raíz de una (o varias) causas concretas, estableciendo una intervención ineficaz a largo plazo (American Psychiatric Association, 2014; Faraone et al., 2019).

Se observa pues, que existe una demanda importante para atender la DE como parte del TDA/H, y no como sintomatología puntual, requiriendo programas, técnicas y estrategias que doten a los pacientes de recursos para afrontar sus dificultades. En los tratamientos existentes la farmacoterapia es la primera elección y, aunque ha demostrado efectos positivos sobre la DE, sigue actuando de forma sintomática, impidiendo la mejoría del paciente y la retirada de la medicación a largo plazo en caso de que el trastorno persista (Miranda et al., 2006). Por ello, se incide en la importancia de estudiar y elaborar tratamientos no farmacológicos para entrenar las áreas afectadas y dotar a los pacientes con técnicas que les permitan reaprender y alcanzar un desarrollo funcional global (Catalá-López et al., 2017; Jarque, 2012; Miranda et al., 2006).

Los tratamientos psicológicos en este aspecto son esperanzadores, pero su evidencia en la DE del TDA/H es todavía muy limitada (Alcívar, 2019; Faraone et al., 2019; Lambez et al., 2020; Lopez et al., 2018; Surman et al., 2013). Se considera que estos, además de provocar un reaprendizaje en el modo de interpretar y valorar estímulos emocionales, pueden rehabilitar capacidades afectadas de forma permanente, gracias a la plasticidad cerebral. Esta posibilidad abre nuevos paradigmas de investigación donde la atención precoz puede ser determinante en el tratamiento de TDA/H (Lambez et al., 2020).

Debido a esto, el estudio pretende esclarecer la eficacia de los enfoques terapéuticos de la TCC y la TDC en la DE del TDA/H, pues resultan muy prometedores por su eficacia al atender síntomas similares en otras patologías (Berking et al., 2013; Chen et al., 2021; Ciesinski et al., 2022; Flynn et al., 2018; Kaczurkin & Foa, 2022; Papa et al., 2012; Puerta & Padilla, 2011; Zhou et al., 2017). Así mismo, se espera determinar qué efectos puede provocar, a corto y largo plazo, la atención precoz de estos síntomas, durante la adolescencia¹³.

¹³ El estudio decide centrarse en la adolescencia ya que es a la edad que la DE empieza a manifestarse, por lo tanto, se considera el mejor punto de partida para su atención precoz.

4. Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis

Este trabajo plantea una hipotética investigación que, por cuestión de normativa y exigencia académica, no se llevará a término de forma real y directa con grupos de estudio, no obstante, el planteamiento expuesto pretende ser útil para investigaciones futuras.

El proyecto presenta doble propósito, centrado en el impacto de la sintomatología emocional del TDA/H: determinar los efectos positivos de su intervención psicológica, y aclarar diferencias en la eficacia de los diferentes tratamientos psicológicos. En base a esto, se plantean dos preguntas de investigación. La primera de ellas refiere a: ¿Qué efectos puede tener la intervención con TCC y con TDC sobre la sintomatología emocional en el TDA/H en la manifestación del trastorno?

De esta cuestión se pretenden conseguir los objetivos de:

- Determinar si la TCC y TDC, enfocadas en la DE, mejora la labilidad y reactividad emocional, y la tolerancia a la frustración de los pacientes.
- Determinar si la atención de la DE provoca cambios a largo plazo que afecten al mantenimiento o remisión del trastorno.

La primera hipótesis de este trabajo predice que el tratamiento de la sintomatología emocional en el TDA/H reducirá la reactividad y labilidad emocional, mejorará la tolerancia a la frustración y aumentará la tasa de remisión de síntomas impulsivos a trastorno a largo plazo.

La segunda pregunta de investigación cuestiona: ¿Son la TCC y/o la TDC (administradas de forma individual en grupos diferentes) más eficaces que el TAU como tratamiento para la DE en adolescentes con TDA/H?

- Especificar si la TDC resulta más o menos de eficaz para el tratamiento de la desregulación emocional en TDA/H, versus al TAU.
- Especificar si la TCC resulta más o menos de eficaz para el tratamiento de la desregulación emocional en TDA/H, versus al TAU.

La hipótesis referente a esta cuestión considera los tratamientos propuestos (TCC y TDC) disminuirán la desregulación emocional en el TDA/H.

5. Propósito de la investigación

Este estudio podría ser relevante en el ámbito por ofrecer datos claros en cuanto a las diferencias de la eficacia de diferentes tratamientos, y su impacto consecuente en la calidad de vida de los pacientes.

Se espera proporcionar evidencias respecto a la funcionalidad de la TDC y la TCC como tratamientos psicológicos eficaces para la DE en el TDA/H. Para ello, en primer lugar, se centrará en buscar consecuencias concretas y medibles que permitan observar, de forma clara, si existe diferencia significativa en la manifestación sintomática a causa del tratamiento. En segundo lugar, el proyecto pretende concretar datos claros en cuanto a la eficacia de los tratamientos, determinando diferencias entre ellos. Para lograrlo, se evaluarán resultados antes y después de las intervenciones, en base a tres grupos de estudio: uno con TCC, otro con TDC y el último de control con TAU.

Con estos avances, este trabajo espera ampliar las evidencias respecto al tema de estudio, y concretar los paradigmas de investigación en el campo de la DE en el TDA/H, a fin establecer propuestas de intervención concretas que contemplen esta sintomatología como parte del trastorno, y no como una comorbilidad. Con ello se espera poder mejorar la atención a los pacientes a largo plazo, y en consecuencia, su calidad de vida.

6. Método

6.1. Diseño de la investigación

Este proyecto propone una investigación cuantitativa cuasiexperimental con grupo control (TAU), y dos grupos de distinta intervención (TAU+TCC y TAU+TDC) en los que se pretende provocar cambios sobre la VI, para mejorar los síntomas y consecuencias que provoca la DE en pacientes con TDA/H.

Este estudio trata de provocar cambios en la VI, para observar sus efectos en la VD antes y después de la intervención. Las variables presentadas son:

- VI: Capacidad de regulación emocional en pacientes de TDA/H de tipo combinado.
- VD: Labilidad y reactividad emocional, tolerancia a la frustración, y mantenimiento de la sintomatología impulsiva.

Para mejorar la validez interna se propone, utilizar una metodología test-retest con grupo control, en el que las observaciones (O) de la VD ocurrirán antes y después del tratamiento (χ), en todos los grupos (León & Montero, 2019). Así mismo, para observar si hay un mantenimiento de los cambios a largo plazo, se realizará seguimiento longitudinal (S) de los sujetos.

Figura 1

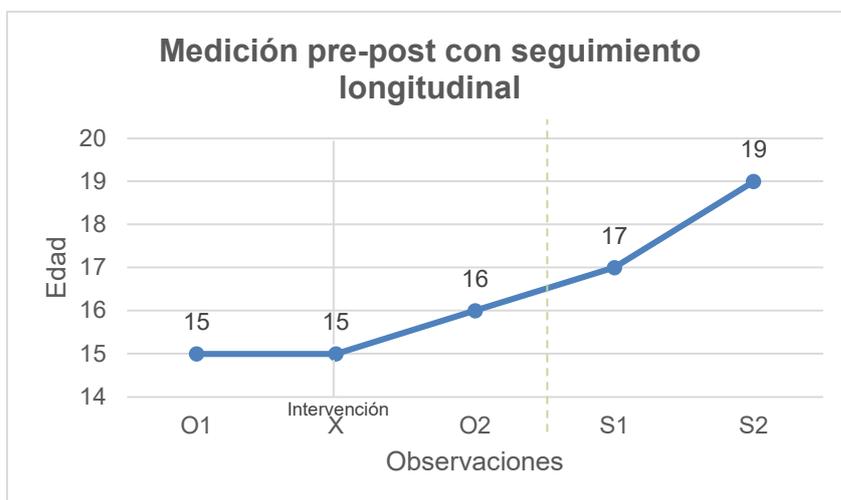
Observación del diseño test-retest con seguimiento a largo plazo

$$\begin{array}{c} O_1\chi O_2S_1S_2 \\ \hline O_1 O_2S_1S_2 \end{array}$$

Nota: Elaboración propia, 2022.

Figura 2

Representación gráfica de la metodología de investigación



Nota: Elaboración propia, 2022.

Esta propuesta pretende valorar los efectos de los tratamientos sobre la DE, por lo que se tomarán medidas antes y después de la intervención, mientras que el seguimiento nos permitirá observar posibles cambios a largo plazo hasta los 19 años, edad de transición a la etapa adulta¹⁴ (Moreno, 2014).

6.2. Participantes

Para seleccionar la muestra, el estudio se centra en la población de Barcelona, y en el grupo edad de 15 años (cumplidos o a cumplir en el mismo año). Esta

¹⁴ La adolescencia temprana se comprende entre los 11 y los 14 años, la media entre los 15 y los 18 años, y la transición hacia la etapa adulta (adolescencia tardía) entre los 18 y los 20 años, aproximadamente (Moreno, 2014).

edad se considera el inicio de la adolescencia media, siendo así los participantes lo suficiente mayores para haber terminado la transición infancia-pubertad, pero lo bastante jóvenes para no mostrar todavía signos próximos a la madurez adulta (Moreno 2014). En base a los datos oficiales publicados por el Ayuntamiento de Barcelona, a fecha de 2021, había un total de 13954 sujetos con 14 años, de los cuales el 51,56% eran de género masculino, y el 49,67% de género femenino. A fecha de este trabajo, en 2022, se consideran estos datos aproximados a la población de 15 años de Barcelona (INE, 2021).

Se conoce que el TDA/H afecta a un 2,5-4% de adolescentes según los datos expuestos en el DSM-5 (APA, 2014), por lo que, en base a la población de la ciudad, aproximadamente entre un 348 y un 559 de niños y niñas de 15 años tienen diagnosticada esta patología; siendo 454 la media de menores con 15 años afectada con TDA/H.

Tabla 1

Población censada de 15 años en Barcelona y aproximación de la prevalencia de afectados por TDA/H

	Población censada	%	Prevalencia mínima TDA/H (2,5%)	Prevalencia media TDA/H (3,25%)	Prevalencia máxima TDA/H (4%)	%
Total	13954	100	348,85	453,51	558,16	100
Mujeres	6847	49,07	171,18	222,53	273,88	49,67
Varones	7107	50,93	177,68	230,98	284,28	51,56

Nota: Elaboración propia, 2022.

Teniendo estos datos en cuenta, se establecen 454 sujetos como la población total de interés (N). Para formular el tamaño de un muestreo representativo, se parte de esta población, y se calcula en base a la siguiente fórmula:

Figura 3

Fórmula para el cálculo del tamaño muestral en poblaciones finitas

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N - 1) + Z^2pq}$$

Nota: Tomado de Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud (p.336), por Aguilar-Barojas, 2005, Salud en Tabasco, 11 (1-2).

En esta, se establece un nivel mínimo de confianza del 95%, que queda plasmado en el valor Z (1,96 en base a las tablas de distribución normal), y presenta un error máximo aceptable (e) del 5%. Se ha contemplado una

variabilidad positiva (p) y negativa (q) del 50% cada una, respectivamente, debido a que no se han encontrado trabajos anteriores con finalidades similares a este proyecto. En base a esto, se calcula una muestra (n) final de 209 participantes, de la localidad de Barcelona. Respetando los porcentajes anteriores, se procurará que el 49-50% de la muestra se componga de mujeres (103 participantes), y el 50-51% de varones (106 participantes).

Tabla 2

Cálculo del tamaño muestral de la investigación

Cálculo del tamaño muestral									
N	454	Z	1,96	p	0,5	q	0,5	e	0,05
$n = \frac{436,02}{2,09} = 208,33$									

Nota: Elaboración propia, 2022.

De esta selección, se incluirá a un participante más (210; 102 mujeres, 108 varones) para poder distribuirlos en 3 grupos iguales. Así mismo, se contemplará seleccionar un 10% extra de la muestra (21 participantes más; 10 mujeres y 11 varones), para poder compensar posibles abandonos.

Tabla 3

Tabla de distribución de la muestra en grupos de investigación

	n(+1)	V	M(+1)	Reserva (10%)	TOTAL
Total	210	108	102	21	231
Grupo TAU	70	36	34	7	77
Grupo TAU+TCC	70	36	34	7	77
Grupo TAU+TDC	70	36	34	7	77

Nota: Elaboración propia, 2022.

Para facilitar el contacto con esta población, se solicitará colaboración a los centros de educación secundaria. La selección se realizará mediante el uso de formularios¹⁵, realizándose un muestreo no probabilístico intencional. Dado que el objetivo del estudio es provocar cambios sobre la DE en el TDA/H, para observar sus efectos y la eficacia de los procesos terapéuticos, es importante controlar variables extrañas que podrían afectar al resultado final y

¹⁵ Ver Anexo 4.

comprometer la validez interna de la investigación. Por ello, se establecen los siguientes requisitos en la selección de la muestra:

Tabla 4

Criterios de inclusión y exclusión en la selección de la muestra

Criterios de inclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Sujetos con 15 años, o que los cumplan ese mismo año. • Diagnóstico de TDA/H de tipo combinado. Este subtipo es de los más frecuentes, y muestra impulsividad, asociada a la DE. • Síntomas de DE.
Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de otros trastornos comórbidos. Esto impediría determinar que la etiología de la DE se asocia al TDA/H. • Participación en otros tratamientos específicos para la regulación emocional. Esto impediría establecer relaciones causales entre la intervención de la investigación y la manifestación de los síntomas. • Abuso de sustancias. Podrían alterar el estado emocional.

Nota: Elaboración propia, 2022

6.3. Instrumentos

Los datos se registrarán mediante el uso de diferentes instrumentos psicométricos, validados para la población española, con consistencia interna y con puntuaciones de confiabilidad de respuesta. Esto permitirá transformar la experiencia subjetiva del paciente en datos cuantificables y objetivos, permitiendo observar cambios antes y después del tratamiento.

Escalas de Conners para TDA/H (CADAH) (Conners 3rd edición)

Permiten valorar el posible TDA/H, en menores de 18 años, midiendo síntomas nucleares mediante el análisis de la conducta de forma dimensional. Se compone de escalas destinadas a valorar: déficit de atención, hiperactividad/impulsividad, problemas de aprendizaje, funciones ejecutivas, agresión y relación interpersonal (Conners, 2014; Morales-Hidalgo et al., 2016). Con este instrumento se pretende observar si hay cambios importantes en la manifestación de esta patología al antes y después del tratamiento.

Si alguno de los participantes no muestra sintomatología congruente con un diagnóstico de TDA/H (no presencia de los síntomas), presenta datos no concluyentes, o se considera que la patología se encuentra en remisión, será descartado de la investigación por no cumplir con los criterios necesarios.

Conners' adult ADHD rating scales (CAARS)

Es la versión para adultos de la anterior (mayore de 18 años). En esta, se valoran los síntomas de TDA/H mediante el uso de autoinformes, e informes que responden observadores del entorno del paciente, en los que se valora el funcionamiento conductual, emocional y cognitivo, así como las funciones ejecutivas generales de la funcionalidad del paciente. Este instrumento fue validado al español por Bosch et al. en 2008, y al catalán, en una versión más corta a la original, por Amador-Campos et al. en 2012 (Morais, 2014).

Se utilizará únicamente al final del tratamiento, cuando los sujetos hayan alcanzado la edad adulta, como substitutiva de la CADAH, a fin de observar si los cambios postratamiento (en caso de haberlos) se mantienen a largo plazo.

Escala de dificultades en regulación emocional (DERS)

Este instrumento permitirá valorar la regulación emocional en base 36 ítems, divididos en escalas de impulsividad, deficiente uso de estrategias de afrontamiento, falta de aceptación emocional, inferencia en la conducta dirigida a metas, falta de consciencia emocional y falta de claridad emocional (Hervás & Jódar, 2008; Muñoz-Martínez et al., 2016). Esta escala se ha empleado con anterioridad en personas con TDA/H, y muestra buena consistencia interna y fiabilidad en la mayoría de sus subescalas, siendo la excepción las de consciencia y claridad que muestran eficacia aceptable (Hervás & Jódar, 2008).

Escala para la Evaluación de la Tolerancia a la Frustración (ETF)

Permite valorar las capacidades de gestión de las situaciones estresantes, la tolerancia a estas situaciones, y el control de la respuesta impulsiva, en menores de entre 12 y 17 años. Esto permitirá observar el impacto emocional del estrés en los pacientes, y cómo afecta a su funcionalidad, determinando el nivel de tolerancia y autocontrol (Delgado et al., 2011).

6.4. Procedimiento

FASE 1: Coordinación del equipo de investigación y colaboraciones.

Dado que el muestreo se centra en sujetos que ya presenten un diagnóstico de TDA/H filiado, se iniciará una colaboración con diversos centros públicos de educación secundaria, a fin de contactar con los menores. Estos centros serán seleccionados de forma aleatoria. El equipo de investigación compondrá de:

1. Investigador principal: Se encargará de planificar el proyecto, dirigir a los diferentes profesionales, y diseñar los planes de intervención detallados. Establecerá la pregunta, hipótesis y objetivos de la investigación previos a la experimentación, solicitará presupuestos, seleccionará al equipo y a colaboradores externos, y se coordinará con los profesionales implicados.
2. Estadístico: Analizará los resultados obtenidos de las evaluaciones, y extraerá para utilizarlos como conclusiones de la investigación.
3. Coordinadores: Se asignarán 3 responsables internos (1 por grupo de investigación), encargados de gestionar a los profesionales implicados; asignarles casos durante el proceso de recogida de datos, y asignarles casos diferentes durante el proceso de intervención. Los coordinadores también se encargarán de contactar e iniciar las colaboraciones con los centros escolares, gestionar las reuniones con los docentes implicados, y gestionar las reuniones internas del equipo.
4. Psicólogos para la evaluación: 2 profesionales “ciegos” a las condiciones de los grupos realizarán las evaluaciones antes y después de la intervención.
5. Psicólogos para la intervención: Se necesitarán 6 psicólogos profesionales, con la formación debida para ejercer como clínicos (residencia PIR o máster en psicología general sanitaria). Cada profesional atenderá a un total de 38 o 39 pacientes, de forma repartida según cada intervención indique. Los profesionales atenderán siempre al mismo grupo de investigación, y deberán tener formación y experiencia previa sobre las diferentes intervenciones terapéutica, distribuyendo así a 2 profesionales por cada grupo.
6. Psicólogos novel: Se contarán con 9 profesionales, 3 por cada grupo de investigación. La función de estos será ayudar a los más expertos y dar soporte durante la intervención (corrección de pruebas, dinámicas...).

Tabla 5

Tabla de distribución de los profesionales e investigadores

	Pacientes	Coordinadores	Auxiliares	Terapeutas	Terapeuta/p	Estadístico	Investigador principal
Grupo TAU	77	1	3	2	38-39	1	1
Grupo TAU+TCC	77	1	3	2	38-39		
Grupo TAU+TDC	77	1	3	2	38-39		
Total	231	3	9	6	38-39		

Nota: Elaboración propia, 2022.

Figura 4

Organigrama de la investigación



Nota: Elaboración propia, 2022.

FASE 2: Selección de la muestra y establecimiento de grupos

La muestra se seleccionará en los centros escolares colaboradores, mediante un formulario¹⁶ que valore los criterios de inclusión y exclusión. Para ello, en su etapa inicial, el investigador principal y los coordinadores de la investigación se reunirán con los docentes a fin de explicar las características de dicho formulario, con el objetivo de que ellos mismos lo administren al alumnado.

Este formulario, se entregará junto con un sobre que garantice la privacidad de las respuestas, quedando cerrado por el propio sujeto al terminar. Con esto, se pretende aumentar la sensación de seguridad y confianza de los adolescentes en las respuestas, dado que ni docentes ni familiares tendrán acceso a este formulario. Los educadores implicados, además, deberán expresar la importancia de responder por completo y de forma honesta, haciéndoles saber a los participantes que no serán juzgados por sus respuestas.

¹⁶ Ver Anexo 4.

Una vez escogidos los 210 participantes, se seleccionarán 21 perfiles más como reserva, para compensar posibles bajas, y se entregará a todos el consentimiento informado¹⁷. Se establecerán 2 grupos de investigación, y 1 de control, equitativos y aleatorios, y tratando de respetar criterios de sexo para mantener lo máximo posible porcentajes poblacionales. Cada grupo tendrá 70 participantes (34 mujeres y 36 varones), y 7 sujetos extra de reserva (3 mujeres, 4 varones). Todos los grupos recibirán tratamiento habitual (TAU), y los experimentales recibirán, además, tratamiento con TCC o TDC.

Tabla 6

Distribución de tratamiento psicológico en los grupos de investigación

Grupos	Tipo	TAU	TCC	TDC
Grupo A	Control	X		
Grupo B	Experimental	X	X	
Grupo C	Experimental	X		X

Nota: Elaboración propia, 2022.

Una vez asignados los grupos, se asignarán los profesionales. Para ello, 2 psicólogos “ciegos” realizarán evaluarán toda la muestra, y cada grupo contará con 2 psicólogos especialistas y 3 psicólogos novel de soporte, encargados del tratamiento. Los profesionales deberán tener experiencia previa con el TDA/H, y en las tareas realizadas (ya sea estar familiarizados con los instrumentos de evaluación, como con los tratamientos específicos).

FASE 3: Registro previo a la intervención

La recogida de datos la realizarán 2 psicólogos cualificados, ciegos a las condiciones del grupo, familiarizados con los distintos instrumentos y la patología, y con el soporte de psicólogos novel en el proceso de corrección. Se administrarán debidamente los instrumentos mencionados, se corregirán y se interpretarán, siguiendo las indicaciones de los manuales de referencia.

La observación pretratamiento se realizará un mes antes de la intervención, coincidiendo con el inicio del curso escolar (4º ESO). Se administrarán las escalas CADAH, DERS y ETF, obteniendo datos detallados sobre los síntomas de TDA/H, de DE, y de baja tolerancia a la frustración.

¹⁷ Ver Anexo 5.

FASE 4: Intervención terapéutica

Tras la recogida de datos, los profesionales implicados en la intervención realizarán, tres sesiones con los participantes a fin de que conocerlos y trabajar el vínculo. La primera sesión se realizará con el menor, acompañado de sus tutores, mientras que las siguientes, estará el menor a solas con el profesional a fin de fortalecer el vínculo terapéutico. La intervención empezará un mes después de la valoración pretratamiento, y se aprovechará el curso escolar para facilitar que se incluya como parte de una rutina.

Grupo A: Tratamiento habitual (TAU-control)

El tratamiento habitual (TAU) en el TDA/H se basa en una combinación multimodal de farmacoterapia (habitualmente con MPH) con apoyo de intervención psicosocial secundaria, destinada a trabajar de forma coordinada las familias y docentes (Esparza, 2011; García et al., 2015; Jarque, 2012).

Mientras que el tratamiento farmacológico debe estar debidamente controlado por un neurólogo o psiquiatra, el tratamiento psicosocial se establece mediante las directrices de un psicólogo. A nivel familiar, el profesional educa en torno al TDA/H para aumentar la comprensión de los adultos sobre las dificultades del menor, y de forma posterior, se ofrecen técnicas para ayudar a gestionar los problemas conductuales (refuerzo positivo, ordenes cortas, sistemas de contingencia, etc.) (Bonet et al., 2016; Serrano-Troncoso et al., 2013). Por otro lado, a nivel escolar, nuevamente se educa para mejorar la comprensión de los docentes hacia el alumnado con esta patología, y se ofrecen técnicas que ayuden a regular la conducta en el entorno de clase, a mejorar la concentración del menor y reducir la tasa de distracciones y, finalmente, se dan pautas para mejorar la motivación escolar y el autoestima (mediante recompensas y refuerzo positivos sociales) (Garrido, 2012; Jarque, 2012; Miranda et al., 2006).

La intervención psicosocial permite, en ambas ocasiones, dar apoyo a los adultos implicados en el desarrollo del menor, mejorar su sensación de autoeficacia, obtener directrices para mejorar la atención al menor, y educar en torno al TDA/H a fin de mejorar la comprensión hacia sus dificultades (Jarque, 2012; Miranda et al., 2006).

Aunque la farmacoterapia está bien establecida para tratar el TDA/H, sus efectos sobre la DE no están claros (Surman & Walsh, 2022). Aún y cuando se han observado efectos positivos sobre estos síntomas, no se cuentan con evidencias suficientes, y se ha observado que ofrecen atención únicamente sintomática, la cual desaparece al retirar el fármaco. Esto genera la necesidad de mantener la medicación a largo plazo, especialmente en aquellos casos que la patología no remite al alcanzar la edad adulta (Miranda et al., 2006). Por otro lado, aunque el tratamiento psicosocial es adecuado en edades inferiores, resulta insuficiente para adolescentes, dado que no se ajusta a la autonomía y capacidad cognitiva de estos. Por esta razón, este proyecto se considera interesante al ofrecer alternativas de atención más directas con el paciente adolescente (Vidal, 2015).

Con los siguientes tratamientos, expuestos en los grupos B y C, se pretende atender los síntomas de la DE de forma directa con el paciente, buscando provocar aprendizajes y cambios permanentes que reduzcan la dependencia farmacológica, y fomenten la autonomía. A pesar de las limitaciones mencionadas, esta propuesta no niega la eficacia del TAU por lo que, en todos los grupos de investigación lo recibirán de forma combinada con un tratamiento psicológico destinado a la DE.

Grupo B: Intervención psicosocial y TCC (experimental)

Además del tratamiento habitual, los pacientes realizarán TCC para la DE durante cerca de 7 meses (*32 sesiones semanales*), la cual se ajustará al curso lectivo facilitando incluir la terapia en la rutina, minimizando absentismos y abandonos. La propuesta de Antshel, Faraone y Gordon (2012) interviene con TCC individual a adolescentes con TDA/H. Consta de tres módulos básicos (psicoeducación, atención, y reestructuración cognitiva), y uno opcional (habilidades sociales, gestión de la rabia y la frustración, y actuación contra del retraso de responsabilidades), adecuado al objetivo de este proyecto.

Dado que esta investigación se centra en el efecto de la terapia sobre la DE, partirá de esta propuesta, pero incluirá modificaciones. No centrándose en directamente sobre la atención, sino en la evitación a la frustración (retraso de responsabilidades), gestión de la rabia y frustración, y las habilidades sociales:

1. Psicoeducación (4 sesiones): Se educará en torno al TDA/H y se trabajará el estigma. Esto es relevante ya que, se ha observado, que a partir de la adolescencia desciende la adherencia al tratamiento por factores diversos, entre los que destaca la baja motivación y el estigma (Antshel et al., 2012; Lima De Araújo et al., 2019; Vidal, 2015).
2. Reestructuración cognitiva (2-5 sesiones): Detectará distorsiones cognitivas, las someterá a pruebas objetivas para desmentirlas, y provocará cambios en el patrón cognitivo, para aumentar la motivación hacia el cambio y reducir la intensidad experiencial de las emociones.
3. Refuerzo del autoconcepto (2-4 sesiones): Paralelamente a la reestructuración cognitiva, se tratará el autoconcepto, para mejorar la sensación de autoeficacia, la emocionalidad deprimida y conductas de evitación adquiridas por frustraciones pasadas (Lima De Araújo et al., 2019; Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013).
4. Entrenamiento en habilidades sociales (6-11 sesiones cada 2-3 semanas): Sesiones alternas al resto de la terapia en formato grupal. Se entrenarán conductas interpersonales favoreciendo el desarrollo social adaptativo, y reduciendo el riesgo de exclusión o aislamiento (Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013; Shaw et al., 2014).
5. Entrenamiento en autocontrol (5 sesiones): En esta fase del tratamiento, los participantes deberían mostrar mayor consciencia de las consecuencias de su conducta y de su estilo cognitivo. Se planificarán objetivos realistas en conjunto, y se practicarán estrategias de autocontrol utilizables en el día a día (autoafirmaciones, autorregistros, contratos conductuales, autorrefuerzo, relajación...). Según se avance, se analizará si las técnicas funcionan, revisando errores y adaptando los recursos al paciente (Labrador, 2014).
6. Terapia de solución de problemas (5 sesiones): Se practicará una forma eficiente de solucionar problemas, con una serie de pasos que ayude al paciente a controlar la situación. Esta pretende reducir respuestas impulsivas valorando ventajas y desventajas de cada posible conducta, fomentando autocontrol y concienciando de que respuestas satisfactorias a corto plazo, pueden ser contraproducentes a largo plazo (Labrador, 2014).
7. Reducir el retraso de responsabilidades (3 sesiones): Se trabajará el

autorrefuerzo y el uso de incentivos para reducir la tasa de retraso de responsabilidades, lo cual tiende a tener repercusiones negativas (Vidal, 2015). Se detectará si existen conductas de evitación experiencial a la frustración, favoreciendo la exposición progresiva a la misma.

Grupo C: Intervención psicosocial y TDC-A (experimental)

La TDC-A (versión adolescentes) se plantea en *29 sesiones semanales* individuales (algo menos de 6 meses). Pretende identificar conductas inadecuadas y entrenar habilidades que motiven al paciente al cambio. Además, los terapeutas de este grupo se reunirán cada mes para realizar sesiones de supervisión en las que encuentren apoyo profesional y resuelvan dudas (de La Vega & Quintero, 2013; Gibert, 2015). Hasta el momento, no se cuenta una TDC bien establecida para TDA/H, por ello, se propone este diseño de intervención ajustado desde la propuesta de La Vega (2013) y Alvarez (2021), quien lo aplica para el trastorno límite de la personalidad (TLP) por los buenos resultados sobre la DE que ofrece (Alvarez, 2021; de La Vega & Quintero, 2013; Flynn et al., 2018).

1. Identificación de posibles conductas peligrosas (3 sesiones): Se analizará si existen conductas de riesgo para el bienestar del usuario (autolícitas, autolisis, u otras). Si existe riesgo inminente para la vida del paciente, deberá comunicarse esta situación y derivar al hospital.
2. Identificación y reducción de conductas que interfieran en el tratamiento (3 sesiones): Se identificarán conductas que puedan alterar los resultados del tratamiento y se derivarán para su tratamiento individual, antes de proseguir (consumo de drogas, elevada abstinencia...).
3. Identificación y reducción de conductas que afectan de forma negativa al paciente (3 sesiones): Se atenderá el estigma y autoconcepto, así como sentimientos de culpa por hechos pasados, a fin de mejorar la motivación de los pacientes hacia el cambio y el estado de ánimo.
4. Entrenamiento en habilidades de regulación emocional (5 sesiones): Se anticipará el afrontamiento de adversidades entrenando la solución de problemas, y reestructurando la anticipación negativa sobre la frustración. Se analizarán conductas pasadas buscando reconciliar al paciente consigo mismo, y se practicarán técnicas de relajación y de autocontrol.

5. Entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar (5 sesiones). Se trabajarán estrategias de relajación, de afrontamiento, distracción selectiva y autoinstrucciones para reducir el impacto de las situaciones negativas.
6. Entrenamiento en habilidades de consciencia (5 sesiones): De forma paralela, utilizarán técnicas de atención plena y mindfulness para provocar un cambio en la percepción de las adversidades y los propios errores.
7. Entrenamiento en habilidades de eficacia interpersonal (5 sesiones): Se analizará la propia conducta interpersonal desde la reflexión, buscando conflictos pasados e influenciados por la impulsividad, y se pensarán alternativas de afrontamiento a los mismos desde el autocontrol.
8. Atención telefónica y seguimiento mensual: Cada mes se evaluará la situación, atendiendo problemas puntuales y reforzando logros conseguidos. Además, se ofrecerá a los pacientes un número telefónico como recurso de emergencia por elevada ansiedad, culpa, rabia o impulsividad.

FASE 5: Registro posterior a la intervención, seguimiento y final

Las observaciones postratamiento se realizarán un mes después de finalizar la intervención, con las mismas escalas utilizadas al inicio de esta: CADAH, DERS y ETF. Con ello, se espera observar si hay diferencias a corto plazo, sobre la tolerancia a la frustración, reactividad y labilidad emocional, lo cual expresaría mejoras en la capacidad de regulación emocional. Dado el momento de inicio de la intervención, y la duración de la misma, esta observación ocurrirá cuando los sujetos tengan 16 años (o los cumplan ese año).

Tras esta medición, se mantendrá un seguimiento de los pacientes a largo plazo. En este, se repetirá esta valoración (con los mismos instrumentos), un año después de la intervención; cuando tengan 17 años, y dos años después de esta medición; cuando los sujetos tengan 19 años. Alcanzada la edad adulta, la escala CADAH deberá substituirse por la CAARS¹⁸. Finalmente, se considerará que finaliza la adolescencia tardía y los usuarios inician la transición a la etapa adulta, momento en el que se finalizará el seguimiento (Moreno, 2014).

¹⁸ El CAARS es la versión para adultos del CADAH, ya que este último no está indicado a partir de los 18 años.

7. Análisis planteados

El estudio, de tipo cuantitativo, plantea muestras independientes en las que se comparan tres grupos (uno de control, dos experimentales). Para el análisis de la eficacia del tratamiento se tendrá en cuenta los datos inmediatos de antes y después de la intervención (test-retest).

El análisis de los datos recogidos permitirá observar si la VI tiene influencia en la VD, determinando si las hipótesis planteadas son nulas (H_0) o alternativas (H_1). Este proceso dependerá de si se cumple una distribución normal o no, algo que podremos determinar gracias a la prueba de contraste de normalidad de Shapiro (r), prueba indicada para el tratamiento de datos cuantitativos como los que expone este estudio. Si en los resultados, el p-valor es superior a 0,05, se confirmará una distribución normal.

Si no se cumple con una distribución normal, se utilizará un programa estadístico como el SPSS para transformar los datos en normales. Para ello, se utilizará un tipo u otro de transformación dependiendo de los datos recogidos. Si los valores son extremos con gran dispersión, se utilizará la transformación de raíz cuadrada (si no hay valores 0 o inferior), o la transformación recíproca (si existen valores 0 o inferior), ya que permitirán aproximar los datos a la media. Finalmente, si no existen valores 0 o inferiores, pero no hay gran dispersión, se utilizará la transformación logarítmica (Spínola, 2013).

Con una distribución normal, se utilizarán pruebas paramétricas que permitan comprobar si se cumple la H_0 o si se rechaza, confirmando entonces la H_1 . En este punto es importante puntualizar que este proyecto de investigación plantea dos hipótesis, por lo que encontraríamos dos posibles hipótesis nulas:

- H_0^A : El tratamiento de la DE en el TDA/H no reduce la reactividad y labilidad emocional, no mejora la tolerancia a la frustración ni reduce la impulsividad.
- H_0^B : Las TCC y TDC no son más eficaces para mejorar la DE en el TDA/H que el TAU.

Esto requiere el uso de dos tipos de ANOVA. Primero, la ANOVA de doble vía para comprobar si H_0^A se confirma, comparando los datos obtenidos antes, y después del tratamiento en las escalas CADAH, DERS y ETF, respecto al

mismo grupo (intrasujeto). Esto permitirá observar cambios de forma anterior y posterior a la intervención, mediante la comparación de la varianza obtenida en las diferentes recogidas de datos (pre-post) respecto a los mismos sujetos y, en caso de no existir diferencia significativa ($\leq 0,05$), se confirmará la H_0^A . En caso de observarse una diferencia significativa ($> 0,05$), se confirmaría la H_1^A , defendiendo que tratar la DE en el TDA/H reduce la reactividad y labilidad emocional, y mejora la tolerancia de frustración y la remisión de la impulsividad.

Para poder comprobar el mantenimiento de los cambios a largo plazo, será necesario hacer uso de las medidas postratamiento y el posterior seguimiento, lo cual nos aporta datos longitudinales de la evolución de los sujetos. Esto resultará clave para poder comprobar si hay un aumento en la tasa de remisión de la impulsividad. Para ello, se utilizará la prueba de GLM medidas repetidas la cual, a partir de la comparación de la varianza observada en las diferentes mediciones (CADAH/CAARS, DERS y ETF), y en su comparación respecto a los diferentes grupos, podrá determinar si no se mantienen los cambios a largo plazo (H_0^{A-1}) o si sí lo hay (H_1^{A-1}). En caso de que los resultados sean $\leq 0,05$ se considerará que no hay diferencia significativa, aceptándose H_0^{A-1} y confirmando que los cambios observados no se mantienen a largo plazo. Por el contrario, si los resultados son $> 0,05$, resultarán significativos y se aceptará H_1^{A-1} , considerando que los cambios se mantienen a largo plazo.

Finalmente, para comprobar H_0^B utilizaremos, la ANOVA de una vía. Para esto, partiremos de los datos anteriores a fin de comprobar si existen varianza intersujeto, es decir, de un grupo (control) respecto a los otros (experimental), en los diferentes momentos de la medición (TAU versus TCC, y TAU versus TDC). De nuevo, en caso de no existir diferencia significativa ($\leq 0,05$), confirmaríamos H_0^B y, en caso de existir ($> 0,05$), confirmaríamos H_1^A , afirmando que la TCC y la TDC son más eficaces para tratar la DE en el TDA/H respecto al grupo TAU.

8. Discusión

Este estudio aportaría datos significativos tanto si se confirman como si se rechazan las hipótesis. En caso de confirmarse la primera hipótesis, se

afirmarían efectos positivos del tratamiento en síntomas de DE en el TDA/H, defendiendo la importancia de la psicoterapia centrada en este aspecto.

Este supuesto supondría un avance para la psicología clínica de esta patología, y podría ser el punto de partida de futuras investigaciones y tratamientos. Esto podría aportar beneficios para el paciente y mejorar su calidad de vida. A corto plazo, la reestructuración cognitiva y la regulación emocional facilitarían una vivencia emocional menos intensa, promoviendo la respuesta adaptativa a las circunstancias negativas, fuentes de frustración (Dodson, 2022b; Roselló et al., 2019). Al vivir la frustración con menor intensidad, a medio y largo plazo, facilitaría una resolución de conflictos más objetivas, mejorando la sensación de autoeficacia y el autoconcepto; esto, a su vez, reduciría progresivamente el temor al fracaso y la propia estigmatización (Dodson, 2022a; Lima De Araújo et al., 2019). Como consecuencia a largo plazo, estos pacientes alcanzarían una conducta funcional que, al reducir el impacto de DE en la cotidianidad y el temor a la frustración, mejoraría su desarrollo personal y social, obteniendo beneficios en su experiencia y calidad de vida y pudiendo así disfrutar de experiencias personales que, por temor al fracaso, podrían estar evitando (Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013).

De confirmarse mayor remisión de síntomas impulsivos a largo plazo, este estudio no solo evidenciaría el impacto de la psicoterapia, sino que podría orientar a investigaciones mayores dirigidas estudiar la evolución y tratamiento del TDA/H. Una menor impulsividad supondrá, a su vez, mayor autocontrol y capacidad para valorar consecuencias de la conducta a largo plazo (American Psychiatric Association, 2014; Dodson, 2022a; Shaw et al., 2014), lo que facilitaría el respeto de las normas y reduciría la búsqueda de satisfacción inmediata (y así, conductas peligrosas o de riesgo). Esto podría tener un impacto notorio en el desempeño social de los pacientes (en actual vulnerabilidad) ya que, al mostrar menos conductas disruptivas, recibirían mayor aceptación del entorno social (American Psychiatric Association, 2014).

La segunda hipótesis pretende observar si la TCC y la TDC son más eficaces para disminuir la DE en el TDA/H, frente al TAU. En caso de confirmarse, este estudio podría ser el punto de partida de futuros tratamientos formalizados para la DE, de forma concreta en el TDA/H, teniendo como objetivo provocar

cambios permanentes en el paciente, y no la atención únicamente sintomática como tiende a ocurrir con la farmacoterapia (Miranda et al., 2006). Además, los resultados permitirán comparar los diferentes tratamientos utilizados, aportando una visión inicial sobre su posible eficacia, y pudiendo facilitar su selección ante situaciones reales, no obstante, esto deja abierto el campo de la investigación a ensayos futuros que ofrezcan mayor aleatorización en la muestra.

Declarar las hipótesis nulas implicaría que la TCC y TDC no han sido eficaces como tratamiento de la DE frente al TAU, y una insuficiente o nula mejora de los síntomas (reactividad, labilidad, impulsividad y tolerancia a la frustración), lo que aportaría datos a favor del TAU. Dado que la bibliografía parece defender que la DE manifiesta mayor reactividad y labilidad emocional (Lima De Araújo et al., 2019; Sánchez-Pérez & González-Salinas, 2013; Shaw et al., 2014), los escasos resultados en estos ítems podría significar que la TDC y TCC no son buenos tratamientos de elección para la DE en el TDA/H, no obstante, para poder confirmar o descartar la eficacia de estos tratamientos, se hace necesario realizar estudios mayores, aleatorios, y generalizables a la población.

Cabe mencionar que este trabajo no está exento de limitaciones. La falta especificación sobre los síntomas de la DE en el TDA/H es una dificultad importante para este y otros estudios (Faraone et al., 2019; Surman & Walsh, 2022). También se debe tener en cuenta que la TDC no se ha probado en el pasado con la población estudiada, por lo que el apoyo empírico para su uso con el TDA/H es, a fecha de este proyecto, muy escaso. Así mismo, el muestreo intencional vulnera la validez externa del estudio, siendo necesario un estudio mayor, aleatorio, para que los resultados sean generalizables a toda la población. Finalmente, aunque no es una limitación como tal, dado que el proyecto se lleva a la práctica con menores de edad es importante prestar atención a las consideraciones éticas, siendo necesario el consentimiento de la familia, además del de los participantes (Galende, 2007).

9. Conclusiones

El Trabajo de Final de Grado ha sido una experiencia enriquecedora para mis aptitudes personales, como profesionales. Me ha permitido llevar a la práctica la complejidad de diseñar un proyecto de investigación, debiendo contemplar

mucho más que los conocimientos específicos sobre el tema de estudio. La planificación de las tareas ha sido clave para realizar con éxito este proyecto, sin embargo, también un reto. Ajustarme de forma estricta al calendario ha sido complicado, lo que generaba estrés, ansiedad, y sensación de falta de tiempo, no obstante, esta posibilidad se predijo al inicio de curso, y se contempló un margen de tiempo anterior a 35as entrega para atender a posibles retrasos.

En la primera parte de este proyecto (parte más teórica) se consiguió mucha información sobre el tema de estudio, pero organizarla fue complejo y provocó ciertos retrasos en esta etapa inicial. De cara a la segunda entrega (parte más experimental), la parte estadística fue la más complicada. Al trabajar en un proyecto hipotético, fue difícil definir la muestra de forma adecuada, sin inventar datos, dado que se tenía falta de acceso a estos. Esto bastante tiempo, y fue modificada en diversas ocasiones, provocando un retraso importante. Una vez establecida la muestra, el resto del proyecto, resultó menos complejo.

El análisis de los resultados también fue complicado, por la tipología del estudio presentado. Realizar varias mediciones a lo largo del tiempo, implicó el uso de pruebas estadísticas que no eran tan conocidas ni se habían practicado tanto como pruebas destinadas a estudios con una única medición, o medición prepost, lo que llevo tiempo de comprender y explicar de forma adecuada.

En base a mi experiencia, puedo afirmar que la planificación es importante para el proyecto, pero igual de esencial, o incluso más, es el hecho de anticiparse a futuras adversidades. Este proyecto ha sido posible gracias a esto, debido a que en todo momento se ha destinado tiempo para hacer frente a retrasos y complicaciones. Así mismo, considero importante mencionar el apoyo social recibido de mi entorno durante todo el trabajo, al cual quiero agradecer su refuerzo, así como a la tutorización de este trabajo, dado que ha sido esencial para ayudarme a gestionar la ansiedad y tensión que han provocado las diferentes dificultades del proyecto.

A su finalización, estoy orgullosa del trabajo realizado, pues me ha permitido mejorar como profesional, y adquirir conocimientos específicos y actualizados sobre un tema que lleva interesándome durante todo el grado.

10. Referencias bibliográficas

- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*, (11)1-2. P. 333-338. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Alcívar, C. P. (2019). *Aplicación de Terapia Dialéctica Conductual para tratar alteraciones emocionales en adolescentes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad* [Universidad San Francisco de Quito USFQ]. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8632/1/144283.pdf>
- Alvarez, N. A. (2021). *Propuesta de Investigación: Programa de Entrenamiento Virtual Basado en la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) Aplicado a los Miembros de Familias Ecuatorianas en el Contexto de la Pandemia de Covid-19* [Universidad San Francisco de Quito USDQ]. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/10705>
- Amado, A., Gomez, L., & Muñoz, A. (2015). Tratamiento farmacológico no estimulante en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 82-89. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ª Ed.).
- Antolí, E. L., & Gómez, B. (2013). Influencia de los fármacos estimulantes y no estimulantes en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, ISSN 1695-4238, Nº. 108, 2013, Págs. 31-41, 108, 31-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4678756&info=resumen&idioma=SPA>
- Antshel, K. M., Faraone, S. v., & Gordon, M. (2012). Cognitive Behavioral Treatment Outcomes in Adolescent ADHD. *Journal of Attentional Disorders*, 18(6), 483-495. <https://doi.org/10.1177/1087054712443155>
- Asarnow, J. R., & Mehlum, L. (2019). Practitioner Review: Treatment for suicidal and self-harming adolescents – advances in suicide prevention

care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1046-1054.
<https://doi.org/10.1111/JCPP.13130>

Bados, A., & García-Grau, E. (2011). TÉCNICAS OPERANTES. En *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona*.
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

'Bar-On, T. 'Parker, J. D. A. '. (2018). *ES-q:YV. Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn: versión para jóvenes*. TEA Ediciones.

Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion Regulation Skills Training Enhances the Efficacy of Inpatient Cognitive Behavioral Therapy for Major Depressive Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245.
<https://doi.org/10.1159/000348448>

Bonet, T., García, L., & Infante, B. (2016). *Programas de intervención para padres de niños con TDAH. Programa de los 8 pasos de Barkleu*.
<https://docplayer.es/20092172-Programas-de-intervencion-para-padres-de-ninos-con-tdah-programa-de-los-8-pasos-de-barkley.html>

Carlson, N. R. (2005). *Fisiología de la conducta* (8ª). Pearson Addison Wesley.
www.librosite.net/carlsonwww.pearsoneducacion.com

Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridao, M., Saint-Gerons, D. M., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLOS ONE*, 12(7), e0180355.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0180355>

Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W., & Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 1128-1139. <https://doi.org/10.1111/JPM.12797>

- Ciesinski, N. K., Sorgi-Wilson, K. M., Cheung, J. C., Chen, E. Y., & McCloskey, M. S. (2022). The effect of dialectical behavior therapy on anger and aggressive behavior: A systematic review with meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *154*, 104122. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2022.104122>
- Conners, C. K. (2014). *Conners3 TM; Conners 3rd Edition*. Pearson Clinical; Pearson Clinical. <https://www.pearsonclinical.es/conners-3rd-edition>
- Corbisiero, S., Mörstedt, B., Bitto, H., & Stieglitz, R. D. (2017). Emotional Dysregulation in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder—Validity, Predictability, Severity, and Comorbidity. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(1), 99-112. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22317>
- D'Alessandro, F., Etchevers, M., Etenberg, M., Hornes, A., Martini, S., & Garay, C. J. (2011). Combinación de tratamientos para el Trastorno por Déficit Atencional en adultos. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR* (pp. 52-56). Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-052/205>
- de La Vega, I., & Quintero, S. S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *ACCIÓN PSICOLÓGICA*, *10*(1), 45-56. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7032>
- Delgado, A., Antolín, L., Pertegal, M. A., Ríos, M., Parra, A., Hernando, A., & Reina, M. C. (2011). Escala para la Evaluación de la Tolerancia a la Frustración. *Instrumentos Para La Evaluación de La Salud Mental y El Desarrollo Positivo Adolescente y Los Activos Que Lo Promueven*, 106-117. https://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_recursos/201241812465364.pdf
- Dodson, W. (2022a, abril 13). *Why ADD Makes You Feel So Much*. <https://www.additudemag.com/slideshows/adhd-emotions-how-they-affect-your-life/>

- Dodson, W. (2022b, julio 11). *New Insights Into Rejection Sensitive Dysphoria*.
<https://www.additudemag.com/rejection-sensitive-dysphoria-adhd-emotional-dysregulation/>
- Esparza, M. J. (2011). Comparación de la eficacia de los estimulantes para el TDAH en niños y adolescentes utilizando un metaanálisis. *Evidencias En Pediatría*, 7(4), 1-4.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5621313&info=resumen&idioma=SPA>
- Faraone, S. v., Rostain, A. L., Blader, J., Busch, B., Childress, A. C., Connor, D. F., & Newcorn, J. H. (2019). Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 133-150. <https://doi.org/10.1111/JCPP.12899>
- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Suarez, C., & Gillespie, C. (2018). Dialectical behaviour therapy for treating adults and adolescents with emotional and behavioural dysregulation: study protocol of a coordinated implementation in a publicly funded health service. *BMC Psychiatry*, 18, 18-51.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1627-9>
- Galende, I. (2007). La investigación clínica en menores: aspectos éticos y legales. *Pediatría Integral*, 11(10), 884-892. <https://n9.cl/3tvmt>
- García, A., Blasco-Fontecilla, H., Huete, B., Sabaté, & J. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 75-81.
<https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>
- Garrido, V. (2012). *El TDAH en la Edad Escolar: Programa de Intervención en el Aula para alumnos con TDAH Y Orientaciones para las Familias y Docentes*. Universidad Internacional de La Rioja.
- Gibert, M. (2015). Aplicación de la Terapia Dialéctico Conductual en el tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad y de la Patología Dual. *Psicopatología y Salud Mental Del Niño y Del Adolescente*, 26, 81-88.

<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Gibert-Mercedes-26.pdf>

González, R., Rodríguez, A., & Sánchez, J. (2015). Epidemiología del TDAH. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 58-61. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>

Gutiérrez Rojas, M. E. (2010). *Estudio comparativo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia: análisis de variables psicoeducativas* [Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/6642>

Herreros, Ó., Díaz, F., Gastaminza, X., Monzón, J., Rubio, B., & Muñoz, A. (2015). Vista de Lidexanfetamina en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): una revisión sistemática global | Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 32(1), 7-30. <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/111/101>

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Revista Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hervás, G., & Moral, G. (2017). REGULACIÓN EMOCIONAL APLICADA AL CAMPO CLÍNICO. En *FOCAD para División de Psicoterapia*. Formación Continuada a Distancia. Consejo General de la Psicología de España. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). Cifras oficiales de población a 1 de enero de 2021. Ajuntament de Barcelona. https://ajuntament.barcelona.cat/estadistica/castella/Estadistiques_per_territori/Barris/Poblacio_i_demografia/Poblacio/Xifres_oficials_poblacio/a2021/index.htm

Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Armario de*

Psicología, 43(1), 19-33. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8223/10142>

Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado núm. 294 (2018). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337-346. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/AKACZKURKIN>

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas Brugué, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 56(1), 14-34. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2018.11.001>

Labrador, F. J. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Piramide.

Lambez, B., Harwood-Gross, A., Golumbic, E. Z., & Rassovsky, Y. (2020). Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 120, 40-55. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2019.10.007>

León, O. G., & Montero, I. (2019). Metodologías cuasi experimentales y selectivas [recurso de aprendizaje textual]. En M. Boixadós (Ed.), *Métodos de investigación cuantitativa*. Fundació Universitat Oberta de Catalunya (FUOC). http://materials.cv.uoc.edu.eu1.proxy.openathens.net/daisy/Materials/PID_00271121/pdf/PID_00271121.pdf

Lima De Araújo, J., Melo, A. K., & Moreira, V. (2019). Comprensión fenomenológica del trastorno déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

en adolescentes. *Revista de Psicología*, 28(2), 1-13.
<https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55659>

Lopez, P. L., Torrente, F. M., Ciapponi, A., Lischinsky, A. G., Cetkovich-Bakmas, M., Rojas, J. I., Romano, M., & Manes, F. F. (2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010840>

Maldonado, A., & Cándido, A. (2003). El aprendizaje de evitación. En J. Vila (Ed.), *Investigación contemporánea en aprendizaje asociativo* (pp. 97-112). <https://n9.cl/dxsw8>

Mariño, V., Sans-Cervero, P., & Fernández, M. I. (2017). Efectividad del mindfulness en personas con TDAH: estudio de revisión Effectiveness of mindfulness intervention in people with ADHD: a review study. *Radiocrea*, 6(21), 260-273. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7180136>

Martin, I., & Sánchez, I. M. (2021). El mindfulness como terapia emocional para el alumnado con TDAH en la etapa de primaria. *Revista UNES. Universidad, Escuela y Sociedad*, 11, 62-76.
<https://doi.org/10.30827/UNES.I11.21956>

Méndez, F. X., Olivares, J., & Moreno, P. (2005). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares & F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta*. Biblioteca Nueva.

Miranda, A., Jarque, S., & Rosel, J. (2006). Treatment of children with ADHD: Psychopedagogical program at school versus psychostimulant medication. *Psicothema*, 18(3), 335-341.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72718301>

Morais, M. (2014). *Instrumentos de evaluación y diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos: clínica y estudio de la comorbilidad con los trastornos por uso de sustancias (TUS)* [Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://hdl.handle.net/10803/145395>

Morales-Hidalgo, P., Hernández-Martínez, C., Vera-Dávila, M., Voltas-Moreso, N., & Canals, J. (2016). Psychometric Properties of the Conners-3 and

Conners Early Childhood indexes in a Spanish school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology International Journal of Clinical and Health Psychology Mayo*, 16, 85-96. www.elsevier.es/ijchp

Moreno, A. (2014). El desarrollo durante la adolescencia. En *Psicología del desarrollo* II. http://materials.cv.uoc.edu.eu1.proxy.openathens.net/daisy/Materials/PID_00216482/pdf/PID_00216479.pdf

Musser, E. D., Karalunas, S. L., Dieckmann, N., Peris, T. S., & Nigg, J. T. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Developmental Trajectories Related to Parental Expressed Emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 182-195. <https://doi.org/10.1037/abn0000097.suppl>

Papa, A., Boland, M., & Sewell, M. T. (2012). Emotion Regulation and CBT. *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice*, 273-323. <https://doi.org/10.1002/9781118470886.CH11>

Pelaz, A., & Autet, A. (2015). Epidemiología, diagnóstico, tratamiento e impacto del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Española de Pediatría*, 71(2), 57. <https://www.seinap.es/wp-content/uploads/Revista-de-Pediatria/2015/REP%2071-2.pdf>

Pelham, W. E., & Gnagy, E. M. (1999). Psychosocial and combined treatments for ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(3), 225-236. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:3)

Posner, J., Kass, E., & Hulvershorn, L. (2014). Using stimulants to treat ADHD-related emotional lability. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 478. <https://doi.org/10.1007/S11920-014-0478-4>

Procacci, M., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2001). El trastorno de personalidad por evitación. De la Psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno. *Revista de Psicoterapia*, 12(45), 93-116. <https://n9.cl/q96z2>

Puerta, J. V., & Padilla, E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *DUAZARY*, 8(2), 251-257. <https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>

- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50-57. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80040-2)
- Roselló, B., Berenguer, C., & Baixauli, I. (2019). La inhibición, el autocontrol emocional, la memoria de trabajo y la supervisión ¿Predicen las manifestaciones típicas de adultos con TDAH? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 181-193. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349860126018/html/>
- Rösler, M., Retz, W., Fischer, R., Ose, C., Alm, B., Deckert, J., Philippen, A., Herpertz, S., & Ammer, R. (2010). Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(5), 709-718. <https://doi.org/10.3109/15622971003624197>
- Rozakou-Soumalia, N., Dârvariu, Ş., & Sjögren, J. M. (2021). Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine*, 11(931). <https://doi.org/10.3390/JPM11090931>
- Sánchez, M. (2017). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: autorregulación emocional y funciones ejecutivas* [Universidad de Málaga]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137853&info=resumen&idoma=SPA>
- Sánchez-Pérez, N., & González-Salinas, C. (2013). Ajuste Escolar del Alumnado con TDAH: Factores de Riesgo Cognitivos, Emocionales y Temperamentales. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 521-550. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.30.12189>
- Santiago, D. A. (2022). Estudio de caso clínico: TCC en un paciente con ataque de pánico, depresión y problemas de pareja [Universidad de San Martín de Porres]. En *Repositorio Académico USMP*. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/10737>

- Serrano-Troncoso, E., Guidi, M., & Alda-Diez, J. Á. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(1), 44-51. <https://medes.com/publication/79668>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotional dysregulation and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2013.13070966>
- Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 80-86. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2012.10.011>
- Spínola, M. (2013). Análisis Exploratorio de los Datos. https://www.ucipfg.com/Repositorio/MGAP/MGAP-05/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-3/Analisis_exploratorio_de_los_datos.pdf
- Strauss, A. Y., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2019). Emotion Regulation Strategies in Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder. *Behavior Therapy*, 50(3), 659-671. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2018.10.005>
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. v. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273-281. <https://doi.org/10.1007/S12402-012-0100-8>
- Surman, C. B. H., & Walsh, D. M. (2022). Do Treatments for Adult ADHD Improve Emotional Behavior? A Systematic Review and Analysis. *Journal of Attention Disorders*, 26(14), 1822-1832. <https://doi.org/10.1177/10870547221110926>
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2009). Changes in Emotion Regulation Following Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious

Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(3), 390-401.
<https://doi.org/10.1080/15374410902851721>

Vidal, R. (2015). *Tratamiento psicológico cognitivo-conductual en adolescentes y adultos con TDAH*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Vidal-Estrada, R. (2015). Abordaje psicológico de adolescentes y jóvenes con TDAH. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, ISSN 1695-4238, N.º. 116, 2015, Págs. 15-23, 116, 15-23.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5288479&info=resumen&idioma=SPA>

Welch, S. S., & Kim, J. (2012). DBT-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Trichotillomania: An Adolescent Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 483-493.
<https://doi.org/10.1016/J.CBPRA.2011.11.002>

Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., Cohen, D., del Giovane, C., Liu, Y., Michael, K. D., Zhang, Y., Weisz, J. R., & Xie, P. (2017). Eficacia comparativa y aceptabilidad de psicoterapias para la depresión en niños y adolescentes: una revisión sistemática y metaanálisis en red. *RET: Revista de Toxicomanías*, 80, 22-34.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6149572&info=resumen&idioma=SPA>

11. Anexos

11.1. Calendario de trabajo

Tabla 5

Calendario y organización para la realización del TFG

Etapas y Tareas/ Actividades de Seguimiento (PECs)	Sep	Oct				Nov					Dic				Ene			
	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S5	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
0. Elaborar la ficha del TFG y el calendario																		
1. Elección del tema																		
...1.1. Definición exhaustiva del tema escogido y búsqueda bibliográfica																		
...1.2. Establecer objetivos y plantear hipótesis de trabajo																		
2. Desarrollo de la revisión teórica																		
...2.1. Seleccionar las fuentes fundamentales para construir el marco teórico																		
...2.2. Integrar la información obtenida y elaborar los apartados correspondientes																		
3. Método																		
...3.1. Definir el diseño de la investigación/evaluación																		
...3.2. Definir los participantes, instrumentos y procedimiento a seguir																		
...3.3. Definir los análisis planteados																		
...3.4. Exponer e Interpretar los resultados esperados																		
4. Elaborar la discusión y conclusiones																		
5. Entrega de la memoria																		
6. Elaboración de la Presentación y Defensa del TFG																		

Nota: Elaboración propia, 2022.

11.2. Anexo 1: Glosario

APA: American Psychiatric Association.

ATX: Atomoxetina.

DE: Desregulación emocional.

DSM: Manual diagnóstico de los trastornos mentales.

EF: Economía de fichas

FE: Funciones ejecutivas.

LDC: Lisdexanfetamina dimesilato.

MPH: Metilfenidato.

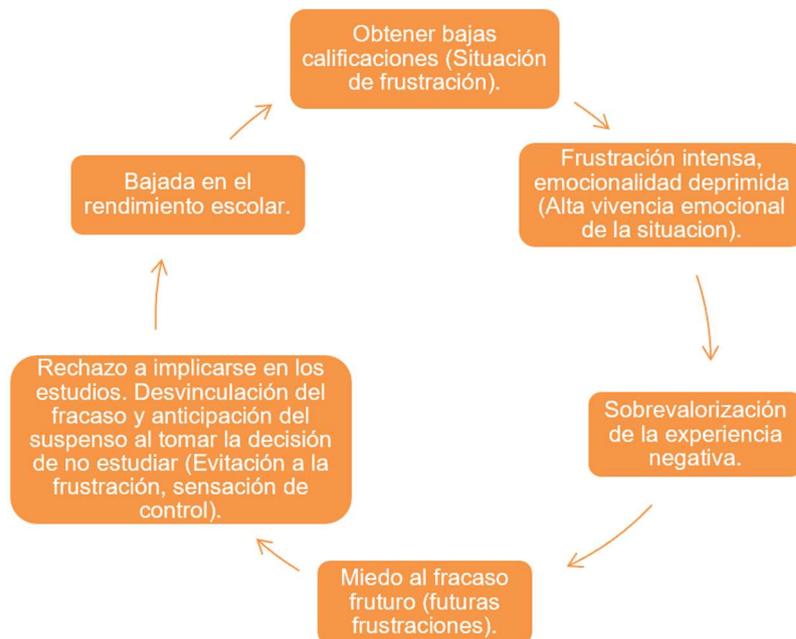
TDA/H: Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad.

TLP: Trastorno límite de la personalidad.

11.3. Anexo 2: Retroalimentación del temor - evitación frente la frustración

Figura 6

Ciclo reforzador del patrón de evitación a la frustración



Nota: Elaboración propia, 2022.

11.4. Anexo 3: Patrón reforzador por evitación

Figura 5

Efecto reforzador de los patrones de evitación



Nota: Elaboración propia, 2022.

11.5. Anexo 4: Cuestionario de selección de la muestra

Tabla 6

Formulario para la selección de la muestra

FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES							
Nombre		Edad		DNI		Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombre tutor legal				Teléfono de contacto			
Centro educativo				Curso		Fecha nacimiento	
Nacionalidad				Población			
¿Tiene diagnosticado TDA/H?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Desde cuándo?			
¿Tomas algún tipo de medicación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Cuál?			
¿Realizas algún tipo de tratamiento psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Cuál?			
¿Tienes algún otro diagnóstico en salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Desde cuándo?			
¿Realizas algún tipo de tratamiento psicológico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Cuál?			
¿Tienes alguna enfermedad física crónica y relevante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Desde cuándo?			
¿Consumes drogas o algún otro tipo de sustancia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Otro: _____			¿Cuánto consumes al día/semana? (especificar para cada tipo).	Alcohol: Tabaco: Cannabis: Otro:		

Nota: Elaboración propia, 2022.

11.6. Anexo 5: Consentimiento informado

Sr.Sra. _____ con DNI _____,
tutor legal de _____ con DNI _____,
nacido en el año _____, y estudiante del centro
_____, declaro que se nos ha informado
de forma debida sobre los detalles de esta investigación, siendo conocedores
deberes y derechos que nos concierne. Por ello expongo:

- Ser conocedor de que, tanto tutores como el menor, podemos retirarnos del ejercicio académico si lo consideramos conveniente, sin necesidad de expresar más justificación que la propia voluntad.
- Se conocedor de que los datos personales son confidenciales y están protegidos bajo la ley de protección de datos (LRJPS 3/2018, de 5 de diciembre), por lo que la información será utilizada únicamente para este trabajo con fines educativos, sin quedar expuesta la identidad del participante en ningún momento de la resolución.
- Ser conocedor de mi derecho a consultar los propios datos recogidos, y a poder solicitar su destrucción en cualquier momento del estudio.
- Haber sido informado de forma clara y comprensible de la finalidad académica de este ejercicio, sin ánimo de lucro, por lo que se es consciente de los requisitos, objetivo y método de la investigación, y se acepta voluntariamente a participar en esta.

Así pues, autorizo a Raquel Pérez Marín, con DNI 48197010-G, y estudiante del Grado de Psicología en la Universitat Oberta de Catalunya, a tratar los datos que la investigación requiere con finalidad educativa, en la elaboración del Trabajo de Fin de Grado. Para que conste, firmo este documento:

Yo, _____, tutor legal, acepto voluntariamente la participación del menor en esta investigación.

Firma

Yo, _____, acepto voluntariamente a participar en esta investigación.

Firma